

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez



Revista de Enfermería Neurológica

Volumen 11, No. 2 mayo - agosto 2012



**Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez**

Enfermería Neurológica



CONSEJO

Dr. Julio Sotelo
Presidente Emérito

EDITOR

MRN. Rocio Valdez Labastida

FUNDADORA DE LA REVISTA

Hortensia Loza Vidal

EDITORES ASOCIADOS

Dra. Teresa Corona Vázquez
Dr. Humberto Mateos Gómez

CONSEJO EDITORIAL

Miguel Ángel Celis López
Ricardo Colin Piana
Ma. Lucinda Aguirre Cruz
Araceli Sánchez Ramos
Ma. Guadalupe Nava Galán

DISEÑO Y FORMACIÓN EDITORIAL

Graphimedic, S. A. de C. V.

Comité Editorial

Magdalena Castillo Pérez
(INNN)

Sofía Cheverría Rivera
(San Luis Potosí)

Dora Lucia Gavira Noreña
(Colombia)

María Elsa Rodríguez Padilla
(San Luis Potosí)

Severino Rubio Domínguez
(ENEO-UNAM)

Irene Quiza Tomich
(INNN)

Rosa A. Zárate
(ENEO-UNAM)

Lasty Balseiro Almarío
(ENEO-UNAM)

Klara Stensing
(Suecia)

Isabel Silva Quiroga
(Uruguay)

Mtra. Sandra Hernández Corral
(Instituto Nacional de Rehabilitación)

Alejandro Belmont Molina
(ENEO-UNAM)

La Revista de Enfermería Neurológica (México) 2012, en su décima publicación presenta material científico que deriva de la investigación relacionada con las neurociencias en enfermería. Esta revista inicia en enero 2002.

Los manuscritos para publicación, correspondencia relativa al material editorial y cartas al editor, se enviarán a la Subdirección de Enfermería a la enfermera: Araceli Sánchez Ramos, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, con domicilio en: Av. Insurgentes Sur # 3877, Col. La Fama. 14269 México, D.F. Tel. 56.06.38.22, exts. 1062, 1063 y 5031. Todos los artículos recibidos son propiedad de la Revista de Enfermería Neurológica no significa compromiso de ésta para con los productos o servicios descritos en el anuncio o cualquier información hecha por el anunciante con respecto a su producto. Queda prohibida su reproducción parcial o total, sin autorización del titular por escrito.

Todas las afirmaciones y opiniones expresadas en la revista son responsabilidad única y exclusiva de los autores, así como las fotografías que aparecen en cada uno de los artículos. Licitud de título 04-2004-051117043800-102, de control ante la Dirección General de Derechos de Autor, SEP. subdireccionenfermeriainnn@yahoo.com.mx

Diseñada, producida e impresa en México por Graphimedic, S.A. de C.V. Tels.: 8589-8527 al 1. E-mail enyc@medigraphic.com

Indizada y compilada en  literatura biomédica www.medigraphic.com/enfermerianeurologica

REVISTA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ



CONTENIDO

Editorial

Profesionalización, vocación y ética de la enfermería 62
Ma. Guadalupe Nava Galán

Artículos originales

Impacto de una intervención educativa en escolares y madres de familia para la disminución de sobrepeso 63
Martha Lilia Bernal Becerra, Gandhy Ponce Gómez, Sandra M. Sotomayor Sánchez, Beatriz Carmona Mejía

Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería 68
Alma Elizabeth Álvarez de la Rosa, Clara Olivares Ramírez, Julio César Cadena Estrada, Sandra Sonalí Olvera Arreola

Depresión en personas con EVC en los Servicios Hospitalización en el INNyN "Manuel Velasco Suárez" 73
Zaide Hernández Becerril, Ma. Guadalupe Nava Galán

Reporte de caso clínico patológico

Proceso de atención de enfermería a un paciente con Parkinson más psicosis basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson 81
María Salgado Quijano, Guadalupe Espinosa Sánchez

Ensayos

Perspectiva y construcción teórica en enfermería 87
Araceli Jiménez Mendoza, Hugo Tapia Martínez

Modelo conceptual de enfermería, su relación de la ética y bioética del cuidado con la persona y su dignidad 91
Ma. Guadalupe Nava Galán

Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería 98
Fernando Trejo Martínez

Adherencia terapéutica 102
Elizabeth Salinas Cruz, Ma. Guadalupe Nava Galán

Hermenéutica-dialéctica en la práctica clínica neurológica 105
Ma. Guadalupe Nava Galán

REVISTA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ



CONTENIDO

Editorial

- Professionalism, dedication and motivation, and ethics in nursing 62
Ma. Guadalupe Nava Galán

Original articles

- Impact of an educational intervention in school and mothers for reducing overweight 63
Martha Lilia Bernal Becerra, Gandby Ponce Gómez, Sandra M. Sotomayor Sánchez, Beatriz Carmona Mejía

- Hospitalized patients' satisfaction with nursing attention 68
Alma Elizabeth Álvarez de la Rosa, Clara Olivares Ramírez, Julio César Cadena Estrada, Sandra Sonalí Olvera Arreola

- Piloting of depression in people with stroke in Services of Hospitalization in the INNyN "Manuel Velasco Suárez" 73
Zaide Hernández Becerril, Ma. Guadalupe Nava Galán

A clinical-pathological case report

- Nursing process for a patient with Parkinson more psychosisbased on the 14 needs of Virginia Henderson 81
María Salgado Quijano, Guadalupe Espinosa Sánchez

Assay

- Theoretical perspective and nursing building 87
Araceli Jiménez Mendoza, Hugo Tapia Martínez

- Model conceptually of the relation shio of nursing ethics and bioethics of care to the person and dignity 91
Ma. Guadalupe Nava Galán

- Phenomenology as a research method: an option for the nurse 98
Fernando Trejo Martínez

- Adherence therapeutics 102
Elizabeth Salinas Cruz, Ma. Guadalupe Nava Galán

- Dialectic-Hermeneutics in clinical practice neurology 105
Ma. Guadalupe Nava Galán

Profesionalización, vocación y ética de enfermería

Professionalism, dedication and motivation, and ethics in nursing

La profesionalización, en enfermería, es un proceso social complejo; proviene del latín *professio*; significa profesar, es decir, ejercer una ciencia o un arte de forma voluntaria; se refiere también a una ideología o actividad asociada que se encuentra en diversos grupos de profesionales en los que sus integrantes aspiran a un estatus social. El estatus facilita el desarrollo, el crecimiento y la evolución de la profesión, consolidando el concepto de profesionalización o de ocupación, según cada contexto.

El crecimiento de la enfermería, en este proceso, presenta factores económicos, políticos y culturales, en los que existe un nivel de crecimiento de acuerdo a criterios generales como el estatus, la vocación y la ética de cada profesional de enfermería.

La vocación es la suma de cualidades que caracteriza a cada persona y la lleva a orientarse hacia un determinado oficio o profesión; en enfermería, los profesionales que acceden a estos estudios por vocación sienten la necesidad de ayudar a los demás, sobre todo en los momentos más difíciles de la vida, cuando la persona se enferma, se siente desvalida y vulnerable. La vocación en enfermería refleja la personalidad de la profesión en cada uno de quienes la ejercen; viene inmersa en los valores y principios de cada uno; es un reflejo del cuidado que demuestra el profesional de enfermería.

Para los enfermos, el contar con una mano solidaria, empática y con agradable relación humana, de respeto y cuidado

personalizado, es vital y papel de la enfermería, profesión que se debe ejercer con espíritu de servicio, buscando la excelencia en el cuidado y favoreciendo así la calidad en la atención. Se debe estar convencido, primero, de la nobleza de ejercer el “cuidado” como el objeto de estudio, enfrentando siempre nuevos retos. La vocación no debe admitir nunca la rutina en la tarea diaria ni que hayan días iguales en el quehacer asistencial, docente o de investigación; cada día debe ser único a través del reflejo de los valores profesionales e institucionales, así como éticos.

El profesional de la salud debe poseer ética; este término proviene del vocablo griego *ethos* y significa carácter o modo de ser en los problemas fundamentales de la salud; la conducta humana es la base que relaciona a cada persona sobre la cual, de manera individual o colectiva, deciden que ciertas acciones son correctas o incorrectas; la ética estudia también sus efectos y el valor de dichas acciones; por lo tanto, es una ciencia normativa que se ocupa de un ideal, al poseer virtudes, situación que caracteriza a la enfermería por el compromiso de servicio, y no solamente por la obligación de llevarlo a cabo. La dedicación y el amor hacia nuestra profesión los ejerce cada uno; ésta es la visión que debe tener cada profesionista en su práctica diaria y cumplirla con la más alta calidad.

Ma. Guadalupe Nava Galán

Correspondencia: magpengalan@hotmail.com;
rev.enf.neurol@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

Impacto de una intervención educativa en escolares y madres de familia para la disminución de sobrepeso

Martha Lilia Bernal Becerril, Gandhi Ponce Gómez,* Sandra M Sotomayor Sánchez,* Beatriz Carmona Mejía***

RESUMEN

Introducción: La nutrición tiene un papel de gran importancia en la salud; la obesidad es resultado de un desequilibrio entre la ingestión y el gasto energético. En México (2006), la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años fue de alrededor del 26% para ambos sexos. **Objetivo:** Medir el impacto de una intervención educativa para disminuir el sobrepeso con base en los estilos de vida en una población de escolares de 6 a 11 años de edad. **Metodología:** Considerando el grave problema de salud que representa el sobrepeso y la obesidad en la población escolar, se propone este estudio cuasiexperimental, longitudinal correlacional y comparativo. **Resultados:** El pre-test arrojó que el nivel de conocimientos de madres y niños sobre la nutrición era insuficiente; los estilos de vida saludables se hallaron en nivel óptimo para las madres y suficiente para los niños, sin detectarse diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control. Posterior a la intervención, existieron diferencias significativas entre el grupo experimental de madres, aumentando los conocimientos y mejorando las actitudes, mientras que en los niños no hubo diferencias significativas. **Discusión y conclusiones:** Se requiere complementar la actividad física con hábitos alimenticios adecuados, reconociendo la necesidad de un trabajo multidisciplinario y la participación activa de la sociedad.

Palabras clave: Intervención educativa, estilos de vida, hábitos alimenticios adecuados.

Impact of an educational intervention in school and mothers for reducing overweight

ABSTRACT

Introduction: Nutrition is one of the principal determinant of health; obesity is the result of an imbalance between intake and energy expenditure. In Mexico (2006), the combined national prevalence of overweight and obesity in children aged 5 to 11 years, was around 26% for both sexes. **Objective:** To measure the impact of an educational intervention to reduce overweight based on the lifestyles of a population of schoolchildren aged 6 to 11 years old. **Methodology:** Considering the serious health problem of overweight and obesity in school children is that it is proposed to study quasi-experimental, correlational and comparative longitudinal. **Results:** The pre-test showed that the level of knowledge of mothers and children, about of nutrition, was at insufficient levels, and lifestyles, were found at optimum level for mothers and children sufficient. No statistically significant differences between experimental and control group. After the intervention there were significant differences between experimental group of mothers by increasing knowledge and attitudes, while the children did not differ significantly by group. **Discussion and conclusions:** We require complementary efforts to food and nutrition on the incorporation of physical activity and proper dietary habits, recognizing the need for a multidisciplinary approach and active participation in society.

Key words: Educational intervention, lifestyle, proper eating habits.

** Profesor de Carrera Asociado C, ENEO-UNAM.
** Profesor de Carrera Asociado C, FES Zaragoza-UNAM.*

*Correspondencia: Mtra. Martha Lilia Bernal Becerril
E-mail: marthaliliabb@hotmail.com*

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

INTRODUCCIÓN

La nutrición, a lo largo de la vida, es una de las principales determinantes de la salud, del desempeño físico y mental y de la productividad. La mala nutrición (tanto la desnutrición como el exceso en la ingesta) tiene causas complejas que involucran determinantes biológicos, socioeconómicos y culturales.

El problema de la obesidad es resultado de un desequilibrio entre la ingestión y el gasto energético; particularmente es consecuencia de la ingestión de dietas con alta densidad energética y bajas en fibra y de bebidas azucaradas, en combinación con una escasa actividad física. Esta última se ha asociado a la urbanización, al crecimiento económico y a los cambios en la tecnología para la producción de bienes y servicios, así como en los estilos de vida y de recreación.¹ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial y cada año mueren –como mínimo– 2.6 millones de personas a causa de la obesidad o el sobrepeso. Aunque anteriormente se consideraba un problema confinado a los países de altos ingresos, en la actualidad la obesidad también es prevalente en los países de ingresos bajos y medianos.² En 2010, alrededor de 43 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso. En los países en desarrollo, están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones.³

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2006, se muestra que la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años, utilizando los criterios de la International Obesity Task Force (IOTF), es de alrededor de 26% para ambos sexos, 26.8% en niñas y 25.9% en niños, lo que representa alrededor de 4,158,800 escolares en el ámbito nacional con sobrepeso u obesidad.⁴

Actualmente, México es el primer país en Latinoamérica con alta incidencia de obesidad en escolares, condición que se ha incrementado de manera impresionante.

Según un comunicado de prensa del 2006 emitido por la Secretaría de Salud, el Servicio de Endocrinología Pediátrica del Hospital Infantil de México “Federico Gómez” declaró que el 40% de la población infantil en nuestro país sufre sobrepeso y obesidad. Esto se debe en gran parte a la carga genética de los mexicanos que predispone al sobrepeso. Además, el cambio de vida que ha tenido la sociedad tanto en sus hábitos alimenticios como de actividad física es un factor de gran importancia.⁵

Los niños con obesidad pueden sufrir de hipertensión, colesterol elevado y resistencia a la insulina desde la infancia y la pubertad, y continúan con el riesgo en la etapa adulta.

En varones, aumenta el riesgo de aterosclerosis, infartos al miocardio, accidentes vasculares cerebrales, diabetes, así como cáncer de colon. Las mujeres, en cambio, son proclives a padecer artritis degenerativa, aumento de la presión arterial en el embarazo y predisposición de fracturas de cadera. Especialistas del Instituto Nacional de Pediatría estiman que niños con sobrepeso de 25% adicional a lo normal tienen mayor probabilidad de presentar alteraciones hormonales. En la mujer, el sobrepeso puede generar infertilidad, ovarios poliquísticos y alteraciones del ritmo menstrual.⁶

OBJETIVO

Medir el impacto de una intervención educativa para disminuir el sobrepeso con base en los estilos de vida de una población de escolares entre 6 y 11 años de edad de una escuela primaria en el D.F.

ANTECEDENTES

Diversos estudios locales, regionales e internacionales han estudiado el problema de salud de sobrepeso y obesidad en escolares como en otros grupos de edad de diferentes poblaciones y aquí damos cuenta de algunos de ellos.

Moraes, Beltrán, Mondini y Freitas, en un estudio realizado en México sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad y factores relacionados, señalan una prevalencia mayor para el sobrepeso que para la obesidad, reconociendo como factores de riesgo para el sobrepeso: la escolaridad de la madre, los hábitos de comer cuando están viendo la televisión, las actividades sedentarias y un peso al nacer mayor de 2.890 g.⁷ En el Instituto Mexicano del Seguro Social, Ortiz, Rodríguez, Rurangriwa y Pérez ejecutaron un “Programa multidisciplinario de atención al niño obeso y con sobrepeso” a través de dieta, ejercicio, psicología para reducir el peso y normalización de los parámetros metabólicos en niños obesos y con sobrepeso. El estudio formó tres grupos: uno fue sometido a un programa de dieta balanceada, ejercicio y apoyo psicológico, otro a educación nutricional y el tercero fue de control, midiéndose los parámetros antropométricos y metabólicos al principio y a los cuatro meses de la intervención. Se obtuvo una $p = 0.05$, intervalo de confianza de 95%. Los resultados arrojaron que hubo una reducción estadísticamente significativa en el peso, IMC, perímetro abdominal, presión arterial sistólica y diastólica en el grupo que recibió el programa multidisciplinario, y sin cambios estadísticamente significativos en el grupo de nutrición y en el de control. Se concluyó que la educación nutricional sin la complementación con un cambio en la actividad física no conlleva resultados óptimos, reconociendo la necesidad

de un trabajo multidisciplinario y la participación activa de la sociedad en general.⁸

Francisco Moraga, María Jesús Rebollo, Pamela Bórquez, Jeannette Cáceres y Carlos Castillo realizaron un estudio denominado *Tratamiento de la obesidad infantil: Factores pronósticos asociados a una respuesta favorable*,⁹ en el cual pretendieron analizar los factores familiares, clínicos o personales que pudieran servir como predictores de éxito terapéutico en el control ambulatorio del niño obeso a través de un diseño prospectivo en 88 pacientes obesos de ambos sexos. Realizaron un interrogatorio, una evaluación antropométrica y una encuesta de actividad física e ingesta; solicitaron exámenes de laboratorio y efectuaron educación nutricional, alternando controles mensuales, grupales e individuales por nutricionista y médico. Los resultados reportaron que el 48% abandonó el control antes de los seis meses de seguimiento; de los que continuaron, 65% bajó de peso sobre 5% de su IMC o P/T inicial (34% del total). Encontraron hipercolesterolemia < 200 mg/dL en 15% de los niños e hipertensión, sin obtenerse asociación con otros factores estudiados: edad y educación materna, sexo, peso al nacer, tipo de familia, apreciación de obesidad y control espontáneo.

Briz Hidalgo FJ, Cos Blanco AI y Amate Garrido AM llevaron a cabo un estudio que titularon *Prevalencia de obesidad infantil en Ceuta. Estudio PONCE 2005*,¹⁰ el cual pretendió conocer la dimensión epidemiológica de la obesidad infantil en Ceuta, España, analizando a 514 niños en edad escolar y determinando el peso y la talla. Encontraron que la prevalencia de obesidad (IMC \geq percentil 97) en niños de 6 a 13 años de edad se estima en un 8.75% y para el sobrepeso (IMC \geq percentil 85) en un 13.81%. En conjunto, sobrepeso y obesidad suponen el 22.57%. La prevalencia de obesidad es más elevada en las mujeres (9.28%) que en los varones (8.50%), diferencia estadísticamente no significativa. En ninguno de los dos sexos se encontraron diferencias significativas según la edad.

METODOLOGÍA

Se trató de un estudio cuasiexperimental, longitudinal (se realizó un pre-test y un pos-test), correlacional y comparativo. Para la evaluación del impacto de una intervención educativa se formaron dos grupos: uno experimental y otro control, ambos constituidos de 20 madres y 20 niños cada uno, haciendo un total de 40 niños con sobrepeso u obesidad más las 40 madres correspondientes ($n_{\text{niños}} = 40$ y $n_{\text{madres}} = 40$). El instrumento de recolección de datos denominado *Conocimientos sobre una nutrición adecuada y estilos de vida saludables*, elaborado para el caso y validado por cinco expertos en nutrición, cuenta con una sección de 20

ítems que indaga conocimientos relacionados con aspectos nutricionales con respuesta de opción múltiple donde sólo una es verdadera, y la sección de estilos de vida saludable, integrada por 20 ítems (escala Likert de 1 a 5, donde 5 es siempre y 1 nunca), el cual, tras la recolección alcanzó un alfa de Cronbach de 0.876, con lo que mostró ser válido y confiable para los fines de esta investigación. La ponderación que clasifica tanto el nivel de conocimientos como los estilos de vida saludables se muestra en el *cuadro I*.

La intervención educativa en la variable independiente se ejecutó de la siguiente forma: para el grupo control, los licenciados en enfermería con asesoría de un especialista en nutrición fueron los encargados de dar una plática educativa sobre hábitos saludables en la alimentación, la cual tuvo una hora de duración y se les entregó trípticos a las madres y a los niños.

Para el grupo experimental, previa estandarización del procedimiento con tres licenciados en enfermería y obstetricia, se organizaron y ejecutaron dos intervenciones educativas semanales durante tres meses, contando con la asesoría de un pedagogo, un psicólogo y un nutricionista, siendo un total de 24 sesiones al término de la jornada escolar (12:30 pm), las cuales tuvieron una duración aproximada de 30 minutos con temas como: causas y riesgos de la obesidad, hábitos alimenticios saludables, hábitos riesgosos de la alimentación inadecuada, consecuencias psicológicas, sociales y fisiológicas de la diabetes, grupos alimenticios y un taller de cocina donde se orientó acerca de la preparación de alimentos. Una vez concluida la intervención se aplicó un pos-test en el grupo experimental y en el grupo control.

RESULTADOS

Para los resultados del pre-test, se detectó que el nivel de conocimientos de madres y niños acerca de la nutrición era insuficiente, y respecto a los estilos de vida saludables se hallaron óptimos en las madres y suficientes en los niños, sin detectarse diferencias estadísticamente significativas entre grupo experimental y grupo control (*Figura 1*).

Cuadro I. Ponderación, nutrición y estilos de vida.

Nivel de conocimientos	Ponderación
Conocimientos muy óptimos acerca de la nutrición adecuada	8.8-10.0
Conocimientos óptimos acerca de la nutrición adecuada	7.4-8.7
Conocimientos suficientes acerca de la nutrición adecuada	6.01-7.3
Conocimientos insuficientes acerca de la nutrición adecuada	< 6.01
Estilos de vida saludables	Ponderación
Estilos de vida muy óptimos	4.01-5.00
Estilos de vida óptimos	3.01-4.00
Estilos de vida suficientes para conservar la salud	2.01- 3.00
Estilos de vida insuficientes para conservar la salud	< 2.01

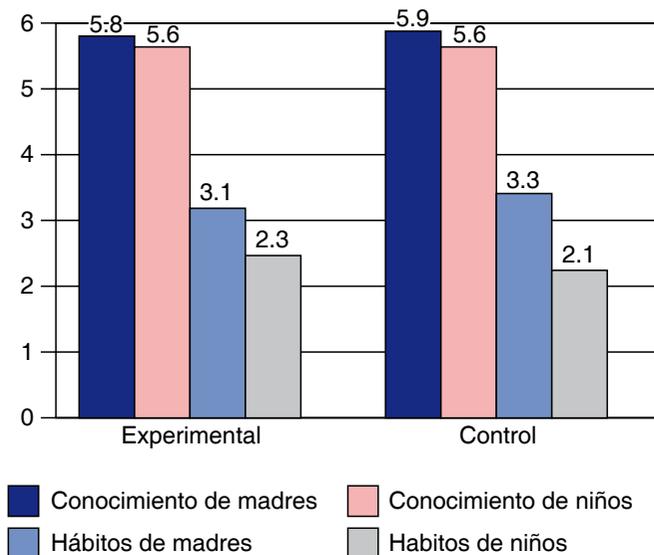


Figura 1. Pre-test, conocimientos y estilos de alimentación saludable.

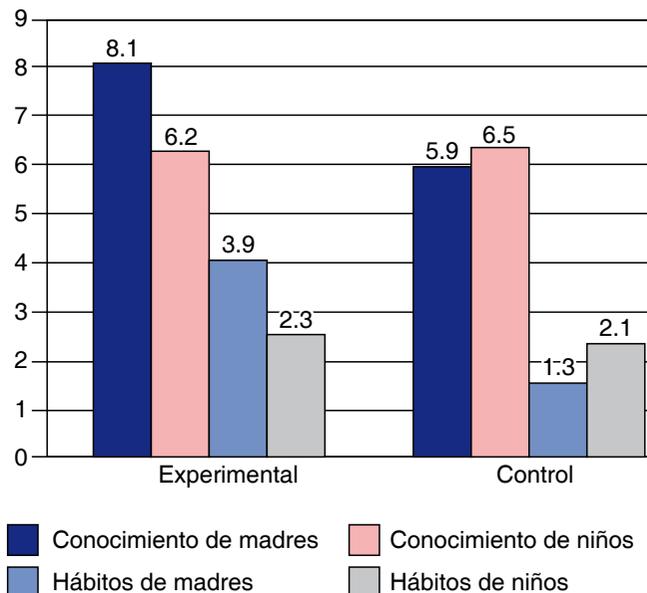


Figura 2. Pos-test, conocimientos y estilos de alimentación saludable.

Respecto al pos-test, sólo entre las madres existieron diferencias significativas en el nivel de conocimientos y actitudes sobre los hábitos alimenticios saludables, haciendo la comparación de los dos grupos: el control y el experimental. Las madres del grupo experimental incrementaron sus conocimientos (8.1 muy óptimos contra 5.9 de las madres del grupo control, que mantuvieron insuficiente su calificación de conocimientos) ($t = 1.2345$, prob. = .001), lo que se traduce en un nivel de conocimientos limitados en relación a aspectos nutricionales, el cual se incrementó en madres que tuvieron intervención constante, mientras que estos conocimientos se mantuvieron insuficientes en las madres del grupo control. En cuanto a actitudes sobre estilos de vida, también se observaron diferencias: mientras que las madres del grupo experimental incrementaron sus valores 3.94 (que corresponde a actitudes de nivel óptimo, aunque se mantuvieron en el mismo nivel se elevó su puntaje), las madres del grupo control consiguieron sólo un puntaje de 1.34 (que corresponde a actitudes insuficientes), por lo que se denotan estilos de vida poco saludables respecto a la nutrición (t de Student = 1.0672, prob. = .001).

En la comparación del pre-test contra el pos-test, existieron diferencias significativas entre el grupo experimental de madres (pre-test y pos-test, $\chi^2 = .358$, prob. = .001) aumentando los conocimientos y actitudes en el antes y en el después de la intervención educativa, considerándose como nivel de conocimientos óptimo y actitudes óptimas para conservar la salud.

Es importante notar que en los niños no hubo diferencias significativas por grupo ni en el antes ni en el después.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio coinciden con lo reportado por Ortiz, Rodríguez, Rurangriwa y Pérez, quienes reportaron también que en el grupo donde se ofreció orientación nutricional no se observaron cambios estadísticamente significativos respecto a la reducción de peso, ni en el grupo experimental, ni en el grupo control.

El presente estudio coincide con los datos nacionales reportados y con los encontrados por Briz Hidalgo FJ, Cos Blanco AI y Amate Garrido A, quienes señalan una ligera prevalencia mayor de obesidad en mujeres con relación a los varones.

CONCLUSIONES

La educación en la nutrición, el interés y práctica de actividades deportivas y/o el ejercicio físico son factores vitales para la salud del escolar; se requiere complementar esfuerzos que induzcan a realizar una actividad física sana y promuevan hábitos alimenticios adecuados, lo cual requiere un trabajo multidisciplinario y la participación activa de la sociedad.

La obesidad en los niños es un asunto de gran preocupación a nivel nacional; cabe señalar que la educación en la nutrición y el deporte son factores vitales para la salud del escolar, pues evitan el desarrollo del sobrepeso y la obesidad. Se requiere de una suma de esfuerzos para lograr estos objetivos.

La familia constituye un factor de apoyo importante para modificar los hábitos de vida sedentarios hacia otros cada

vez más saludables, fundamentalmente en los niños con problemas de sobrepeso y obesidad. Y aun cuando se han implementado estrategias e intentado diversas intervenciones educativas, como es el caso del presente trabajo, éstas siguen siendo insuficientes para controlar el grave problema de la salud pública.

Aun cuando los niños con sobrepeso u obesidad se benefician con las intervenciones educativas, particularmente con estrategias conductuales y cognitivo-conductuales para mejorar la reducción de peso, es claro que hace falta asumir estrategias psicológicas en el niño y la familia que apoyen los cambios hacia los estilos de vida saludables, para así controlar este problema que aumenta cada día.

Es necesario que el profesional de enfermería realice un mayor número de investigaciones e intervenciones para el control de sobrepeso de tipo interdisciplinario, pues el cambiar de hábitos y estilos de vida es un aspecto que requiere tanto un trabajo multidisciplinario como la participación activa de la sociedad.

Debemos tener en cuenta que la educación nutricional, sin la complementación de un cambio en los estilos de vida que incluya actividad física, no conlleva resultados óptimos, reconociendo entonces la necesidad de un trabajo inter y multidisciplinario y la participación activa de la sociedad en general, donde se incluyan actividades interactivas como talleres, para lograr así los cambios de actitud esperados que faciliten estados de salud óptimos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Popkin B. An overview on the nutrition transition and its health implications: The Bellagio meeting. *Public Health Nutr* 2002; 5 (1A): 93-103.
2. OMS. 10 datos sobre la obesidad [Internet]. 2010 [Consultado el 15 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>
3. OMS. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva No. 311 [Internet]. Marzo 2011 [Consultado el 22 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
4. ENSANUT [Internet]. Encuesta Nacional de Salud 2006 [Consultado el 23 de julio de 2011]. Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>
5. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México, D.F. pp. 94-97.
6. Secretaría de Salud. Comunicado de prensa Núm. 236 [Internet]. 27 de abril de 2006 [Consultado el 30 de agosto de 2011]. Disponible en: http://busca.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2006_04_27_236-obesidad_infantil.htm
7. Moraes AS, Beltrán RJ, Mondini L, Freitas MI. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y factores asociados en escolares de área urbana. *Cad Saúde Pública. Rep Public Health* 2004; 22 (6): 1289-1301. En la base de datos LILAC'S Id 428311- Num. 10/79 [acceso el 7 de abril de 2008]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
8. Ortiz GE, Rodríguez CS, Rurangriwa H, Pérez CP. "Programa multidisciplinario de atención al niño obeso y con sobrepeso" Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista de Salud Pública y Nutrición* [Internet] 2006 [citada 30 de mayo de 2007]; 4. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2006/ee-042006/documentos/nutricion.htm>
9. Moraga MF, Rebollo GMJ, Bórquez VP, Cáceres DJ, Castillo DC. Tratamiento de la obesidad infantil: Factores pronósticos asociados a una respuesta favorable. *Rev Chil Pediatr* [Internet] 2003 [citado 3 octubre 2011]; 74 (4): 374-380. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062003000400004&lng=es
10. Briz HFJ, Cos BAI, Amate GAM. Prevalencia de obesidad infantil en Ceuta. *Estudio PONCE* 2005. *Nutr Hosp* 2007; 22 (4): 471-77.

Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería

Alma Elizabeth Álvarez de la Rosa, Clara Olivares Ramírez,** Julio César Cadena Estrada,***
Sandra Sonalí Olvera Arreola*****

RESUMEN

Introducción: La satisfacción en la asistencia de enfermería es entendida como el resultado de la interacción entre las percepciones y las expectativas del paciente constituidas por las vivencias, actitudes y creencias personales. **Objetivo:** Comparar el grado de satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería de acuerdo al género y su asociación con los datos socio-demográficos. **Material y métodos:** Estudio comparativo, correlacional, prospectivo y transversal. Muestra (n = 286) aleatoria simple tomada del censo diario de los servicios de hospitalización; incluyó pacientes adultos, todos alerta en sus tres esferas y que desearon participar voluntariamente en el estudio. Se utilizó el cuestionario SERVQUAL con una escala de respuesta tipo Likert, dando un valor mínimo de 1 y máximo de 7. Para determinar el grado de satisfacción se utilizó una puntuación: 1-66 = totalmente insatisfecho, 67-88 = parcialmente insatisfecho, 89-110 = regularmente satisfecho, 111-132 = parcialmente satisfecho y 133-154 = totalmente satisfecho. Datos analizados con el programa SPSS v17 mediante frecuencias, porcentajes, media, prueba de Pearson, Spearman, t de Student y ANOVA; se consideró estadísticamente significativo $p < 0.05$. **Resultados:** El 54.5% eran hombres; la media de edad fue de 49.9 + 17 años. El 57% refirió estar totalmente satisfecho y el 20.6% está parcialmente satisfecho con la atención de enfermería; se asocia más con la fiabilidad ($r = 0.941$, $p = 0.000$). Los hombres están más satisfechos que las mujeres ($t = -1.04$, $gl = 284$, $p = 0.295$); los pacientes con educación superior están más satisfechos. ($F = 0.580$, $gl = 284$, $p = 0.629$). **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes están satisfechos independientemente de su género, edad o nivel académico; sin embargo, se requiere mantener una atención con calidad y calidez.

Palabras clave: Satisfacción, enfermería, calidad.

Hospitalized patients' satisfaction with nursing attention

ABSTRACT

Introduction: The satisfaction in nursing care is understood as the result of the interaction between the perceptions and expectations of the patient constituted by the experiences, attitudes and beliefs. **Objective:** To compare the degree of patient satisfaction with nursing care according to gender and its association with sociodemographic data. **Methods:** A comparative, correlational, prospective and cross. Sample (n = 286) simple random daily census taken to hospital, included adult patients, warning in three areas and that wish to participate voluntarily in the study. SERVQUAL questionnaire was used a Likert scale, giving a minimum value of 1 and a maximum of 7. To determine the degree of satisfaction score was

* *Jefe de Servicio.*

** *Adscrita al Servicio de Hospitalización Adultos.*

*** *Subjefe de Educación e Investigación.*

**** *Jefe del Departamento de Investigación en Enfermería.*

Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez».

Correspondencia: Alma Elizabeth Álvarez de la Rosa. Juan Badiano Núm. 1, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, México, D.F. Tel.: (0155) 5573 2911, Ext. 1391. E-mail: investigacioninc@yahoo.com.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

used: 1-66 = all Satisfied, 67-88 = Mostly dissatisfied, satisfied 89-110 = Regularly, 111-132 = 133-154 = Partly satisfied and completely satisfied. Data analyzed using SPSS v17 as frequencies, percentages, mean, Pearson test, Spearman, and Student t ANOVA was considered statistically significant $p < 0.05$. **Results:** 54.5% were male and the mean age was 49.9 ± 17 years. 57% reported being completely satisfied and 20.6% partially satisfacho with nursing care, is more associated with the reliability ($r = 0.941$, $p = 0.000$). Men are happier than women ($t = -1.04$, $df = 284$, $p = 0.295$), and patients with higher education are more satisfied. ($F = 0.580$, $df = 284$, $p = 0.629$). **Conclusions:** Most patients are satisfactory regardless of gender, age or academic level, however, is required to maintain a quality care and warmth.

Key words: satisfaction, nursing, quality.

INTRODUCCIÓN

La calidad de la asistencia sanitaria significa asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, considerando los conocimientos del paciente y del servicio médico,¹ con lo que se lograrán mejores resultados con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción en el proceso administrativo. Así mismo, la calidad asistencial tiene dos componentes: la calidad científico-técnica o intrínseca, que mide la resolución del problema, y la calidad percibida o extrínseca, que mide la satisfacción del usuario con respecto a la percepción del servicio recibido, teniendo en cuenta sus expectativas previas.² Para fines de este estudio, sólo se abordará la calidad extrínseca. La teoría de Donabedian menciona que la calidad está cimentada en estructura, proceso y resultado, lo que constituye hoy en día el paradigma dominante de la evaluación de la calidad de la atención a la salud.^{2,3} Uno de los objetivos del resultado es lograr salud y satisfacción, considerando que si los pacientes se sienten insatisfechos, el cuidado, aunque sea de alta calidad, no será el ideal;⁴ por lo tanto, el valor último de la calidad desde el punto de vista hospitalario es la efectividad del cuidado.

Una institución hospitalaria debe estar basada en un sistema de calidad en servicios de salud, que es el conjunto de elementos y procesos interrelacionados que buscan la satisfacción del usuario, a través del aseguramiento de la calidad y la eficacia operativa de los servicios, todo ello sustentado en una serie de valores que se deben de fomentar en el personal de enfermería, donde se encuentran la actitud, las habilidades, las destrezas, la presencia y el trato.⁵

La mejora de la calidad se puede llevar a cabo a través de la gestión de procesos, cuyo fundamento reside en la visualización del conjunto de actividades, aportando una visión y herramientas con las que se puede actuar, controlar, mejorar o incluso rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo eficiente y más adaptado a las necesidades de los clientes a los que va dirigido. Cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se aplique serán exitosos mientras el cliente sea

el definidor, evaluador, informante, coproductor, ejecutor, controlador y reformador de la calidad.²

En el ámbito de la gestión sanitaria se emplean distintos tipos de indicadores para medir la efectividad, entre los que se encuentra la satisfacción de los usuarios, definida como los juicios de valores personales y las reacciones subsecuentes a los estímulos que perciben en la institución hospitalaria, donde evidentemente la satisfacción está influida por las características del paciente, por sus experiencias de salud⁶ y por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales; por tanto, varía según el contexto social.⁷

La opinión del paciente sobre la atención que ha recibido, así como los datos que puede facilitar el proceso, son de gran importancia para cualquier programa de evaluación y mejora de calidad.⁸ El paciente es el evaluador de la calidad asistencial recibida en los servicios sanitarios; estas percepciones subjetivas dan conocimiento de una realidad objetiva; el paciente se convierte en el motor y centro del sistema sanitario, sus necesidades son el eje sobre el que deben articularse las prestaciones asistenciales y constituir la base de la organización de los servicios hospitalarios.

El paciente puede evaluar la calidad del servicio sanitario tomando en cuenta no sólo el resultado final, sino también su percepción con la implicación e interés del personal, el trato digno, las instalaciones o el tiempo de atención. En este contexto, la satisfacción del paciente sobre la atención que ha recibido está determinada por factores sociodemográficos y de conocimientos previos sobre el propio concepto de calidad de la atención sanitaria. Los factores o dimensiones que comprende el concepto "satisfacción del paciente" son diversos, y pueden incluir la accesibilidad o disponibilidad de una consulta, las características del hábitat y las facilidades de tipo físico, la confianza en la competencia técnica del personal sanitario, la amabilidad en el trato y la humanización de la asistencia, la información facilitada, la posibilidad de decidir sobre tratamientos, costos y continuidad de los cuidados, la cobertura del sistema de atención sanitaria, el procedimiento burocrático, los resultados de los cuidados, la actitud ante los problemas no médicos, entre otros.

Para fines de la presente investigación se consideraron las siguientes dimensiones:⁹

- a) La tangibilidad, relacionada con la apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación. Son los aspectos físicos que el cliente percibe en la organización. Cuestiones tales como limpieza y modernidad son evaluadas en los elementos, personas, infraestructura y objetos.
- b) La empatía es la capacidad de brindar cuidado y atención personalizada a sus clientes.
- c) La seguridad es el conocimiento que poseen los empleados sobre el quehacer diario, su cortesía y su capacidad de transmitir confianza.
- d) La fiabilidad es entendida como la habilidad de desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó y con exactitud.
- e) La capacidad de respuesta, como la buena voluntad de ayudar a sus clientes y brindar un servicio rápido.

A pesar de que la calidad es un valor organizacional del sistema de salud y en torno a ella se han incorporado una serie de estrategias para mantenerla y mejorarla de una manera continua a través de la monitorización de indicadores de calidad, se ha observado que existen quejas de los pacientes relacionadas con la atención del personal de salud; por tal motivo, se tiene la finalidad de investigar el grado de satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería de acuerdo a algunas variables socioeconómicas como género, edad, nivel académico y tiempo de hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio comparativo, transversal y prospectivo de enero a abril de 2011. La muestra probabilística ($n = 286$) aleatoria se calculó de una población total de 5,400 pacientes con el 30% de la muestra con el 5% de error y 95% de confianza; incluyó pacientes adultos de ambos sexos, que desearon participar voluntariamente, previo consentimiento informado de los servicios de hospitalización; se excluyeron los pacientes de unidades de cuidados críticos.

Se utilizó el cuestionario denominado SERVQUAL con una confiabilidad por Alfa de Cronbach > 0.90 ; constituido por seis preguntas para los datos sociodemográficos y 22 para la satisfacción del paciente respecto a los cuidados deseados y percibidos; distribuido en cinco dimensiones (tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía); con una escala de respuesta tipo Likert dando un valor mínimo de 1 y máximo de 7. El grado de satisfacción se consideró de 1-66 puntos = totalmente insatisfecho, 67-88 = parcialmente insatisfecho, 89-110 = regularmente satisfecho, 111-132 = parcialmente satisfecho y 133-144 = totalmente satisfecho. Para determinar la validez del instrumento en la población mexicana se adaptaron las preguntas al castellano y su aplicación a

través de una prueba piloto; se evaluó su confiabilidad interna a través de Alfa de Cronbach y se obtuvo un índice de 0.949. Se analizaron los datos en el programa SPSS versión 17 a través de frecuencias y porcentajes para género, grado académico, estado civil; y media de edad, tiempo de hospitalización y puntuación total de satisfacción y las dimensiones. Así mismo, se realizó análisis inferencial con prueba de Pearson para determinar la asociación entre la puntuación de satisfacción con la edad, tiempo de hospitalización y las dimensiones de fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y tangibilidad; Spearman para grado de satisfacción con grado académico; t de Student para comparar la satisfacción con género, y ANOVA para grado académico. Se consideró como significativo $p < 0.05$.

RESULTADOS

La media de edad de los pacientes fue de 49.9 ± 17 años con un rango de 18 a 85 años. El 54.5% eran hombres. Con relación al grado de estudios, el 10% es analfabeta, 69.9% tiene estudios de nivel básico y 19.9% estudios profesionales. De acuerdo al estado civil, el 57.7% está casado o vive con una pareja y 29.7% es soltero. El tiempo que llevaban los pacientes hospitalizados fue de 9.26 días en promedio con un rango de 0 hasta 61 días.

En general, el 57% de la población de estudio está totalmente satisfecho, mientras que el 20.6% refirió estarlo parcialmente y el 10.8% regularmente satisfecho. Esto se puede corroborar al identificar que un porcentaje alto da una buena opinión del trato de las enfermeras; y más del 90% quedó contentó con la atención recibida; esto se refleja en las referencias de los usuarios: darían buena información de los cuidados recibidos, recomendarían el hospital, y en caso de tener en el futuro un problema de salud le gustaría ser atendido otra vez en la institución hospitalaria. Por otra parte, en cuanto al grado de satisfacción de acuerdo al género, el 78.9% de los hombres está parcial a totalmente satisfecho, mientras que las mujeres sólo el 76.1% (Cuadro I).

Cuadro I. Satisfacción con la atención de enfermería de acuerdo con el género.

Grado de satisfacción	Género		Total Fr (%)
	Mujer Fr (%)	Hombre Fr (%)	
Totalmente insatisfecho	10 (7.7)	7 (4.5)	17 (5.9)
Parcialmente insatisfecho	7 (5.4)	9 (5.8)	16 (5.6)
Regularmente satisfecho	14 (10.8)	17 (10.9)	31 (10.8)
Parcialmente satisfecho	28 (21.5)	31 (19.9)	59 (20.6)
Totalmente satisfecho	71 (54.6)	92 (59)	163 (57)
Total	n = 130 (100)	n = 156 (100)	n = 286 (100)

Cuadro II. Comparación de las dimensiones de acuerdo con el género y grado académico.

Dimensiones	Género*		t	Grado académico**				F
	Hombres (n = 156)	Mujeres (n = 130)		Analfabeta (n = 29)	Básico (n = 142)	Medio superior (n = 58)	Superior (n = 57)	
Tangibilidad	26.20 ± 10	27.03 ± 11.4	0.654	25.12 ± 14.7	27.03 ± 9.8	26.9 ± 9.1	25.8 ± 12	0.371
Fiabilidad	29.56 ± 6.9	28.71 ± 7.7	-0.984	27.5 ± 7.2	29.4 ± 7.5	28.8 ± 7.5	29.7 ± 6.3	0.749
Capacidad de respuesta	23.88 ± 5.9	23.18 ± 6.3	-0.996	22.1 ± 6.1	24 ± 6	23 ± 6.6	23.7 ± 5	0.339
Seguridad	23.83 ± 5.9	23.21 ± 6.2	-0.860	22.4 ± 5.6	23.8 ± 6.4	23.1 ± 6	24 ± 5.6	0.619
Empatía	28.51 ± 6.7	27.91 ± 7.6	-0.705	27.7 ± 6.9	27.8 ± 7.6	28.2 ± 6.7	29.5 ± 6.3	0.489
Satisfacción	129.4 ± 28.1	125.70 ± 31.4	-1.049	122.2 ± 29.8	18.7 ± 30.1	125.8 ± 30.7	130 ± 25.6	0.580

* Prueba t de Student. Ningún resultado con valor de $p < 0.05$.

** ANOVA de una vía con prueba de Dunnett como *post hoc*. Ningún resultado con valor de $p < 0.05$.

La puntuación total de satisfacción del paciente hospitalizado está más relacionada con la fiabilidad ($r = 0.941$, $p < 0.000$), la seguridad ($r = 0.941$, $p < 0.000$), y la capacidad de respuesta ($r = 0.939$, $p < 0.000$), y en menor correlación con la tangibilidad ($r = 0.410$, $p < 0.000$). Estas mismas dimensiones de la satisfacción no tuvieron asociación con la mayoría de los datos demográficos, excepto la tangibilidad con el tiempo de hospitalización ($r = 0.912$, $p = 0.000$).

Al comparar la satisfacción de acuerdo al género se encontró que los hombres están más satisfechos con la atención de enfermería al obtener una media más alta que las mujeres (129.4 ± 28 vs 125.7 ± 31.4); sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativo ($t = -1.04$, $gl = 284$, $p = 0.295$); de igual forma no fueron significativas las comparaciones entre los pacientes con educación superior y aquellos que tienen estudios de nivel medio superior, básicos o son analfabetas ($F = 0.580$, $gl = 284$, $p = 0.629$) (Cuadro II); y tampoco hubo diferencias significativas entre los días de estancia hospitalaria con la satisfacción del paciente ($F = 4.293$, $gl = 284$, $p = 3.82$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Balseiro y cols. encontraron que los usuarios de un hospital público de México califican de buena a excelente la calidad de la atención proporcionada por las enfermeras y el 72.7% están satisfechos,¹⁰ mientras que en Jordania, Mrayyan determinó que los pacientes se encuentran moderadamente satisfechos con el cuidado de enfermería.¹¹ Nuestros resultados se asemejan más a lo reportado por Balseiro y cols., a pesar de que las escalas de puntuación no son las mismas; probablemente se deba a la similitud de la población atendida.

En diversos estudios publicados sobre la satisfacción de los pacientes se muestra que entre los factores asociados, la edad se ha relacionado con un mayor grado de satisfacción;^{9,12} en

el estudio de Hernández, los hombres fueron los más satisfechos (94.4%); así mismo encontró una relación estadística del grado de satisfacción con el tiempo de atención y las instalaciones;¹³ no obstante, en los resultados de este estudio no se encontró una relación con la mayoría de las variables sociodemográficas, excepto la satisfacción con la tangibilidad. En un estudio español, los resultados más relevantes mostraron que la buena comunicación, la información, la empatía, la apariencia de los cuidados y la capacidad técnica son fuertes predictores de la evaluación del cuidado recibido,¹⁴ variables que se corresponden con las dimensiones del presente estudio, lo que hace notar que la calidad asistencial es percibida de igual forma, independientemente de la región geográfica. Se coincide con Miraa y cols.¹⁵ al afirmar que las causas de satisfacción del paciente son la capacidad de respuesta, el confort de las instalaciones (tangibilidad) y la empatía; es de resaltar que esta última variable obtuvo la puntuación más alta en nuestro estudio, lo que demuestra que las expectativas del paciente no se centran únicamente en el tratamiento de la enfermedad; necesitan que se les atienda de manera integral, es decir, que también se perciban sus sentimientos y se aligere su carga emocional derivada de la estancia hospitalaria.

De esta manera, la satisfacción es el resultado de la diferencia entre lo que el paciente esperaba que ocurriera y lo que dice haber obtenido, así como el resultado de la confirmación de las expectativas o de la desconfirmación positiva de éstas,¹⁶ lo que llamamos fiabilidad, circunstancia observada con una fuerte relación estadística en nuestros resultados. Los resultados de esta encuesta son satisfactorios en todas sus dimensiones; no obstante, la fiabilidad es un punto clave que no debemos olvidar, ya que la misión de las instituciones hospitalarias es otorgar atención de calidad y calidez a los usuarios, independientemente de su género, edad o nivel académico. Otra circunstancia a considerar es que los pacientes anteponen la atención personalizada y la capacidad

de las enfermeras para otorgar cuidados, a las instalaciones físicas, infraestructura o equipo tecnológico. La atención a los pacientes debe ser integral, y la información referida por los pacientes o sus familiares acerca de su percepción de la calidad de la atención otorgada es una herramienta clave para la implementación de estrategias de mejora continua.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez RA. Manual de gestión y mejora de procesos en los servicios de salud. México: Manual Moderno; 2005.
2. García VAM, Soriano CA, Martínez DC, Poblete GVM, Ruiz SS, Cortés RM et al. La satisfacción del usuario como indicador de calidad en un servicio de medicina nuclear. *Rev Esp Med Nucl* 2007; 26 (3): 146-152.
3. Ortega VMC, Suárez VMG, Jiménez VMC, Añorve GA, Cruz CM, Cruz AG et al. Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. 2a ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2009.
4. Donabedian A. The quality of care. *JAMA* 1988; 260: 1743-1748.
5. Gutiérrez NA. La calidad en el servicio. *Rev Enf IMSS* 2004; 12 (1): 1-2.
6. Strasser S, Davis RM. Measuring patient satisfaction for improved patient services. In: Serrano RR, Loriente AN. Anatomía de la satisfacción del paciente. Salud Pública de México. 2008; 50 (2): 161-172. Health Administration Press 1991: 210.
7. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 276-279.
8. González N, Quintana JM, Bilbao A, Esteban C, San-Sebastian JA, Sierra E et al. Satisfacción de los usuarios de cuatro hospitales del Servicio Vasco de Salud. *Gac Sanit* 2008; 22 (3): 210-217.
9. Regaria ME, Sola IM, Goñi VR, Del Barrio LM, Margall CMS, Asiain EMC. La calidad asistencial en cuidados intensivos evaluada por los pacientes mediante la escala SERVQUAL. *Enferm Intensiva* 2010; 21 (4): 136-141.
10. Balseiro L, Martínez P, Ángeles R, Cortés A, De la Rosa M, Flores A et al. La calidad de la atención de Enfermería a los pacientes de un hospital regional del ISSSTE, en México D.F. Un estudio basado en el grado de satisfacción de los usuarios. *Revista Universitaria ENEO-UNAM*. 2007; (4): 9-13.
11. Mrayyan MT. Jordanian nurses' satisfaction and quality of nursing care. *International Nursing Review* 2006; (53): PubMed PMID: 16879186.
12. Maldonado G, Medrano MR, Mendiola SV, Nieto MJ, Flores G. El cuidado del adulto mayor. *Desarrollo Cientif Enferm* 2005; (13): 169-189.
13. Hernández MS. Satisfacción de los pacientes sobre la atención de enfermería en el Servicio de Tomografía. *Enfer Neurol (Mex)* 2010; 9 (3): 155-159.
14. Mascort Z, Pujiula-Masó J, Suñer-Soler R, Puigdemont-Guinart M, Grau-Martín A, Bertrán-Noguer M et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enferm Clin* 2006; 16 (1): 19-26.
15. Miraa JJ, Rodríguez-Marína J, Pesetb R, Ybarrab J, Pérez-Jovera V, Palazón I et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17 (5): 273-283.
16. Rodríguez CE, Ruiz LP, Alcalde EJ, Landa GJ, Villeta PR, Jaurrieta ME. Satisfacción del paciente tras el tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal. *Cir Esp* 2004; 76 (4): 237-244.

Depresión en personas con EVC en los Servicios de Hospitalización en el INNyN “Manuel Velasco Suárez”

Zaide Hernández Becerril, María Guadalupe Nava Galán***

RESUMEN

Introducción: La enfermedad vascular cerebral (EVC) ha sido relacionada con la depresión por diversos factores, a partir del tipo y localización en que se presenta y por las secuelas que sufren estos enfermos, modificando su calidad de vida y su bienestar. México se encuentra en el tercer lugar de mortalidad en complicaciones por diabetes e hipertensión, factor importante para desencadenar enfermedad vascular cerebral, lo que impide el autocuidado, teniendo como consecuencia periodos de depresión. Este padecimiento se va acrecentando con el tiempo; actualmente existen estudios que comprueban su presencia en el periodo de recuperación de los enfermos. **Objetivo:** Indagar si existe depresión en personas con enfermedad vascular cerebral, en los Servicios de Neurología, Neurocirugía, 2º Piso y Urgencias en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” e identificar las causas principales desencadenantes de la depresión en los pacientes con EVC en los Servicios de Hospitalización, así como determinar la causa de mayor incidencia en los pacientes con EVC y aportar estrategias para la prevención y disminución de la depresión. **Metodología:** Estudio cuantitativo con diseño observacional, descriptivo y transversal. Se utilizó el inventario de Beck y se aplicó un breve cuestionario para cumplir con los objetivos planteados sobre la identificación de las causas de depresión. Finalmente, se hizo un **análisis** con el paquete estadístico SPSS versión 16, con prueba estadística de correlación biserial puntual. **Conclusiones:** Con este panorama, es necesario que la enfermería continúe su desarrollo en investigación, identificando los problemas actuales de salud. El conocimiento de dichos problemas nos beneficiará, evitando mayores complicaciones. Al mostrar en este estudio los factores que determinan la depresión en personas con EVC, se podrá mejorar la calidad de los cuidados brindados.

Palabras clave: Depresión, enfermedad vascular cerebral, cuidados.

Piloting of depression in people with stroke in Services of Hospitalization in the INNyN “Manuel Velasco Suárez”

ABSTRACT

Introduction: Cerebrovascular disease (CVD) has been linked to depression, by various factors, from the type and location is presented and the consequences suffered by these patients, modifying the quality of life and the welfare of patients who have it. Mexico is in third place of death as complications from diabetes and hypertension, an important factor to trigger stroke which prevents self-care due to having periods of depression; this condition be adding to over time and now there are studies that prove its presence in the recovery period of patients. **Objective:** Was to determine if there is depression in people with stroke in the Neurology, Neurosurgery, 2nd Floor and Emergencies in the Instituto Nacional de Neurología

* *Licenciada en Enfermería y Obstetricia.*

** *Maestra en Educación en Enfermería.*

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Correspondencia: Zaide Hernández Becerril. Insurgentes Sur Núm. 3877, Col. La Fama, 14269, Delegación Tlalpan, México, D.F.

E-mail: rev.enf.neurol@gmail.com; zai_hb@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, and triggers identify major causes of depression in patients with stroke in the services of hospitalization. So, how to determine the cause of higher incidence in patients with stroke and provide strategies for preventing and reducing depression. **Methodology:** Quantitative Study design: An observational, descriptive, transversal, was used Beck inventory and applies a brief questionnaire to meet the objectives set about identifying the causes of depression, eventually becomes **analysis**, using the statistical package SPSS version 16 with a statistical test of biserial correlation. **Conclusions:** With this panorama, it must continue its development in nursing research, identify current health problems, knowledge of these problems by avoiding major complications benefited us, having this study, in order to initiate the search for people with CVD, the factors that determine the onset of depression to improve the quality of care provided.

Key words: Depression, cerebral vascular disease, care.

INTRODUCCIÓN

Toda la población padece en algún momento de su vida algún trastorno mental o conductual como la depresión. Ésta afecta a personas de todos los países, edades y géneros, representando un fuerte impacto económico sobre la sociedad por la disminución en la calidad de vida de las personas y familias. Cuando se presenta este trastorno por una enfermedad vascular cerebral, se pueden identificar las causas y síntomas posteriores. Las causas determinantes para la aparición de depresión influyen en secuelas neurológicas como hemiplejias, paraplejias y monoplejias, que complican el proceso de rehabilitación o lo hacen más lento. Quien identifica los primeros síntomas es el profesional de enfermería; es él quien tiene mayor vínculo durante la estancia hospitalaria con las personas a las que atiende y también quien valora continuamente al enfermo. Por esto, se establece una estrecha vigilancia y cuidados necesarios que favorecen el bienestar e incorporación de los enfermos a la vida familiar y social.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la práctica profesional de enfermería se encuentran diariamente diferentes estados emocionales en personas que han sufrido un evento vascular cerebral, siendo ésta una de las tres primeras causas de muertes en los enfermos neurológicos, enfrentando así un panorama amplio de salud en el desarrollo de esta patología en la población mexicana, por lo cual la enfermedad vascular cerebral (EVC) es uno de los principales motivos de depresión en quienes se ven involucrados. Por este motivo, surge la siguiente pregunta de investigación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Por qué se presenta la depresión en personas con enfermedad vascular cerebral en los Servicios de Neurología, Neurocirugía, 2° Piso y Urgencias en el Instituto Nacional

de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” (INNyN MVS)?

JUSTIFICACIÓN

En México, la EVC es responsable de 5.8% de las defunciones y 1% de todas las causas de hospitalización, siendo la tercera causa de muerte a nivel mundial. Es una de las principales enfermedades neurológicas que desarrollan depresión, la que se presenta por las limitaciones y secuelas que deja en el paciente la EVC. Es importante considerar las intervenciones oportunas de enfermería, desde que ingresa el enfermo, para disminuir el número de secuelas o la severidad de éstas. La enfermería puede prevenir o disminuir los daños en el enfermo y evitar o aminorar secuelas y con ello la depresión. Al proporcionar cuidados oportunos se disminuyen los riesgos, favoreciendo la reintegración social del enfermo y su incorporación a la vida familiar.

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer si existe depresión en personas con enfermedad cerebral vascular en los Servicios de Neurología, Neurocirugía, 2° Piso y Urgencias en el INNyN “MVS”.

Objetivos específicos

Identificar las causas principales desencadenantes de depresión en los pacientes con EVC en los Servicios de Neurología, Neurocirugía, 2° Piso y Urgencias. Determinar los factores que con mayor incidencia ocasionan depresión en pacientes con EVC y aportar estrategias para la prevención y disminución de ésta.

ANTECEDENTES

La depresión se menciona desde algunos escritos médicos de la antigüedad; en la época de Hipócrates era conocida

como melancolía. En 1725, Sir Richard Blackmore nombra el término que hoy todos conocemos.¹ Sin embargo, no es sino hasta ahora que su incidencia se ha vuelto relevante. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2020 la depresión ocupará la segunda causa de discapacidad a nivel mundial.

De los problemas de salud mental, la depresión es un trastorno que puede ser fácilmente diagnosticado en el primer nivel de atención; la OMS estima que el 60 y 80% de las personas con trastorno depresivo pueden ser tratadas por un tipo de terapia con antidepresivos.²

Reportes de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) en México han mostrado que seis de cada 20 mexicanos presentan algún trastorno mental durante su vida y tres de cada 20 son por depresión. Su frecuencia es de 12% en mujeres y 7% en hombres,³ aunque la cifra varía cada año. Existen personas que presentan alguna otra enfermedad y ésta les deja secuelas, por esto se deprimen, si esto no se supera pueden llegar a intentar con suicidarse.⁴ Uno de los padecimiento que provocan depresión es la EVC, patología que deja múltiples secuelas dependiendo de la causa del evento y de su dimensión. Al estudiar enfermos que presentan infarto cerebral, en algunos casos existen síntomas psicomotores e incapacidad para la concentración. La zona en que se localiza la lesión influye en las características específicas del tipo de depresión, aunque la mayor incidencia de las lesiones son por isquemia de la corteza frontal izquierda.⁵ Por otro lado, existe asociación entre la depresión y la mortalidad a futuro por *ictus*; estudios en el Alameda County de California han demostrado, por control clínico durante 29 años, que la presencia de cinco o más síntomas depresivos se asocia con un riesgo superior al 50%.⁶ En el 2004 se dieron a conocer resultados de 51,000 pacientes estudiados de 1990 a 1998 tras un *ictus*, los cuales manifestaron riesgo de mortalidad mayor en un 10% que los enfermos deprimidos a tres años del control clínico, incluso después de controlar la sintomatología de tipo crónica y los factores de riesgo vascular.⁷

Rojas-Huerto E, en el 2000, demostró que la depresión causada por la EVC está relacionada con las secuelas y que éstas influyen en el proceso lento de recuperación en un porcentaje mucho menor de pacientes (29.4%) en relación con los que no presentan depresión (69.6%); la muestra fue de 180 pacientes en el Hospital Guillermo Amenara Irigoyen en Perú. De igual manera se observó que las secuelas por otra enfermedad deprime a los enfermos en un periodo hasta de 30 días y las edades de los enfermos oscilan entre 40 y 92 años.⁸

En Italia, en el 2004, Angelelli et al. comprobaron la aparición de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con EVC, y que los mismos se presentaban con frecuencia, coexistiendo varios de ellos tales como: depresión (61%), irritabilidad

(33%), trastornos alimentarios (33%), agitación (28%), apatía (27%) y ansiedad (23%).⁹

Para el 2006, el Dr. Francisco J. Carod-Artal del Servicio de Neurología del Hospital Sarah Centro mencionó que existe diferencia entre los síndromes cognitivos conductuales *post-ictus* y la aparición de la depresión, encontrando pacientes con labilidad emocional durante los primeros meses; su frecuencia más alta fue del 21% en el sexto mes y 34% en los supervivientes, justificando la importancia de no confundir signos y síntomas de ambos padecimientos.¹⁰

Asimismo, existen investigaciones encontradas sobre depresión relacionada con EVC. En 2007, en Indianápolis, EU, los resultados de un estudio aleatorio y doble ciego sobre tratamiento de la depresión consideraron como intervenciones enfermeras a 188 pacientes con EVC en el primero y segundo mes, quienes fueron evaluados con la escala de *Patient Health Questionnaire*. La respuesta obtenida en el grupo de intervención fue positiva en el 50%, a diferencia del otro grupo con 40%.¹¹ En total, un 57% de los pacientes recibió tratamiento farmacológico y sólo el 43% emitió la depresión a diferencia del grupo con intervenciones.

Esto da pauta para considerar que las intervenciones de enfermería son primordiales para brindar calidad en los cuidados y favorecer el bienestar de las personas, así como su salud mental.¹²

Cabe destacar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la enfermedad vascular como: "síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos debidos a afección neurológica focal y, a veces, global (aplicable a pacientes con pérdida de consciencia o cefalea aguda), que persisten durante más de 24 horas o conducen a la muerte, sin otra causa aparente que un origen vascular".¹³

Epidemiología

La depresión es un problema de salud de gran importancia, ocupa uno de los tres primeros lugares de muerte e incapacidad en mayores de 60 años. Mundialmente se presenta de 1.5 a 4 casos por cada 1,000 habitantes; su prevalencia es de 8-20 por cada 1,000 habitantes. En México, la incidencia es de 22 por cada 10,000 con edades aproximadas de 45 a 54 años de edad y aumenta a 83 por cada 10,000 entre los 65 a 74 años de edad.¹⁴

Asimismo, tiene mayor incidencia de eventos isquémicos de un 70 a 80%, presentándose infarto cerebral en el 75% y hemorrágico de 20 a 30%; la hemorragia intracerebral se presenta en 20% de los casos y se estima que el 40% de los supervivientes permanecen con secuelas que los llevan a

la dependencia parcial o total y un 30% llega a desarrollar demencia.¹⁵ Existe una incidencia similar en México; en un reporte de 669 enfermos de 39 a 99 años de edad (media: 72 años), donde 488 casos fueron de tipo isquémico (72.94%), 135 fueron hemorragias parenquimatosas (20.17%) y 46 hemorragias subaracnoideas (6.8%); la zona más afectada fue la de la arteria cerebral media (84.30%). Los reportes mencionan que son diversos los factores de riesgo.¹⁶

Factores de riesgo para EVC

Villanueva JA menciona que es evidente el incremento a partir de los 65 años, estimando que los enfermos mayores de 75 años supervivientes de un episodio de isquemia cerebral presentan de 50 a 75% de riesgo de sufrir un segundo *ictus*.¹⁷ De igual manera, Sanclemente y cols. reportan en Cataluña que la edad y el género son la segunda causa de EVC en mujeres de 65 a 74 años, mientras que en hombres ocupa el tercer lugar; en ambos sexos es la primera causa de muerte a partir de los 75 años, influyendo los antecedentes familiares y personales de enfermedad vascular, situación que incrementa el riesgo.¹⁸

De los factores de riesgo modificables, Romano y cols. refieren que la hipertensión aislada sistólica se consideraba "normal" en gente mayor hasta hace poco, posiblemente por la pérdida de la elasticidad de la pared arterial, pero existe un incremento de 42% en la incidencia de EVC, y ante el tratamiento de dicha hipertensión existe la reducción en el riesgo de EVC de un 42%, siendo los beneficios similares en todas las edades, tanto en hombres como mujeres.¹⁹

Asimismo, se encuentran otros factores como diabetes mellitus, tabaquismo e hipercolesterolemia. Para todos ellos, el modificar el estilo de vida a través de la actividad física y la dieta, entre otros beneficios, ayuda a llevar un buen control de la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus; el sedentarismo resulta perjudicial para la salud, acompañado por lo común con obesidad e hipertensión.

Finalmente, Arboix A. menciona que la depresión constituye un factor predictor de muerte, independientemente de la EVC o de otras enfermedades relacionada con *ictus*; se presenta principalmente por la dependencia en las actividades diarias, siendo los cambios neuropatológicos los generadores de ésta, acrecentando la mortalidad en los enfermos que no reciben tratamiento.²⁰

El EVC se clasifica en hemorrágico e isquémico; su cuadro clínico se caracteriza por signos y síntomas de acuerdo con la evolución del EVC, así como la zona donde se localiza la lesión. En general, presenta cefalea intensa, vértigo, visión borrosa, parestias, trastornos sensitivos, desequilibrio y/o caídas, parálisis facial, estados de confusión y convulsiones localizadas o generalizadas.²¹

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico de acuerdo a la sintomatología del EVC. A través del examen neurológico, éste permite identificar la zona donde se localiza la lesión, el aumento de la presión intracraneal, la inflamación del nervio óptico, los reflejos anormales, entre otros datos. Para corroborar el diagnóstico se utilizan las siguientes pruebas: Angiografía, que permite ver el vaso sanguíneo bloqueado o sangrando; ecocardiografía y electrocardiograma, que permiten verificar casos en los que el EVC es causado por un coágulo sanguíneo o por trastornos del corazón, y la tomografía axial computarizada (TAC) o imagen de resonancia magnética (IRM), que permite localizar y determinar la gravedad del EVC. También una prueba de laboratorio como la química sanguínea identifica la hipercolesterolemia. Estas pruebas son necesarias para realizar un diagnóstico diferencial de otras patologías con sintomatología similar como epilepsia, migraña, hipoglucemia, encefalopatía hipertensiva y otras enfermedades neurológicas.²²

Todos los estragos que ocasiona el EVC traen serias consecuencias en los enfermos como es la depresión. Este término, derivado del latín *depressio* "abatido o derribado", tiene dos componentes: uno físico-somático y otro psíquico-afectivo. Ricardo Capponi define a la depresión como un estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo, que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza hasta un sentimiento interno indescriptible y horrible. Señala que el término es más usado en un sentido sindromático, es decir, el conjunto de síntomas que la caracterizan como la soledad, desesperación, pesimismo, desvalorización, tristeza y culpas.²³

La OMS define la depresión como la "psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcado por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad"; puede presentarse desasosiego y agitación, con actividad disminuida y recurrencia a intervalos regulares.²⁶

Asimismo, el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales refiere que existe el síndrome de depresión clínica; éste se caracteriza por cinco síntomas específicos de forma ininterrumpida a lo largo de dos semanas que incluyen disminución del placer o interés en cualquier actividad.²⁷

Epidemiología. La depresión es uno de los diagnósticos más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque en algunos casos se relaciona con ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia, vejez, etcétera). De acuerdo con datos de la OMS, los países desarrollados no gastan más del 2% en servicios de salud mental. Se pronostica que para el 2030 este padecimiento tendrá mucha

mayor incidencia. El Dr. Saxena, psiquiatra de la OMS, señala que es una epidemia silenciosa que suele no reconocerse; afirma que actualmente se ha vuelto frecuente más que otras enfermedades como el VIH/SIDA o el cáncer.²⁸ Al respecto, Díaz A. menciona que 40 de 100 pacientes enfermos presentan algún trastorno afectivo; en los pacientes deprimidos, el 27-35% presentan incapacidad social grave, y se calcula que más del 50% no son diagnosticados ni tratados apropiadamente.²⁹

Clasificación de la depresión

Se deriva de las causas que determinan su aparición: endógena, neurótica, situativa y somatogena. Por otro lado, también existe una clasificación relacionada no sólo con su etiología, sino que también se mencionan ciertos requisitos para su diagnóstico, encontrando los siguientes tipos de depresión: **Depresiones primarias:** Aparecen de forma autónoma, subdividiéndose de acuerdo a su sintomatología y gravedad. **Depresiones primarias unipolares:** Se presentan por periodos o fases con intervalos entre normalidad y cuadros depresivos, variando el tiempo de cada episodio con la posibilidad de volverse crónico, sin un tratamiento adecuado. **Depresiones primarias bipolares:** Ocurren en intervalos de trastornos maníacos; suelen desarrollar un cuadro bipolar tras una primera fase depresiva cuando la depresión inició antes de los 25 años, cuando existen antecedente familiares de enfermedad bipolar o cuando hay respuesta maníaca tras el tratamiento con antidepresivos. **Depresiones primarias mayores:** De acuerdo a la gravedad, pueden ser unipolares o bipolares con cuadros de psicosis maniaco depresiva. **Depresiones primarias menores:** Pueden ser bipolares o unipolares, no presentan un cuadro clínico completo, por lo cual tienden a prolongarse y llegan a ser confundidas con rasgos de la personalidad. Son conocidas también como alteraciones cíclicas del estado de ánimo y mimetizan el trastorno maníaco-depresivo con menor intensidad sintomatológica. **Depresiones secundarias:** Están relacionadas con la presencia de alguna patología médica o psiquiátrica, siendo

indispensable la identificación del trastorno original que la provocó. Por lo antes mencionado, se estudiaron a las personas con depresión que hayan presentado EVC.

METODOLOGÍA

Diseño: Descriptivo observacional. **Universo de estudio:** Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez". **Tamaño de muestra:** Personas diagnosticadas con EVC con una muestra significativa a conveniencia del investigador, dado que se tomaron en cuenta los pacientes de los Servicios de Neurología, Neurocirugía, 2º Piso y Urgencias.

Criterios de inclusión: Personas con enfermedad vascular cerebral de tipo hemorrágico de los servicios mencionados.

Criterios de exclusión: Personas que no sean diagnosticadas con EVC. Personas que no puedan contestar el estudio por complicaciones del EVC como pérdida de la consciencia. **Criterios de eliminación:** Personas que no deseen participar en el estudio.

Hipótesis: Las personas con enfermedad vascular cerebral que acuden a Neurología, Neurocirugía, 2º Piso y Urgencias en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" presentan depresión.

Procedimiento de captación de la información: Se utilizó el inventario de Beck con un alfa de Cronbach de 0.87, el cual consta de 21 ítems tipo Licker. También se aplicó un breve cuestionario para cumplir con los objetivos planteados sobre la identificación de las causas de depresión. Para el análisis se recurrió al paquete estadístico SPSS versión 18. De acuerdo con las variables principales de investigación, se concluye que las variables enfermedad vascular cerebral y depresión son un problema de asociación, por esto se aplicó una prueba estadística de correlación siendo ésta significativa con $p < 0.05$.

Resultados

Son estadísticamente significativos $p > 0.05$ con correlación Rho de Spearman y Pearson.

Cuadro 1. Muestra los factores hereditarios y los antecedentes personales por EVC más depresión, resultados obtenidos de la aplicación de inventarios beck.

Enfermedades heredadas	Sí		No		Antecedentes personales	Sí		No	
	f	%	f	%		f	%	f	%
Diabetes	11	29.7	26	70.3	Diabetes	6	16.2	31	83.8
Hipertensión	19	51.4	18	48.6	Hipertensión	22	59.5	15	40.5
Tabaquismo	-	-	-	-	Tabaquismo	3	8.1	34	91.9
Obesidad	-	-	-	-	Obesidad	5	13.5	32	86.5
Cardiopatías	-	-	-	-	Cardiopatías	2	5.4	35	94.6
EVC	10	27	27	73	EVC	37	100	-	-
Depresión	2	5.4	35	94.6	Depresión	3	8.1	34	91.9

f = frecuencias.

Cuadro II. Presenta las secuelas y el índice de depresión de los enfermos.

Secuelas	Sí		Índice de depresión	Sí	
	f	%		f	%
Paresias	9	24.3	Sin depresión	18	48.6
Monoplejias	1	2.7	Depresión leve	13	35.1
Hemiplejía	7	18.9	Depresión moderada	5	13.5
Cuadriplejía	1	2.7	Depresión grave	1	2.7
Ninguno	19	51.4			
Total		47.6			51.3

f = frecuencias.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los hallazgos encontrados coinciden con lo dicho por el Dr. Alejandro Díaz, quien menciona que 40 de cada 100 pacientes enfermos llegan a presentar algún trastorno afectivo, considerando la población total estudiada, donde el 51.3% presenta depresión de leve hasta grave de acuerdo con el inventario de Beck aplicado.

Cabe destacar que el objetivo de la investigación se cumple y se identifican las causas y los factores que ocasionan la depresión. Es significativo que gran parte de las personas entrevistadas refieran que la familia es parte importante para una estabilidad emocional, siendo éste el apoyo requerido y necesario para afrontar diversas situaciones, como lo es una enfermedad de este tipo.

Asimismo, Calderón refiere que las causas psicológicas son factor determinante en los rasgos de la personalidad, tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia y en relación con los trastornos emocionales, como la depresión de carácter psicológico, pero no concuerda la reciprocidad con la herencia, ya que no se obtienen datos significativos en los antecedentes heredofamiliares de trastornos mentales o presencia de depresión. Ansó y cols. mencionan que la hipertensión se presenta en primer lugar como factor de riesgo para la enfermedad vascular cerebral, al igual que los resultados del cuadro 1, muestran antecedentes personales por enfermedad vascular cerebral por hipertensión de tipo isquémico, relacionándolo con secuelas. En relación con las secuelas, las que más originan depresión son las hemiplejias. Por la falta de tiempo, no se puede corroborar en su totalidad la calidad de vida que determinan éstas para afirmar lo que se expone.

Arboix menciona que la depresión constituye un factor predictor de muerte, independientemente del EVC o de otras enfermedades, y que cuando se relaciona con *ictus* se presenta principalmente por la dependencia en las actividades diarias, siendo los cambios neuropatológicos generadores de ésta, acrecentando la mortalidad. Pero algo que es cierto es la falta de medios para diagnosticar e identificar la aparición de depresión aunado a otras enfermedades dentro de los

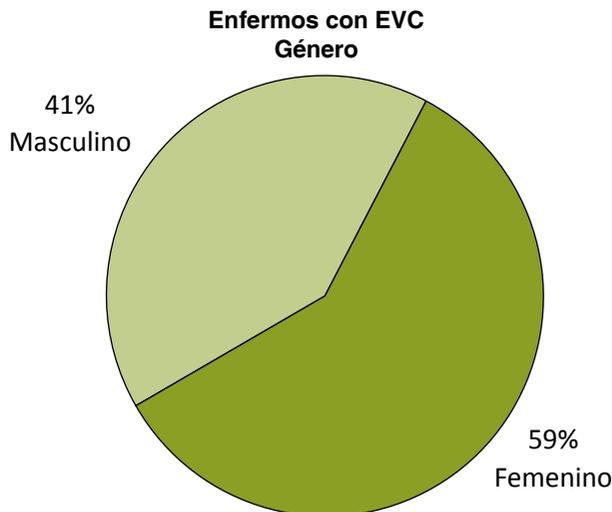


Figura 1. Muestra que el género femenino prevaleció en el 59% y el masculino sólo 41%.

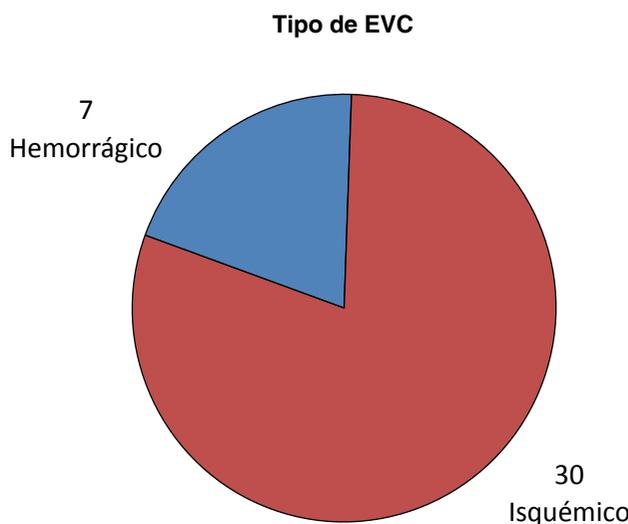


Figura 2. Muestra que el EVC isquémico presentó 30 casos y la hemorragia sólo 7.

cuidados de enfermería. De la hipótesis planteada que sentó las bases para el desarrollo de la presente investigación, se corroboró que sí existe depresión en este tipo de enfermos, y ésta no sólo se relaciona con EVC, sino también con secuelas y con otro tipo de factores.

CONCLUSIONES

Surge la necesidad de indagar sobre los factores que repercuten en la calidad de vida de los enfermos con EVC, siendo de gran importancia insistir en que la promoción de la salud y la prevención de enfermedades puede disminuir la aparición de EVC con complicaciones severas como las secuelas que son devastadoras, que reducen la calidad de

vida de un individuo y que no le permitirán reintegrarse a la sociedad rápidamente u obtener una ocupación remunerada, además de que, posterior a ésta, causan enfermedades como la depresión por la incapacidad de realizarse como individuo.

Cabe destacar que hacen falta métodos para identificar la depresión, puesto que no sólo se presenta en personas con EVC, sino que los padecimientos neurológicos usualmente presentan secuelas como las hemiplejías. La depresión será en un futuro una de las principales enfermedades en la población mundial de acuerdo con datos de la OMS; es importante que si en el presente se está estimando el impacto que tiene, se inicien programas con medidas preventivas y de identificación con el fin de empezar a tratar los problemas de salud actuales que se han convertido en una necesidad por los cambios culturales en un mundo globalizado donde las causas de morbilidad y mortalidad han cambiado.

Los profesionales de enfermería son quienes mayor contacto tienen con las personas ingresadas en los hospitales, facilitándoseles la tarea de identificar la alteración de salud mental en la población por la relación interpersonal que se tiene en la práctica clínica cotidiana, y son los encargados de referir al equipo interdisciplinario las complicaciones de manera oportuna para prevenir la aparición de depresión y favorecer la calidad de vida, valorando a la persona de forma holística. También es necesario seguir realizando investigaciones para mejorar el desarrollo en el ámbito del cuidado con el fin de mantener la salud de las personas, sobre todo en padecimientos prevenibles en los cuales se pueden evitar complicaciones mortales innecesarias.

BIBLIOGRAFÍA

- Jackson W. Historia de la melancolía y la depresión. Ed. Turner, Madrid; 1996: 53-56.
- Moreno A, Medina ME. Tabaquismo y depresión [PDF Internet]. Disponible en: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3105/sm3105409.pdf>
- Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar S. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México [Archivo PDF Internet]. Disponible en: http://sap.salud.gob.mx/descargas/bibliografia_completa/Medina-Mora-PrevalenciaTrastornosMentales.pdf.
- Cruz A. Padece depresión 10% de la población en México. La Jornada, 1 de junio 2008; Sociedad y justicia: 37.
- Germán-Rueda M. Síndrome depresivo en los trastornos neurológicos [PDF Internet]. Guía Neurológica Colombiana, Bogotá ACND 2002 [Acceso: 2 de septiembre del 2009]. Disponible en: <http://www.acdn.org/guia/g1c13i.pdf>
- Everson SA, Roberts RE, Goldberg DE, Kaplan GA. Depressive symptoms and increased risk of stroke mortality over a 29-year period. Arch Intern Med Epub [Internet] 1998 [cited: Sept 3, 2009]; 158: 1133-8. Available in: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/158/10/1133>
- Williams LS, Shoma-Ghose S, Swindle RW. Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke. Am J Psychiatry [Internet] 2004 [cited: Sept 3, 2009]; 161: 1090-5. Available in: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/161/6/109>
- Rojas - Huerto E. Influencia de la depresión en la recuperación física de los pacientes con secuela motora de la enfermedad vascular cerebral. Hospital Guillermo Amenara Irigoyen (1999-2000). [Tesis Médica, Internet]. (Acceso 3 septiembre 2009, 10:00) Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/Tesis/Salud/Rojas_H_E/Cap1.htm
- Angelelli P, Paolucci S, Bivona U, Piccardi L, Ciurli P, Cantagallo A et al. Development of neuropsychiatric symptoms in poststroke patients: a cross-sectional study. Acta Psychiatr Scandinavica [Internet] 2004 [cited: Sept 3, 2009]; 110: 55-63. Available in: http://www.find-health-articles.com/rec_pub_15180780-development-neuropsychiatric-symptoms-poststroke-patients-cross.htm
- Carod-Artal FJ. Depresión *postictus* (II). Diagnóstico diferencial, complicaciones y tratamiento. Rev Neurol [PDF Internet] 2006 [cited: Sept 3, 2009]; 42 (4): 238-244. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/depresion_post_ictus.pdf
- Williams L, Kroenke K, Tamlyn B, Laurie DP, Brizendine E, Tu W, Hendrie H. Care management of poststroke depression: A randomized, controlled trial. American Heart Association Indianapolis; 2007; 38: 998. Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/abstract/38/3/998>
- Secretaría de Salud. Salud Mental [Internet]. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocionando_piensa_articulos_depresion.html.
- Instituto Panvascular de Occidente. Enfermedad vascular cerebral [Internet]. Disponible en: <http://www.ipao.com.mx/evc.htm>
- Ramiro M, Prieto P, Sardiñas JJ. Enfermedad vascular cerebral. El Internista: Medicina Interna para Internistas. 2ª ed. Ed. McGraw-Hill Interamericana, México; 2002: 1035-47.
- Barinagarrementeria F, Cantú C. Generalidades y clasificación de la enfermedad vascular cerebral. Ed. El Manual Moderno, México; 2003: 1-19.
- Cabrera A, Martínez O, Laguna G, Juárez R, Rosas V, Loria J, Medellín R, Cerón R, Sánchez F, Álvarez L, Rumbo U. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en hospitales de la Ciudad de México: Estudio multicéntrico [PDF Internet]. Disponible en: [http://www.nietoeditores.com.mx/download/med%20interna/marzo-abril%202008/MedintMex2008-24\(2\)-98-103.pdf](http://www.nietoeditores.com.mx/download/med%20interna/marzo-abril%202008/MedintMex2008-24(2)-98-103.pdf)
- Villanueva JA. Enfermedad vascular cerebral: factores de riesgo y prevención secundaria. Anales de Medicina Interna [PDF Internet]. Ed. Aran; Madrid 2004: 159-160. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v21n4/editorial.pdf>
- Sanclémente C, Alonso F, Rovira E, Vigil D, Vilaró J. Accidentes vasculares cerebrales en la comarca de Osona: Factores de riesgo cardiovascular. Anales de Medicina Interna [PDF Internet]. Ed. Aran, Madrid: 161-165. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v21n4/original1.pdf>
- Romano, Forteza, Concha. Factores de riesgo de la enfermedad vascular cerebral. Ed. El Manual Moderno, México; 2003: 23-44.
- Arboix A. Enfermedad vascular cerebral y depresión [PDF Internet]. Unitat de Patologia Vascular Cerebral. Servei de Neurologia. L'Aliança Hospitals. Ed. Doyma 256-257. Disponible en: <http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/Vol109/m1090704.pdf>
- Merck. Enfermedad vascular cerebral y trastornos afines, trastornos del cerebro y del sistema nervioso. Manual Merck. 10ª ed. Ed. Hartcourt, España; 2005: 74.
- Hoch D. Accidente vascular cerebral. Medline Plus Enciclopedia Médica en línea, ADAM Inc [Internet]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000726.htm>
- Beare-Myers. Cuidados de enfermería de los adultos con trastornos cerebrovasculares. Enfermería Médico Quirúrgica Vol. 2. 3ª ed. Ed. Harcourt, Madrid; 2001: 1007-1010.

24. Gil, Tamayo, Hachinski. Angioplastia en la enfermedad vascular cerebral isquémica y endarterectomía para la prevención. *Enfermedad Vascular Cerebral*. Ed. El Manual Moderno, México 2003: 393-451.
25. Capponi R. *Psicopatología de la afectividad, psicopatología y semiología psiquiátrica*. 11ª ed. Ed. Universitaria, Chile; 2006: 90-98.
26. Dupont M. Depresión [Monografía Word Internet]. México; 2005 [Acceso 5 Octubre del 2009]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos42/depresion-psicologia/depresion-psicologia.shtml>
27. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV. Ed. Masson, Barcelona; 1995.
28. BBC. La depresión, una crisis global. BBC Mundo Ciencia, Artículo ciencia y tecnología [Internet]. Disponible en: http://www.bbc.co.uk/mundo/ciencia_tecnologia/2009/09/090902_depresion_oms_men.shtml
29. Díaz A. Síndrome depresivo. Presentación en Power Point [Internet PPT]. Disponible en: www.medtropolis.net/descargas/Depresion.ppt

Proceso de atención de enfermería a un paciente con Parkinson más psicosis basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson

María Salgado Quijano,* Guadalupe Espinosa Sánchez*

RESUMEN

Hoy en día, la enfermería es considerada como una disciplina en el área de la salud, con gran impacto social que constantemente aumenta sus funciones para satisfacer las necesidades que impone el cuidado del paciente; en consecuencia, los cuidados van encaminados a ese mantenimiento de la vida, a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido y en general todas las medidas que hacen la vida más agradable. El cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones: física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad.

Palabras clave: Cuidado, proceso de enfermería, Parkinson.

Nursing process for a patient with Parkinson more psychosis based on the 14 needs of Virginia Henderson

ABSTRACT

Today, nursing is seen as a discipline in the health area, with great social impact that continually raises its functions to meet the needs imposed by the health care, therefore care are aimed at the maintenance of life, through the promotion of hygiene, adequate food, clothing and in general all measures that make life more enjoyable. The care is aimed at maintaining the health of the person in all its dimensions, physical, mental and social. The nurse evaluates aid needs of the person taking into account their perceptions and whole.

Key words: Care, nursing process, Parkinson.

JUSTIFICACIÓN

El interés de realizar el Proceso de Atención en Enfermería (PAE) en un paciente que presenta alteración de la necesidad de movilidad y postura secundaria a la enfermedad de Parkinson más psicosis es con el fin de llevar a cabo las acciones e intervenciones encaminadas a contribuir en los cuidados de la rehabilitación, así como aminorar las complicaciones de esta enfermedad en la persona; también a enseñar a sus familiares a comprender y aprender a brindar los cuidados necesarios, haciéndolos que participen en algunas actividades para que el paciente pueda valerse por sí mismo y sea independiente en su higiene y aliño.¹

La Secretaría de Salud ha estimado en base a los datos obtenidos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, que existen al menos 500,000 personas con enfermedad de Parkinson en el país.²

OBJETIVOS

General

- Brindar los cuidados de enfermería a personas con Parkinson más brote psicótico mejorando la calidad de vida de la persona.

* *Licenciadas en Enfermería con curso postécnico de Psiquiatría.*

Correspondencia: María Salgado Quijano. Insurgentes Sur Núm. 3877, Col. La Fama, Delegación Tlalpan, E-mail: msalgadoq@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

Específicos

- Proporcionar cuidados holísticos, valorando las necesidades básicas de movilidad y postura.
- Elaborar diagnósticos de enfermería específicos en enfermos con Parkinson más brote psicótico.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO

El procedimiento se lleva a cabo en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía en la Unidad de Neuropsiquiatría en un periodo que comprende del 14 al 25 de mayo de 2012. La metodología implementada se apoya en el proceso enfermero ya que sistematiza la información a través de la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación; la información se obtiene utilizando la historia clínica.

MARCO TEÓRICO

Proceso de Atención en Enfermería

Es una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería ya que se basa en ciertos pasos con ordenamiento lógico y estructurado que permiten la planeación y aplicación de destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas de enfermería para ayudar a los pacientes a lograr su potencial máximo de salud.

La aplicación de la práctica asistencial enfermera es el método conocido como Proceso de Atención en Enfermería (PAE), el cual consta de cinco etapas, que son:³

Valoración

- Es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno

Diagnóstico

- Es el juicio o conclusión que procede como resultado de la valoración de la enfermería

Planificación

- Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas así como para promover la salud

Ejecución

- Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados

Evaluación

- Significa comparar las respuestas de la persona y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

Teoría de Virginia Henderson en enfermería

Virginia Henderson nació en 1897, originaria de Kansas City. Vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora; entre sus múltiples publicaciones y participaciones en asociaciones y comités llegó a definir la enfermería en términos funcionales, lo que publicó en 1959.⁴ La teoría de Virginia Henderson es destacada, se basa en las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la actuación de enfermería, tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila).

Supuestos principales de Henderson

La enfermera tiene como única función ayudar a los enfermos y al equipo de salud a evaluar las necesidades básicas de la persona para mantener el equilibrio fisiológico y emocional y conseguir su independencia.

Las 14 necesidades básicas de la persona, según el modelo de Henderson son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y daño a los demás.
10. Comunicarse con sus semejantes expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar con arreglo a la propia fe.
12. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.
13. Disfrutar o participar en diversas formas de entendimiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.⁵

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata del Sr. JACC, masculino de 67 años de edad con antecedentes heredofamiliares (primos hermanos) con

hipertensión arterial, sin datos de enfermedades crónico-degenerativas en la familia.

Inicia su padecimiento desde hace 15 años con diagnóstico de Parkinson. Actualmente presenta disminución de la fuerza en miembro torácico derecho, marcha claudicante y temblor fino en miembro pélvico derecho. El motivo de su ingreso al Servicio de Neuropsiquiatría es por presentar alucinaciones visuales consistentes “en hombres que entraban a su casa y que se dormían en medio de él y su esposa”; además pensaba que su esposa era la que propiciaba la entrada de estos hombres; por este motivo cierra puertas y se lleva a su cuarto un rifle de diábolos con el cual se podría, supuestamente, defender; también presenta insomnio y agresividad física y verbal heterodirigida, así como alteraciones de lenguaje. Se le inicia tratamiento a base de levodopa y benseracida (mado-par) y biperideno (akineton). En el 2004 suspendió los fármacos e inició tratamiento con levodopa 50 mg/carbidopa 12.5 mg (stalevo), la cual ocasiona efectos adversos caracterizados por ansiedad e incontinencia urinaria, por lo que lo suspenden y se agrega pramipexol (sifrol), levodopa 250 mg/carbidopa 25 mg (cloisone). También se le inicia tratamiento con quetiapina (seroquel) de 25 mg para brote psicótico. Cabe mencionar que con el ajuste de medicamentos tuvo mejoría general importante. Se concluye con el ingreso del Sr. JACC al Servicio de Neuropsiquiatría con síntomas psicóticos secundarios al uso de medicamento, signos vitales de T/A: 110/70, FC: 70x', Fr: 20x', Temp: 36.2 °C.

Se encuentra con temblor leve en miembro torácico derecho, con estado afectivo triste, aislado, con dificultad para la marcha y rigidez de hemicuerpo derecho, alucinaciones visuales, con ansiedad, demandante de atención, miedos e insomnio.

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

Necesidad	Diagnóstico
Eliminación	Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia relacionada por efectos secundarios a la ingesta de medicamento levodopa 50 mg/carbidopa 12.5 mg (estalevo)
Moverse y mantener buena postura	Deterioro de la movilidad física relacionada con déficit neuroquímico cerebral de dopamina, manifestado por afección progresiva de la movilidad e inestabilidad física, rigidez muscular y temblor involuntario
Descanso y sueño	Trastorno del patrón de sueño relacionado con la terapia por efecto de medicamento (levodopa 50 mg/carbidopa 12.5 mg) manifestado por dificultad para conciliar el sueño (insomnio) e irritabilidad
Uso de prendas de vestir adecuadas	Déficit de autocuidado relacionado con movimientos incoordinados y deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir

Necesidad de comunicarse	Deterioro de la comunicación verbal relacionado con debilidad, rigidez de los músculos faciales; lenguaje lento y pausado Confusión aguda relacionada con ideas delirantes de referencia y daño, manifestada por ver personas en su habitación que quieren lastimarlo Disminución de la agudeza visual de ojo derecho, manifestada por temor a la pérdida total de vista, así como a no realizar sus actividades cotidianas
Necesidad de trabajar y realizarse	Conocimientos deficientes sobre el tratamiento relacionado con falta de interés en el aprendizaje, manifestado por seguimiento inexacto de las instrucciones
Evitar peligros	Riesgo de lesiones relacionado con la inestabilidad postural y rigidez muscular

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de enfermería:

Deterioro de la movilidad física relacionada con déficit neuroquímico cerebral de dopamina; afección progresiva de la movilidad e inestabilidad física, rigidez muscular y temblor involuntario.

Objetivo: Ayudar a mejorar la fuerza muscular, así como la coordinación y deambulación.

Intervención de enfermería	Fundamentación científica
Ministración adecuada de levodopa en la persona, aplicando la regla de oro	La levodopa es un medicamento que se transforma en dopamina en el cerebro y sustituye su deficiencia, alivia la rigidez en la mayoría de las personas y suele mejorar el temblor algún tiempo; tiene vida media de 60 a 90 minutos
Orientación acerca de la realización de ejercicios, valoración y programación de fisioterapia para la persona, que le ayuden a fortalecer la fuerza motora en brazos, manos y piernas	Los ejercicios ayudan a aumentar el vigor muscular, mejoran la coordinación y disminuyen la rigidez; con esto se evitan contracturas y deformidades óseas
Motivarlo a que deambule, mencionándole la importancia que tiene el ejercitar sus músculos	Las técnicas aplicadas para caminar son con el fin de mejorar la marcha pesada y la tendencia a inclinarse hacia adelante, realizando pasos alargados con los pies separados; la marcha de pie ayudará al balanceo de brazos y hombros
Mencionarle cómo pueden disminuir los temblores finos de miembro superior derecho y rigidez de hemicuerpo derecho, cómo lograrlo y qué debe de hacer	El temblor fino disminuye con el reposo, aumenta con los movimientos bruscos y se intensifica con el estrés. El estrés puede precipitar un episodio agudo

Ejecución: Se valoró la fuerza muscular así como la movilidad de la persona durante su estancia hospitalaria; con el apoyo del familiar, se llevó a cabo la realización de ejercicios

de flexión y extensión de manera programada de acuerdo a las necesidades de la persona y se ministra levodopa de acuerdo a las indicaciones médicas con hora exacta y dosis correcta, valorando los efectos secundarios.

Evaluación: Ha mejorado el tono muscular y fuerza, su deambulación es más coordinada, la ministración del medicamento ha contribuido a disminuir la rigidez de la persona y ésta reposa cuando es necesario.

Diagnóstico: Trastorno del patrón de sueño relacionado con la terapia por efecto de medicamento (levodopa) manifestado por dificultad para conciliar el sueño (insomnio) e irritabilidad.

Objetivo: Lograr un patrón de sueño adecuado durante la noche.

Intervención de enfermería	Fundamentación científica
Dar a conocer a la persona los efectos secundarios del medicamento que le está alterando su patrón del sueño	Los efectos secundarios de la levodopa incluyen alteraciones como la incapacidad para conciliar el sueño, así como despertares nocturnos
Disminuir los ruidos para proporcionar el menor número de molestias a la persona durante el periodo de sueño	Es importante favorecer un ambiente confortable y tranquilo para mejorar el descanso y un sueño completo
Establecer un horario para ir a la cama así como proponerle a la persona una previa ducha, de preferencia durante la noche con agua tibia-caliente	El baño completo de regadera o tina unos minutos antes de acostarse ayudará a un descanso pleno en la persona durante la noche y reducirá las tensiones nerviosas
Mantener ocupada a la persona durante el día participando activamente en las distintas actividades establecidas por el servicio durante su estancia hospitalaria como deambular, leer o participar en terapia ocupacional que contribuyan a mejorar su sueño	La lectura, caminata y la participación en actividades manuales es una técnica que ayuda a la persona a permanecer ocupada durante el día, y mantenerla despierta es una forma de ayudarla a dormir plenamente por la noche

Ejecución: La modificación de la dosis del medicamento (levodopa), las técnicas de relajación y ejercicios, así como un ambiente tranquilo y libre de factores externos ayudaron a la persona a restablecer su hábito de sueño durante la noche.

Evaluación: La persona ha incrementado sus horas de sueño nocturno y los efectos del medicamento han disminuido a partir de la modificación del mismo.

Diagnóstico: Deterioro de la comunicación verbal relacionada con debilidad, rigidez de los músculos faciales manifestada por hablar con lenguaje lento y pausado.

Objetivo: Ayudar a la persona a mejorar la comunicación.

Intervención de enfermería	Fundamentación científica
Poner atención a la persona cuando hable y observar su expresión facial, gestos y tono de voz, que ayuden a identificar la manera de apoyarla	El escuchar a la persona es parte del apoyo que se le debe brindar para proporcionar confianza y pueda expresar con libertad sus inquietudes
Mostrar interés y paciencia a la persona para proporcionarle confianza y que así exprese libremente sus sentimientos y temores	La comunicación verbal con la persona en términos directos, concretos y específicos acordes a la realidad es la parte vital de la relación enfermera-paciente, y de tal manera se podrán brindar los cuidados específicos

Pedir al fisioterapeuta su participación con terapias de lenguaje y ejercicios faciales (movimientos lengua, ejercicios faciales) que contribuyan a la rehabilitación de la persona y disminuyan sus limitaciones que afectan la comunicación

La realización de ejercicios específicos ayudan a mejorar la comunicación de la persona; la terapia de ejercicios faciales contribuye a disminuir la rigidez de los músculos de la cara y mandíbula, lo que ayuda a mejorar la tonificación así como el lenguaje

Orientar a la familia a fomentar la realización de los ejercicios por parte de la persona

La participación de la familia es fundamental para que la persona continúe con sus ejercicios durante su estancia hospitalaria, así como en su hogar al darlo de alta

Ejecución: Se valora el tono y volumen de la persona, así como la rigidez de los músculos faciales; se realizan terapias de lenguaje y se formulan preguntas sencillas que nos pueda contestar con un "sí" o un "no", y se le pide realizar lectura en voz alta.

Evaluación: La persona mejora la comunicación y realiza los ejercicios indicados por el fisioterapeuta, por lo que su lenguaje es más fluido.

Diagnóstico: Confusión aguda relacionada con ideas delirantes de referencia y daño, manifestando ver personas en su habitación que quieren lastimarlo.

Objetivo: Disminuir los factores que le generen ansiedad y temores.

Intervención de enfermería	Fundamentación científica
Valorar el estado perceptual de la persona para detectar lo que le ocasiona su ansiedad y temores	La alteración de la percepción en el entorno de la persona puede generarle un estado de angustia que se manifieste en miedos y ansiedad
Evitar contrariar a la persona tratando de convencerlo de que sus ideas son falsas e irreales	Saber cómo abordarlo sin que esto pueda generarle una conducta de irritabilidad, autoagresión y heteroagresión que ponga en peligro su persona o a otros
Ubicar a la persona en la realidad con base en hechos reales y no insistir en las ideas delirantes	Reorientar a la persona en sus tres esferas (espacio, tiempo y persona), llamarlo por su nombre mencionándole la fecha actual y el lugar
Proporcionar seguridad indicándole a la persona que no está sola, que estamos cerca de él y sobre todo al pendiente	La interrelación enfermera-paciente es importante para que la persona se sienta segura y tenga confianza y pueda expresar sus sentimientos e inquietudes, y mejore su autoestima
Ministración de la quetiapina, con la dosis prescrita por el médico, 25 mg, vía oral c/24 h. por la noche a reserva de algún ajuste del medicamento	La quetiapina es un antipsicótico que ayuda a la persona a disminuir sus ideas delirantes tales como: cambios en el comportamiento, pensamientos extraños y atemorizantes

Ejecución: La ministración adecuada del medicamento al paciente contribuyó a disminuir sus ideas de daño y referencia; se le brindó seguridad y confianza para que expresara con libertad sus sentimientos y temores.

Evaluación: La persona ha disminuido sus ideas delirantes de daño y alucinaciones visuales, así también la ansiedad y temores. La ministración del antipsicótico ha sido benéfica en el tratamiento.

CONCLUSIONES

El proceso de atención de enfermería es un instrumento valioso para jerarquizar necesidades y brindar una atención oportuna, ayudando de esta manera a su pronta rehabilitación y/o recuperación. De tal manera que los objetivos planteados fueron cumplidos y se llevaron a cabo a través de la aplicación de actividades y cuidados encaminados a favorecer su calidad de vida y mantener el bienestar actual de la persona.

Es de vital importancia que el profesional de enfermería conozca no sólo el fin terapéutico de los medicamentos sino también sus efectos secundarios, ya que en este caso específico la sintomatología que la persona manifestaba era en gran parte provocada por reacciones adversas del medicamento.

Uno de los apoyos más relevantes fue el de familiares que contribuyeron durante la estancia hospitalaria con su participación afectiva a su familiar; esto fue un punto importante para su rehabilitación y su pronta recuperación e integración familiar.

Es importante mencionar que con la colaboración de la aplicación técnica de la fisioterapia mejoró la deambulacion y la postura, ayudando a que las articulaciones y músculos no perdieran su movilidad y fuerza.

ANEXO 1

Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo crónico y progresivo y la segunda causa más común de incapacidad neurológica crónica; suele clasificarse como un trastorno del movimiento; también produce alteraciones en la función cognitiva, la expresión de emociones y la función autónoma.⁶

Los síntomas suelen iniciarse de una manera lenta y progresiva; a veces el primer síntoma es un estado depresivo, dificultad para girarse en la cama o para ponerse los zapatos. En otras circunstancias, son los familiares de la persona quienes notan que realiza todas las actividades un poco más lento de lo normal: más tiempo duchándose, al caminar, al escribir, etc.

La causa de la enfermedad de Parkinson sigue siendo oscura; pero es probable que se deba a muchos procesos patológicos diferentes con una intervención variable del envejecimiento, el ambiente y los factores genéticos.¹⁷

La esperanza de vida del paciente afectado por la enfermedad de Parkinson es igual al del resto de la población; sin embargo, la calidad de vida disminuye progresivamente a medida que la enfermedad avanza. La calidad de vida tam-

bién depende de la manera en que se haya tratado al paciente. La enfermedad es un trastorno degenerativo de la llamada sustancia negra compacta (nigroestriado). Esta sustancia cerebral la forman neuronas secretoras del neurotransmisor dopamina (DA). El equilibrio, la postura, el tono muscular y el movimiento muscular involuntario dependen del equilibrio entre la producción de dos sustancias: DA (inhibidor) y acetilcolina (estimulador).

La acción de la dopamina sobre los ganglios basales es responsable de la fluidez de movimientos. Por tanto, la ausencia o muerte de estas neuronas secretoras DA implica que la acetilcolina tiene un efecto estimulador sin que exista el contrapunto de la DA.

Síntomas del “parkinsonismo”: La persona presenta una pérdida progresiva de la habilidad psicomotriz. Todo esto resulta en muchas dificultades para satisfacer las necesidades básicas:

Temblo (en reposo): En las manos y la cabeza.

Rigidez muscular: Presenta dificultad para inclinarse, para doblar las articulaciones. Presenta una facies inexpresiva (jugador de poker) y dificultad para articular palabras. Hay dificultad para masticar y tragar (disfagia). Estos síntomas son más evidentes en fases más avanzadas de la enfermedad.

Bradicinesia: Además de la rigidez muscular, los pacientes afectados de Parkinson tienen dificultad para iniciar el movimiento y controlar el movimiento fino (escritura, por ejemplo).

Inestabilidad postural: Dificultad para mantener el equilibrio.

Manifestaciones típicas son la inexpresividad facial (cara del jugador de poker), la escasez de movimientos automáticos como el párpadeo o el braceo al caminar, la inclinación de tronco hacia delante durante la marcha.

Conforme aumenta la duración de la enfermedad pueden aparecer otros síntomas, como un deterioro de la marcha con dificultad fundamentalmente al inicio de ésta y en los giros, en los que el paciente se queda como pegado al suelo, fenómeno que se denomina imantación. También se puede producir una alteración de los reflejos de reequilibración dando lugar a caídas.

Tratamiento: Uno de los más utilizados y considerado de mayor eficacia es el siguiente:

Dopaminérgico: Los fármacos dopaminérgicos se utilizan para aumentar los niveles de DA en la zona del cerebro dañada. Utilizan unos mecanismos de acción:

Levodopa: Es el fármaco más utilizado y más eficaz contra el parkinsonismo. Es necesario administrarlo a grandes dosis porque sólo un 1% consigue atravesar la BHE; esto provoca que tenga gran cantidad de efectos secundarios. Las altas dosis suponen también un riesgo de toxicidad, por lo que estas personas deben ser monitorizadas para detectar síntomas de intoxicación.

Por estos motivos, suele administrarse conjuntamente con otros fármacos que disminuyan estos efectos secundarios. Estos fármacos son la carbidopa (que impide que la levodopa se transforme en DA en sangre) y la doperidona (antagonista de la DA, por tanto, compite por los mismos receptores con la DA e impide que los estimule).

Ninguna de estas dos sustancias atraviesa la BHE, por lo que son fármacos que disminuyen los efectos secundarios de la levodopa a nivel periférico y no en el sistema nervioso central (SNC).⁸

Psicosis en la enfermedad de Parkinson

La psicosis se define como una deficiencia importante en la percepción de la realidad: los pacientes evalúan de manera incorrecta sus percepciones y obtienen inferencias inadecuadas acerca de la realidad exterior, lo cual conduce a delirio y alucinaciones.⁹

Mente y personalidad del parkinsoniano

En algunos pacientes es tan intenso el deterioro de las funciones mentales y psicológicas que llegan a representar un problema grave. En comparación con otras personas de su edad, presentan una serie de dificultades mentales o cognitivas de escasa intensidad. En algunos casos sólo al hacer determinados "test" o pruebas neuropsicológicas es cuando se pone de manifiesto el fallo. Las funciones que más se afectan son la integración visuoespacial y la forma en que se ejecutan determinadas acciones motoras. Esta disminución de la percepción e integración visuoespacial es la que les hace dudar cuando van a atravesar una puerta estrecha, y también puede contribuir a frecuentes caídas. El pensamiento del parkinsoniano es lento, carece de "reflejos mentales", su cerebro tarda mucho tiempo en procesar la información y resulta especialmente difícil cambiar de un programa motor a otro. Esto es lo que se conoce como bradifrenia, un síntoma que consiste en el enlentecimiento

de determinados procesos mentales y que hay que diferenciar de la demencia.¹⁰

La conducta psicótica es muy común en la EP. Los principales síntomas son las alucinaciones visuales y el delirio paranoide. Estos síntomas inciden en la calidad de vida tanto del paciente como de su cuidador.

Puede ser causada por una combinación de factores endógenos y exógenos que afectan varios sistemas. Se considera que los factores endógenos más importantes son la denervación mesocortical dopaminérgica, la denervación colinérgica neocortical y las alteraciones del sueño MOR inducidas por los cambios colinérgicos, las cuales agravan el estado de confusión endógeno. Por otra parte, factores exógenos importantes son los tratamientos crónicos con dopaminomiméticos (psicosis subaguda) o anticolinérgicos (confusión tóxica), así como otros factores psicogénicos como edad, deshidratación, infecciones, abstinencia de alcohol o de drogas, fiebre, aislamiento o sobrecarga social, los cuales conducen a psicosis exógenas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kerouac S. Pensamiento enfermero, 1996, 1ª edición en español, Editorial Elsevier Masson, Barcelona España. 10.
2. http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud_mental/guias_tecnicas/parkinson.pdf p.p. 24 fecha: 25-06-2012 hora: 23:06.
3. Marriner A. Proceso de atención de enfermería, un enfoque científico. 2ª edición, Editorial El Manual Moderno, S.A de C.V., México, D.F. 1983: 1-4.
4. Marriner TA. Modelos y teorías de enfermería, 1997, 4ª edición en español, Editorial, Harcourt Brace, Madrid España; 99, 100.
5. Marriner TA. Modelos y teorías de enfermería, 1997, 4ª edición en español, Editorial, Harcourt Brace, Madrid España; 102.
6. Stokes M. Fisioterapia en la rehabilitación neurológica, 2006, 2ª Edición en Español, Editorial, Elsevier Mosby, Madrid, España, 221.
7. Stokes M. Fisioterapia en la rehabilitación neurológica, 2006, 2ª Edición en Español, Editorial, Elsevier Mosby, Madrid, España, 222.
8. <http://ocw.uib.es/ocw/infermeria/farmacologia/m3-tema2> p.p 5 fecha 26-06-2012 hora 20:17
9. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-47052004000100006&script=sci_arttext párrafo. 5 fecha 26-06-2012 hora 14:20
10. Micheli FE. Enfermedad de Parkinson y trastornos relacionados. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1998: 342-359.

Perspectiva y construcción teórica en enfermería

Araceli Jiménez Mendoza, Hugo Tapia Martínez ***

RESUMEN

El ejercicio de la teoría desarrolla conocimientos que ayudan a la expansión y el desarrollo de la ciencia. Esto despierta en los hombres el interés por el conocimiento científico para dar respuesta a incógnitas y problemas diversos. La elaboración y aplicación de nuevas teorías ha generado avances científicos en beneficio de la humanidad en aquellas comunidades y países que han invertido para ello; por el contrario, los países pobres se han visto limitados en estos beneficios. Aunque se utilizan a partir de la razón teórica, se pueden generar nuevas formas de pensar o de relacionarse con la realidad para explicar, problematizar o formar juicios en relación al cuidado como objeto de estudio de enfermería.

Palabras clave: Construcción, enfermería, teoría.

Theoretical perspective and nursing building

ABSTRACT

Based on the theories, have developed expertise that have enabled the growth and development of science. This allows men to develop interest in the scientific knowledge to answer many unknowns and challenges. The circumstances have allowed the construction and application of new theories and scientific advances have led to the benefit of humanity in communities and countries that have invested in it; however, poor countries have been limited to these privileges to be expensive the different dimensions of humanity, although used from theoretical reason can generate new ways of thinking, or of relating to reality to explain, problematize or make judgments regarding care as an object of study in nursing.

Key words: Construction, nursing, theory.

INTRODUCCIÓN

A partir de la teoría, los hombres han desarrollado el conocimiento que permite la expansión y el desarrollo de la ciencia. Bajo este conocimiento se interpreta lo desconocido en términos de lo ya conocido y

es a partir de las teorías que los hombres han desarrollado el conocimiento científico para dar respuesta a incógnitas y problemas diversos.

En la realidad, la construcción de nuevas teorías ha generado avances científicos que si bien han beneficiado a la humanidad, sobre todo en países que han invertido para

* *Licenciada en Enfermería y Obstetricia, Maestría en Ciencias de la Enfermería, Profesora de Carrera Titular A, Coordinadora de Intercambio Académico y Movilidad Estudiantil.*

** *Licenciado en Enfermería y Obstetricia, Maestro en Ciencias de Enfermería, Profesor de Carrera Asociado B, Área Proceso Salud Enfermedad en la Reproducción Humana.*

ENEQ-UNAM. Doctorado Itinerante en Ciencias de Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo Perú/Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM.

Correspondencia: Araceli Jiménez Mendoza. Camino Viejo a Xochimilco y Viaducto Tlalpan sin número, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, 14370, México, D.F. E-mail: ajimenez55070@yahoo.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

ello en beneficio de sus comunidades, por el contrario, los habitantes de países pobres se han visto limitados de esos avances.

En ese tenor, enfermería, como disciplina en proceso de consolidación, ha ido construyendo su desarrollo científico disciplinario, partiendo del conocimiento empírico por excelencia; en la búsqueda por superar la dependencia de sustentos teóricos procedentes de otras disciplinas se ha enfocado en la definición de su objeto de estudio, de sus constructos teóricos disciplinarios y de la conformación de sus comunidades científicas.

Para enfermería, es imprescindible contar con teorías que expliquen su objeto de estudio, con el o los paradigmas que en ese momento histórico imperen en la comunidad científica. Son diversas las teorías que se han desarrollado en enfermería; algunas suelen explicar de manera general el objeto de estudio (macroteorías) y otras se dedican a estudiar algunas partes del cuidado (teorías intermedias). Al paso del tiempo, y al mirar en retrospectiva, se han asumido algunas teorías más a manera de moda que por su valor científico; es decir, en cuanto se difunde alguna teoría, independientemente del contexto en el que se originó, se busca aplicarla en cualquier área del cuidado, sin haber considerado los criterios de validez que debe cumplir.

En este ensayo se analizarán, en perspectiva y prospectiva, las teorías científicas de enfermería y el concepto científico como sustantivo para su construcción. Si bien las diferentes aportaciones teóricas han sido valiosas y aluden a un sustento filosófico, epistemológico y técnico, no siempre han dado respuesta a los cuestionamientos: ¿En qué medida las teorías de enfermería abarcan el estudio sobre el cuidado? ¿Tienen algún enfoque epistemológico? Si no es así, ¿qué debemos hacer para alcanzarlo?

DISCUSIÓN

Los autores mencionan que todas las teorías cumplen el requisito de contar con conceptos; para Kerlinger, una teoría es un conjunto de constructos (conceptos), definiciones y proposiciones, relacionados entre sí, que presentan una visión sistemática de fenómenos especificando relaciones entre variables con el propósito de explicar y predecir los fenómenos (Hernández et al. 2003). Pollit y Hungler refieren que las teorías científicas comprenden un conjunto de proposiciones vinculadas con la interrelación entre conceptos, de los cuales se puede deducir una gran cantidad de observaciones empíricas (Pollit-Hungler, 1997). Por lo tanto, las teorías científicas describen, explican y predicen con el fin de ampliar el conocimiento de una ciencia.

En el proceso de construcción del conocimiento, la teoría constituye el instrumento a partir del cual se logra el ra-

zonamiento y nuevas formas de pensar. En este sentido, la teoría constituye lo que Zemelman ha denominado “la razón teórica”, que implica la transmisión de conceptos y propicia la vinculación con la sociedad (Zemelman, 1975). La razón teórica exige el uso de conceptos para arribar a la enunciación del conocimiento organizado. A partir de la razón teórica se pueden generar nuevas formas de pensar o de relacionarse con la realidad para explicar, problematizar o formar juicios.

En este discurrir del pensamiento influyen aspectos culturales, ideológicos y dogmáticos (Eusse, 1994). De acuerdo con estos autores, la construcción de las teorías o formas de pensar no sólo requiere de organizar, relacionar y sistematizar los conceptos que las forman, para explicar la realidad, sino de ubicar el entorno socio-histórico en el cual se desarrollan, de manera que estén en concordancia o formen parte del paradigma epistémico predominante.

Las teorías a menudo se transforman en paradigmas debido a que la comunidad científica asume ciertos contenidos de manera subjetiva, sin analizar el problema; de tal forma que al adoptar la teoría se parte del referente, producto de su proceso de racionalidad. Khun señala que cuando las explicaciones de la teoría no satisfacen los fenómenos de la naturaleza (se encuentran anomalías), el paradigma predominante en la ciencia normal entra en contradicción con nuevas teorías rivales que lo intentan explicar. Si alguna de estas teorías rivales logra explicarlo y además logra explicar otros fenómenos, impera, cambiando de paradigma y se logra un nuevo capítulo de ciencia normal; este proceso ocurre en todas las ciencias, a través de la historia (Khun, 1986). El paradigma que aún prevalece es el empirismo lógico, que en términos de una teoría aceptada como verdad debe tener consistencia entre sus componentes, conceptos y método científico. Aunque también existen otras doctrinas filosóficas que ponen en entre dicho este paradigma.

Para Popper, las teorías son conjeturas, hipótesis generales que permiten explicar los fenómenos. Nunca son verdaderas, pero sí pueden ser falseadas, lo cual debe encaminar al científico a rechazarlas. Las teorías son redes que lanzamos para apresar aquello que llamamos el “mundo”: para racionalizarlo, explicarlo y dominarlo (Popper, 1959). El *falsacionista* considera que la ciencia es un conjunto de hipótesis que se proponen, con el propósito de describir o explicar de manera precisa el comportamiento de algún aspecto de la naturaleza. Sin embargo, no todas las hipótesis lo consiguen.

Una condición fundamental que debe cumplir cualquier hipótesis para conseguir el estatus de teoría o ley científica es que sea falseable o refutable; es decir, las teorías científicas no se verifican: se refutan. Aunque según sus críticos, la refutación misma podría ser falsa, ya que los científicos no creen en la falsedad de sus teorías.

Por su parte, Feyerabén y en concordancia con Popper en contra del principio de empiricismo, indica: “Es posible iniciar el trabajo científico formulando hipótesis que contradigan teorías sólidamente confirmadas corroboradas hasta ese momento; podemos ganar una nueva perspectiva que la teoría dominante no permitía debido al requisito de consistencia entre hipótesis y teoría.”

Consecuentemente, crece el número de teorías que Feyerabén llamó pluralismo teórico, el cual señala que es benéfico para la ciencia, mientras que la uniformidad teórica de los positivistas favorece el dogmatismo e inutiliza la crítica de los científicos. Entre más teorías se generen y se contradigan, mayor conocimiento se obtiene de la realidad.

Una vez considerado un panorama de las aportaciones de Zemelman, Khun, Popper y Feyerabend hacia las teorías, es necesario mencionar otros aspectos a considerar en la construcción de teorías: aquellos relacionados con el sujeto como constructor, es decir, los requisitos o pasos del investigador que intenta elaborar una teoría.

La construcción de teorías involucra dos procesos: el psicológico-cognitivo y el lógico-metodológico (Pérez M. 2010), es decir, el intelecto y en particular nuestro talento se hace posible gracias a la construcción de teorías.

El primer paso inicia con un plan de acción personal que incluye la búsqueda de todo aquel material de lectura necesario para discernir, interpretar, discutir y dilucidar los conocimientos que se tienen y los que haya que complementar en referencia a lo que es una teoría. No deben quedar brechas de conocimiento, pues más adelante serán obstáculos epistemológicos. Tal como se ha sugerido en nuestro Doctorado Itinerante. Y continúa la autora:

El segundo paso es la organización del material de lectura, las ideas que vayan surgiendo en torno al proceso de construcción de teorías, los pensamientos creativos y el tiempo. El siguiente paso es la dedicación, si ya hemos preparado lo necesario y hemos organizado inclusive el tiempo, es el momento de seguir los horarios seleccionados y dedicarse a leer, escribir, pensar, discutir, interactuar con su material de estudio y lectura, con sus amigos que están construyendo teorías y consigo mismo.

El paso que sigue es la evaluación, que puede darse, cuando se estime necesario, en forma de registro de los avances alcanzados, los logros obtenidos y en función del desarrollo de su plan. El paso final es el replanteamiento; en este paso se reflexiona sobre el estilo personal de desarrollar todo el plan, sobre la administración del tiempo, los logros alcanzados y la satisfacción personal con todo lo planteado y alcanzado. Más vale hacer menos, pero hacerlo bien, que hacer más pero mal, es decir, sin producir nada. La única persona que conoce sus limitaciones y la única capaz de superarlas es uno mismo.

Como podemos apreciar hasta aquí, las teorías y su construcción se enmarcan en un proceso histórico para su pertinencia, sirven para explicar y predecir los fenómenos de la realidad, tienen como fin generar conocimientos que consoliden a las ciencias como tales, pueden obedecer a una o varias posturas epistemológicas y para quien trate de construir una teoría se requiere de dos procesos: el psicológico-cognitivo y el lógico-metodológico. Ahora analizaremos lo que sucede en enfermería. En efecto, enfermería cuenta con un vasto bagaje teórico, principalmente norteamericano, que ha permitido su desarrollo.

En la disciplina de enfermería han surgido una serie de teorías, principalmente después de los años 50 del siglo XX, las cuales se han asumido como únicas opciones y se han constituido en ideologías dominantes por ya largo tiempo, generando resistencia a la búsqueda de nuevos paradigmas teóricos de enfermería no sólo para la comprensión de fenómenos, sino también para transformar su práctica profesional en torno a la salud.

Asumimos que la enfermera debe siempre contar con una(s) teoría(s) que sustente(n) su quehacer profesional, es decir, primero que piense lo que va a hacer y después hacerlo. Sin embargo, en la práctica profesional común, a menudo la enfermera ejecuta sus “cuidados”, como valorar signos vitales, somatometría, tendido de cama, aspiración de secreciones, ministración de medicamentos, etc., sin pensar en qué medida vincula dichas intervenciones con una postura teórica y su método, o si la toma como sustento, ésta es de carácter dogmático sin posibilidad de pensamiento crítico que genere nuevo conocimiento.

Se ha dicho que enfermería es una ciencia o disciplina emergente y joven, que sus teorías y/o modelos aplicados a su metaparadigma y su método son singulares, es decir, que tienen limitaciones, y que por esta razón no puede ser falseada; que tiene hipótesis en sus teorías, pero no hipótesis que las refuten, a diferencia del racionalismo crítico que se mueve en la universalidad. También hay mucho conocimiento por descubrir en su quehacer, por ejemplo con el enfoque cualitativo al interpretar el significado de saberse con VIH positivo en mujeres embarazadas.

CONSIDERACIONES FINALES

John Bernal, en 1981, planteó el fenómeno de la convergencia general de las ciencias, en el que la ciencia misma se vería afectada por la superposición y extensión de los campos, lo que implica la interacción entre los diversos dominios de la ciencia, la tecnología y la política.

La convergencia existe en el espacio y en el tiempo, de ahí el planteamiento de las transdisciplinas, por lo cual existe la posibilidad, de acuerdo a Popper y a Kuhn, de que no

sean propuestas absolutas, sino provisionales, de tal forma que es el momento de establecer acciones creativas con prospectiva, ya que tales esfuerzos nos conducen a lo que denomina J Bernal (1981) "Planeación de la ciencia"; esto es, hacer "ciencia de la ciencia" de manera sistemática.

En el escenario previo se plantea que en la evolución de la ciencia se han construido teorías con diversos enfoques, las que a su vez han sido replanteadas o sustituidas por otras; en ese transcurso fueron transmitidas y constituidas como normas ideológicas que han asegurado la continuidad de ciertos grupos sociales con derechos y privilegios, muchas veces sin ser verificadas.

Con base en lo anterior, a enfermería le corresponde impulsar la enseñanza y formación de una comunidad científica madura, creativa, comprometida y responsable que provea de teorías claras, precisas, sencillas y sólidas que den sustento a la disciplina, pero también dinámica para transformarse y juiciosa para no subsumir ¿? de nuevo en la interdependencia científica estableciendo fronteras.

Los conocimientos disciplinarios son producto de las relaciones entre la teoría, la práctica y la investigación, y entre más prolifera sea esta última, mayor valor se le da a la profesión de enfermería. Ante nuevos conocimientos de la teoría y la

investigación, habrá mejores descripciones explícitas e interpretaciones de sus resultados cualitativos o cuantitativos. Nuestra tarea es promover el desarrollo de la ciencia de enfermería. El progreso teórico disciplinario es un componente imprescindible para el profesional de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bernal JD. La ciencia en nuestro tiempo. UNAM. Ed. Nueva Imagen. México, 1981.
2. Bernal JD. La ciencia en la historia". UNAM. Ed. Nueva Imagen. México 1981.
3. Eusse ZO. Proceso de construcción del conocimiento y su vinculación con la formación docente. Perfiles educativos, enero-marzo, No. 63. UNAM, México, D.F. 1994. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/132/13206305.pdf> consultado el 02 de abril de 2012.
4. Feyerabend P. Tratado contra el método. Madrid. Editorial Tecnos. 1986.
5. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la investigación. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, D.F. 2003.
6. Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas. México: FCE. 1986.
7. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, D.F. 1997.
8. Popper, Karl R. La lógica de la investigación científica. 5ª Reimpresión. Ed. Tecnos. Madrid. 1980.
9. Popper, Karl R. Conjeturas y refutaciones. Ed. Paidós. Barcelona. 1994, 1972.
10. Zemelman H. Uso crítico de la teoría en: En torno a las funciones analíticas de la totalidad I. Universidad de la Naciones Unidas, El Colegio de México. México. 1975.

Modelo conceptual de enfermería, su relación de la ética y bioética del cuidado con la persona y su dignidad

*Ma. Guadalupe Nava Galán **

RESUMEN

Un modelo conceptual de enfermería para su aplicación en la práctica profesional ayuda a identificar los elementos esenciales de la ética y la bioética del cuidado, la obligación que hay hacia la persona de ser respetada y de respetar su dignidad y sus valores, conforme los principios de la profesión; este cambio de actitud reviste gran importancia, fundamentalmente en la atención diaria de cada persona.

Palabras clave: Enfermería, ética, bioética del cuidado.

Model conceptually of the relationship of nursing ethics and bioethics of care to the person and dignity

ABSTRACT

A conceptually model of nursing for use in professional practice will help identify the essential elements of ethics and bioethics of care, the relationship with the person to be respected and to respect their dignity and values, it has with the profession; this change of attitude is very important, mainly in the daily care of each person.

Key words: Nursing, ethics, bioethics of care.

OBJETIVOS

Explorar y valorar los conceptos de persona y dignidad relacionándolos con la ética y bioética del cuidado y los modelos de enfermería.

MARCO CONCEPTUAL

Modelos de enfermería

Un modelo describe los conceptos que lo constituyen; en consecuencia, incluye una descripción de la persona que

recibe la atención de enfermería y un panorama general de la naturaleza del medio ambiente y de la enfermería. El modelo debe articular los conceptos de las anteriores categorías, entre las cuales se incluye la salud.¹ Existen diferentes modelos de enfermería, desde el metaparadigma de *Florence Nightingale* hasta los más modernos, y todos tienen el mismo formato. A continuación

1. Herrera BS. Utilidad de los Modelos Conceptuales de Enfermería en la Práctica: el arte y la ciencia del cuidado. Colombia: Universidad Nacional de Colombia. 2002.

* *Maestra en Enfermería en Educación.*

*Correspondencia: Ma. Guadalupe Nava Galán. Insurgentes Sur Núm. 3877. Col. La Fama, 14269, México, D.F. Delegación Tlalpan.
E-mail: rev.enf.neurol@gmail.com*

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

se exponen dos: el modelo de F. Nightingale y el de Joan Riehl-Sisca.²

Conceptos meta paradigmáticos en el modelo de Florence Nightingale (1859).³ Este modelo se basa principalmente en la **Persona** o el paciente. Entiende la **Salud** como ausencia de enfermedad y la capacidad de utilizar plenamente los recursos. En este contexto, el **Entorno** es un conjunto de elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas y enfermas y el **Cuidado** la aportación propia de las enfermeras a la atención de la salud.

Conceptos metaparadigmáticos en el modelo de Joan Riehl-Sisca (1980).⁴ Riehl-Sisca considera que la **Persona** es capaz de actuar individual o colectivamente en respuesta al significado de los objetivos que constituyen su mundo. Su **Salud**: proceso salud-enfermedad. Se trata de un *continuo* dirigido por la visión de sí mismo que tiene la persona formulado en comunicación con otros. **Entorno**: condiciones que influyen en las personas y que están en continua interacción. **Cuidado**: el proceso de cuidar es una acción terapéutica que permite, a través de la interacción enfermera-paciente, alcanzar el máximo potencial de salud del paciente.

Después de hacer referencia a estos dos modelos de enfermería debemos considerar que la vida puede describirse como una fusión de actividades vitales, que individualizan a cada persona, sobre todo que ésta debe ser plenamente respetada, y que por tanto tiende hacia la independencia; el grado de dependencia-independencia en el que se encuentre no disminuye su dignidad, es por esto que la persona debe ser valorada libremente en la etapa en la que se encuentre; esta situación especial enmarca su vida, incluyendo los periodos de crisis, teniendo en cuenta todos éstos como factores físicos, psicológicos y sociales; por lo tanto, cada persona es única e irrepetible al cambiar la forma de realizar las actividades de su vida dentro de los márgenes que le son propios y que tendrán consideración de naturalidad.^{5,6} Enfermería se realiza con la persona, en una plena interacción dialéctica; el contenido de los modelos de enfermería refleja la atención que merece cada enfermo (persona) en relación a su salud, la influencia del entorno y su bienestar, a partir del pleno respeto a su decoro. El principio ético de respeto a la dignidad del paciente es

legal y constituye un imperativo moral para las enfermeras y enfermeros en México.

A medida que un profesional de enfermería se desarrolla en el ámbito académico, es necesario un momento de reflexión para valorar la relación entre conceptos cuya aplicación es esencial en su actividad diaria; de esta manera, enfermería le da énfasis al cuidado como eje de la profesión, cuando realmente se le tendría que dar énfasis a la persona. Los profesionales de enfermería estudian el cuidado de la persona en relación con su familia y su comunidad, enlazados con los valores y principios éticos que sustentan el desempeño profesional y en el cual deben expresar las virtudes éticas de cada cual; esto reviste gran importancia al reconocimiento de los profesionales, enfermeros (as) y de los alumnos acerca del derecho de las personas a ser respetadas, o lo que es lo mismo, el deber de respetar la dignidad de las personas.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Establecer un vínculo entre las ciencias de Enfermería; su relación con la ética y bioética obligan a conceptualizarlas ya que la enfermería ha sido hasta hace pocos años una ocupación basada en la experiencia práctica y en los conocimientos adquiridos empíricamente a través de la repetición continua de las acciones. Esta concepción de la enfermería conducía a los profesionales a centrar exclusivamente su atención a la adquisición de los conocimientos necesarios para desarrollar determinadas técnicas, derivadas en su mayoría del quehacer profesional de otras disciplinas, determinando que se considere a la persona, desde que es recibida para que se brinde el cuidado, con respeto sin perder de vista valores y normas, tomando en cuenta la dignidad de cada uno.

DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

¿La enfermería se realiza con la persona, para la persona o en la persona?

Analizar la actitud de enfermería para puntualizar la interrelación que existe entre: la persona, su dignidad, la ética y bioética en el cuidado. El primer intento en definir cuál es el aporte específico de la enfermería para proporcionar los cuidados de la salud fue el de Florence Nightingale, al asentar las bases de la enfermería profesional en 1859; de igual manera, Ida Orlando fue una de las primeras líderes que enfatizó en los elementos del Proceso Atención Enfermera y sobre su importancia.

De igual manera, teóricas de enfermería se dedicaron a crear y estudiar modelos de atención con una convicción naturalista; muchas lograron identificar necesidades humanas y

2. Tomey AM. Introducción al análisis de las teorías de enfermería. En: Tomey AM, Alligood MR, editores. Modelos y Teorías en Enfermería. Indicar Ciudad España: Harcourt, 2000: 3-15.
3. Amaro CMC. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev Cubana Enfermería 2002; 20(3).
4. Reih-Sisca J. Modelo de interaccionismo simbólico. En: Reih-Sisca J, editor. Modelos conceptuales de enfermería. Barcelona: Doyma; 1992.
5. Benabent GA, Ferrer FE, del Rey CF. Fundamentos de Enfermería. Madrid: DAE, Grupo Paradigma; 2001.
6. *Ibidem*.

otras como Dorothea Orem crearon modelos de autocuidados para garantizar la atención al paciente. En el constante quehacer de las enfermeras se corrobora la vigencia de las teorías y modelos definidas desde Nightingale, Orem, Henderson, Watson, Leninger, King, etcétera, razón por la cual se analiza la manera en que se aplican los conceptos de sus modelos, desde el punto de vista ético.⁷ Por ello la importancia de este análisis al considerar sus aportaciones desde el punto de vista conceptual y como éstos se aplican en la disciplina de enfermería.

Así mismo, para enfermería **Ética** es la ciencia práctica y normativa que estudia racionalmente la bondad y maldad de los actos humanos; es también considerada como la ciencia que se encarga del estudio de la moral, la reflexión sistemática sobre valores, principios y normas que guían o que deberían regir la conducta humana, y como tal se distingue de la moralidad que es práctica, en su conducta y comportamiento. Ética es, por lo tanto, el estudio racional y sistemático del conjunto de valores morales, constructores del sujeto moral, que obligan a un deber actuar.⁸

Por otra parte, la **Bioética** es una nueva disciplina que ha irrumpido en el mundo de las ciencias y los valores desde la segunda mitad del pasado siglo XX; considera el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud en cuanto esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales. También es considerada como la ciencia que identifica valores y principios que orientan la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la salud. Propone un camino, una dirección con una metodología filosófica para encontrar la verdad, reflexionando críticamente sobre cada acto que realiza la persona humana en relación a la salud.⁹

También confronta el hecho concreto con una jerarquía de valores preestablecidos gracias a la antropología de la cual parte, y da origen a las diversas corrientes filosóficas, es decir, indica si el acto a realizar está de acuerdo con esa jerarquía de valores o no lo está. La Bioética debe servir para la defensa de cada persona humana y debe tener un sistema de referencia moral, el cual considera diferentes premisas, las que a continuación se examinan:

PREMISA ONTOLÓGICA

Todo hombre es persona y en cuanto tiene dignidad y no precio.

PREMISA ÉTICA

Esta premisa considera a todas las personas como iguales y que merecen consideración y respeto. Las decisiones médicas exigen una reflexión ética basada en la dignidad de la persona y en sus derechos, integrando la realidad global y buscando el bien objetivo. Por lo tanto, la persona es un todo que posee aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales; cada uno trata de alcanzar el equilibrio y la armonía. Es un ser único e individual capaz de desarrollar y satisfacer su necesidad de ayuda, y actúa en respuesta al significado de los objetivos que constituyen su mundo.¹⁰

La persona está revestida de cierto valor; precisamente ese valor exclusivo que lo hace persona es a lo que se designa como su dignidad. La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetados en todo momento durante la atención de enfermería, al igual que su cultura y sus valores.¹¹

DIGNIDAD DE LA PERSONA

Digno es aquello que debe ser tratado con respeto por ser elevado, íntimo, autónomo, considerado por sí mismo con valor propio, por ser un fin en sí mismo.

Significa el valor interno, insustituible, inconmensurable que le corresponde al hombre en razón de su ser: La dignidad del hombre radica en ser persona; por lo tanto, la dignidad no es algo impuesto. Ni puede ser quitada del exterior: es propia de lo absoluto, y la persona es una realidad absoluta y relativa. El reconocimiento y respeto mutuo sólo puede ocurrir si hay un absoluto del cual dependan ambos. Si sólo están dos iguales, quizá alguno pueda decidir no respetar al otro, si se cree más fuerte, sabio, sano, bello o rico que el otro; por lo tanto, la dignidad moral significa conducirse de acuerdo a las exigencias de su ser natural.

La ética del cuidado se sustenta en respetar el sufrimiento de la persona y ser sensible a su dolor, brindar protección, tanto a la persona como a sus acompañantes, para evitar el aislamiento, la sensación de abandono; si se trata del enfermo, hacerle sentir en menor cuantía de su discapacidad. Hasta hace poco tiempo, la ciencia de la enfermería se sustentó principalmente en las teorías de las ciencias biológicas, médicas y sociales; es a partir de la década de los cincuenta que diferentes personas han desarrollado modelos teóricos de enfermería que reconocen a la persona

7. Marriner TA. Modelos y teorías en enfermería. Madrid, España, Editorial Mosby Doyma, 1994.
8. Torres Acosta R. Glosario de Bioética. La Habana: Publicaciones Acuatio, Centro Félix Varela; 2001.
9. Reich WT, editor. Enciclopedia Bioethics. New York: The Free Press; 1978.

10. Estévez H, Alonso S. Antropología de los métodos naturales de regulación de la fertilidad. 2ª ed. Chile: Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Centro de Bioética Press 2001; (45): 150-172.
11. Taboada P. La dignidad de la persona como fundamento de la ética. Chile: Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Centro de Bioética Press; 2005.

con valores y principios; estos modelos proponen nuevas bases para elaborar nuevas teorías desde el enfoque humano y digno considerando la interrelación enfermera-persona como parte del conocimiento de la profesión.

Un modelo conceptual para la práctica de enfermería es un conjunto de conceptos elaborados sistemáticamente, con bases científicas y relacionadas en forma lógica para identificar los elementos esenciales de la práctica, junto con las bases teóricas de tales conceptos y los valores que debe poseer el practicante de la profesión.¹²

DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Reflexionar sobre los conceptos de persona y dignidad relacionándolos con la ética del cuidado y los modelos de enfermería, contribuye a plantear una pregunta de investigación: ¿La enfermería se realiza con la persona, para la persona o en la persona? Analizar y desarrollar el tema es ver la realidad del evento en el trabajo cotidiano. La mayoría de los cuidados de enfermería que se prodigan a las personas pueden presentar problemas cuya solución es generalmente fácil, como por ejemplo el deseo del enfermo de cambiar el horario de determinados cuidados, postergar algunos o privilegiar otros, problemas que pueden ser fácilmente resueltos de mutuo acuerdo enfermera-paciente. Pero ante situaciones que impliquen dilemas éticos como: perpetuar la vida a través de acoplamiento de sostén, diagnosticar muerte cerebral para trasplantes de órganos, considerar las posibilidades de realizar o no aborto, respetar como personas a los retardados mentales y a los pacientes en estadio terminal, entre otros, es necesario analizar el porqué de estos dilemas, reflexionar en los conceptos de persona y dignidad relacionándolos con la ética del cuidado y los modelos de enfermería, para dar respuesta a la pregunta: ¿La enfermería se realiza con la persona, para la persona o en la persona?

Todo individuo es considerado “persona humana” desde el momento en que el hombre es unidad sustancial de cuerpo y espíritu; espíritu con actividades de carácter inmaterial; ser uno: cuerpo humano o espíritu encarnado; por lo tanto, cada individuo de la especie humana es persona. El hombre es alguien, no algo, es un ser racional, que tiene razón, característica inexistente en otros seres vivos porque en ninguno de ellos hay trazas de pensamiento conceptual. La razón en el hombre forma parte de su naturaleza y comprende la facultad de la autodeterminación basada en la reflexión, que se manifiesta en el hecho de que el hom-

bre, al actuar, elige lo que él quiere hacer y esta facultad se llama libre albedrío.¹³

Es muy importante establecer bases sólidas en las normas éticas de los cuidados de enfermería que se proporciona la persona para privilegiar en todos los casos el sentido de su dignidad humana. Boecio, filósofo romano que nació en el año 480 de nuestra era, quien fue acusado de alta traición y ejecutado (aunque inocente), en Pavía en el año 524, escribió en la cárcel, en 523 *¿De Consolatione Philosophiae?* (Sobre la Consolación de la Filosofía), y donde dijo que el concepto de persona se considera como un *nomen dignitatis*; es una percepción con una clara connotación.¹⁴ Llama también la atención que para Kant, el concepto de persona pasó a ser central en la fundamentación de los derechos humanos. Sin embargo, se continúa expresando que en los últimos años el concepto de persona se ha invertido; de un tiempo a esta parte, parece desempeñar una función fundamental en la destrucción de la idea de que los seres humanos, por el mero hecho de serlo, poseen derechos frente a sus iguales. Se asegura hoy que no todos los seres humanos son sujetos de derecho, sino sólo aquellos que son personas. Esta afirmación lleva implícita la idea de que existen seres humanos que no son personas. Si hasta ayer nadie dudaba de la falsedad de una afirmación como ésta, hoy en cambio la humanidad se enfrenta al desafío de tener que demostrar su falacia.¹⁵ Por lo antes expresado, se debe considerar que cada persona tiene valores involucrados, éstos son:

Justicia: Se procura cuando se respetan los derechos y la dignidad de las personas. Dar a cada cual lo que le pertenece.

Solidaridad: Proviene de la palabra latina “*solidus*”; se refiere a la vinculación deseable entre personas.

Igualdad: Es difícil afirmarla legalmente, ha sido una dificultosa conquista humana.

Felicidad: Estado ideal al que todo el mundo aspira pero a menudo se entiende de manera diferente.

Paz: Es la ausencia de disensiones, conflictos u hostilidades.

Amistad: Es una profunda vinculación con otros que lleva a compartir.

Tolerancia: Implica respetar las convicciones de los otros y no impedir su ejercicio.

Libertad: Su ejercicio implica romper vínculos y dependencias.

Bondad: Es propio de la persona que tiende al bien.

Prudencia: Dirige al entendimiento para examinar y elegir lo que debe obrar y evitar (examina, juzga, obra).

12. Johnson DE. The behavioral system model for nursing. In: Riehl JP, Roy SC, editors. *Conceptual models for nursing practice*. 2th ed. New York, Appleton: Century Crofts; 1980: 207-296.

13. Orozco-Delclós A. Fundamentos antropológicos de ética racional. ¿Qué es la persona y cuál es su dignidad? 2^a Ed. Chile: Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Centro de Bioética Press 2003; (113): 40-51.

14. Biblioteca de Consulta. Microsoft Encarta; 2004.

15. Taboada P. *Op. cit.*

Fortaleza: Significa fortalecer la voluntad para obrar bien, soportar graves males y emprender obras difíciles. Soportar sin acobardarse.

Templanza: Moderar los placeres e inclinaciones dentro de su justo límite. Amor, decoro, ira, gula.

La **metabioética**, debe basarse en un fundamento sólido. “El principio elemental es el respeto al paciente”, para ello se deben considerar los principios formales.

Principios formales. Son los patrones generales, de primer orden. La medicina es un campo de aplicación para estos principios. Los de la bioética son de segundo orden, están condicionados a casos específicos. El tercer orden considera casos concretos y juicios prudenciales. Aquí el principio de *sindéresis*, como ningún otro, se aplica al caso concreto: haz el bien y evita el mal.

Los valores pertenecen al orden del bien (es decir del ser), como:

El valor de la vida; La dignidad de la persona; La autonomía del hombre como ser libre; La igualdad de todos los hombres.

El respeto a esos valores funda los principios éticos:¹⁶ Respeto a la vida; autodeterminación; respeto a la persona; universalización.

Primeros principios

No contradicción: Un ser no puede ser y no ser al mismo tiempo y bajo las mismas circunstancias.

Identidad: El ser es, el no ser no es.

De razón suficiente: Todo ser tiene en sí o en otro la razón suficiente de su ser.

De moralidad: El bien debe hacerse, el mal debe evitarse.

Sindéresis: El bien debe hacerse, el mal evitarse.

Moralmente, nadie debe actuar consciente de que su acto es malo, aunque no lo sepa con seguridad. Hay que tener claridad en el objetivo y en los medios, y considerar:

Integridad: El fin no justifica los medios; cada medio es también una acción, y cada acción debe ser también buena, aunque los resultados pudieran ser mejores que los medios. El bien, para serlo, debe ser íntegro, de las tres partes: Esencia del acto (objeto); Finalidad que se persigue (fin); Circunstancias.

Antrópico: Es legítimo todo lo que contribuye al bien auténtico de la persona. Las estructuras sociales, las leyes, el

Estado, las diversas disciplinas, son realidades derivadas que deben estar al servicio del hombre, no en su contra.

Universalidad: Hay valores que son universales sin restricción. El bien de la persona, en el que se realiza como tal, es objetivo y universal. Los valores son independientes de la época y la cultura. No son opinables.

Virtud: El bien posible es obligatorio. No es optativo hacer el bien. Se debe hacer, con juicio y prudencia, cuanto bien sea posible. La omisión puede ser meritoria o culpable.

Indisponibilidad: Hay que tratar a las personas como fines y nunca como medios; su estructura tienen una realidad derivada. Por tanto, se encuentran al servicio del hombre.

Imparcialidad: El bien no es mayor porque yo lo haga, ni el mal mayor porque yo lo sufra; por ejemplo: contra una visión egoísta. El bien lo es objetivamente y no respecto de determinadas personas. La persona, por el solo hecho de serlo, es digna de todo bien.

No permisivismo: Es malo prohibir lo bueno y bueno prohibir lo malo. No sólo es malo impedir una acción buena, hay que alentar las acciones buenas. Es bueno no permitir una acción mala y hay que desalentar las acciones malas. El destino de mi propia libertad es la libertad de los demás.

No restricción por negativo: Una norma formulada en negativo no tiene menor valor, sino mayor claridad que en positivo. La proposición negativa es clara. Lo que no está prohibido, está permitido. La proposición negativa señala el límite que no debe transgredirse y deja espacio a la libertad.

Perplejidad: De ser posible, ante la duda, no actuar, cuando se teme que la acción es mala. La perplejidad se presenta en una situación de presión y, además, con falta de claridad. Generalmente se presenta una suspensión de juicio porque no se identifica con claridad dónde se encuentra el bien.

Mal menor: En casos límite, es lícito no impedir un mal, en atención a un bien superior o para evitar desórdenes más graves. Es falso que entre dos males morales haya que escoger el menor, en cuanto que mal. El mal moral no puede ser elegido por sí mismo.

Totalidad: El todo es la suma de las partes. La parte queda subordinada al conjunto. El órgano o parte en cuestión existe para el bien del conjunto. Las partes o miembros de una organización son personas y por lo tanto superan incluso a la misma totalidad social. La sociedad en realidad no existe como ente, es un concepto, pues la persona es la realidad originaria. La persona vale más que la sociedad, vale más que la ley positiva.

Doble efecto o voluntario imperfecto: Es lícito realizar una acción buena en sí, que tiene doble efecto, si el efecto bueno es inmediato, el fin del agente es honesto y hay una causa proporcionada para permitir el mal efecto.

Proporcionalidad: No deben perseguirse fines buenos con efectos desproporcionadamente malos. No hay un bien

16. Amaro CMC. Problemas éticos y bioéticos en enfermería. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2005.

perfecto. Todo acto tiene un efecto y puede ser malo. Hay que rechazar la inacción o el rigorismo.

Terapéutico: La corporeidad humana es un todo unitario resultante de partes distintas. Condiciones para aplicarse: a) Que se trate de una intervención sobre la parte enferma; b) Que no existan otras maneras y medios para enfrentar la enfermedad; c) Que haya una buena posibilidad proporcionalmente alta de éxito; d) Que dé el consentimiento el paciente.

Principios formales de la bioética personalista.¹⁷

En la Bioética personalista, la **dignidad** de la **persona** es el **Bien fundamental** y al cual están sujetos los demás bienes. La vida humana es el primer bien, sin el cual las demás características humanas, como la calidad y la libertad, no podrían existir. Así mismo, la ética de los Derechos Humanos establece que todas las personas por igual tienen derecho a tenerlos.

La bioética personalista tiene cinco principios

1. El valor de la corporeidad considera la defensa de la vida física como: Norma positiva: respetar la vida. Norma negativa: no matar al inocente. Esto significa Calidad de vida y Promoción de la misma.

2. Respeto a la libertad con responsabilidad; este principio considera: La libertad, entendida como capacidad de actuar; saber aquello que se hace y por qué se hace; así se relaciona intrínsecamente con la responsabilidad. Para ser auténtico, esa elección debe estar de acuerdo a la naturaleza, la vocación y la misión de la persona. La libertad no es “liberación de la realidad”, y una completa “autonomía”, que conduce al ejercicio de la libertad como simple elección y no como búsqueda del bien. La autonomía exalta: el “yo quiero” sobre, el “yo debo” o el “yo soy”. La responsabilidad de la libertad recae tanto en el médico como en el paciente y la enfermera atestiguan esto. El consentimiento del paciente es el acto de autorización al médico para poner en práctica un tratamiento específico que previamente le explicó a su paciente.

3. Principio terapéutico. En este principio, el cuerpo no sólo se tiene, sino que se es la persona, si bien es verdad que no se es un mero cuerpo. El cuerpo participa de la misma dignidad que la persona. Esto justifica la acción de beneficencia y da protección. El acto médico es benéfico, orientado a la conservación de la vida y a la mejora de las condiciones de ésta.

4. Principio de solidaridad/subsidiaridad. La solidaridad es la determinación firme y perseverante de empeñarse por el bien común, por el bien de todos y cada uno, para que todos sean verdaderamente responsables de todos. No hay yo sin tú. La necesidad de los demás es evidente en todos los aspectos: el existir, el desarrollarse, el bien estar y el bien ser. Por este principio, se motiva a toda persona a realizarse por sí misma, participando a su vez en la realización de sus semejantes. En el caso de la salud, se considera la propia vida y la de los demás como un bien que no es sólo personal sino también social y se exige a la comunidad la promoción del bien común promoviendo el bien de cada uno.

5. Jerarquía de los valores y principios: Primero: Conservar la vida física, ya que la vida es el valor superior y fundamental de la persona. **Segundo:** Tratar de conservar, restaurar o prevenir la salud. El valor de la salud (principio terapéutico). **Tercero:** Tratar de conservar la integridad física. El valor de la totalidad de la persona. **Cuarto:** Proporcionar los medios necesarios para vivir y desarrollarse como persona humana con dignidad hasta el último instante. El valor de la calidad de vida. **Quinto:** Corresponsabilidad social. El valor de la solidaridad y subsidiaridad. Cuando hay conflicto entre eficiencia entendida como costo-beneficio y equidad, la equidad es lo primero.

También se deben de considerar los sistemas de referencia moral. Tiene que ver con premisas y valores, entre ellos: **Premisa ontológica:** Todo hombre es persona y en cuanto tal tiene dignidad y no precio, y **Premisa ética:** En tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto.

Valoración moral: Los **actos** de enfermería son el cuidado, su **fin** la persona; la **circunstancia** es la enfermedad, ante ésta se deben aplicar los valores y principios morales, siempre respetando a la persona y su dignidad humana.

CONCLUSIÓN

Después de analizar y reflexionar sobre los conceptos de persona y dignidad es posible afirmar que existe una relación indisoluble entre ellos y la ética del cuidado, así como lo es en los modelos de enfermería.

La enfermería se rige por la ciencia de los valores morales; además, en los modelos conceptuales de enfermería está considerada la persona, los derechos de la persona, sus sentimientos, los derechos de la sociedad, justicia, siendo esta última tan amplia que se refiere a comportamientos éticos en las relaciones entre enfermera y paciente. Los derechos de la sociedad están orientados a las relaciones éticas que deben existir entre enfermera, paciente y la sociedad en su conjunto, así como su integridad personal.

17. Benabent GA, Ferrer FE, del Rey CF. Fundamentos de Enfermería. Madrid: DAE, Grupo Paradigma; 2001.

Como una profesión que ofrece sus servicios a las personas, la enfermería se ocupa y acepta un código de conducta que refleje el sentimiento profesional sobre lo que está bien o mal y la aceptación de las responsabilidades profesionales que le confiere la sociedad.

La ética del cuidado es la parte en que destaca la sensibilidad ante la situación del paciente, que sufre ante el dolor, ante lo desconocido. Es muy importante aclarar que en el ambiente hospitalario es muy común para los profesionales de salud pero no para el paciente; por ende, se deben aclarar sus dudas, sobre todo que el enfermo y su familia se sientan acompañados, que no se sientan aislados, y deben tener en cuenta sus discapacidades, entre otros elementos importantes.

En el ámbito moral, se debe tener capacidad para estar junto a los demás y proyectarse agradablemente, escucharlos, interpretarlos con el corazón y la mente abierta y estar dispuestos a modificar los propios conceptos profesionales sobre sus problemas y disyuntivas.

La ética del cuidado está dirigida a orientar a la persona de una forma integral sobre su enfermedad y guiarlo hacia su bienestar. Para que la persona pueda emocionalmente comunicarse con su entorno de conjunto, puede considerarse la vida como una fusión de actividades vitales; que la individualidad de la persona debe ser plenamente respetada, pues la persona tiende hacia la independencia y que el grado de dependencia-independencia en el que se encuentre no disminuye su dignidad y por tanto la persona debe ser valorada, independientemente de la etapa de la vida en que se encuentre y de la situación especial en que se enmarque su vida, incluyendo los periodos de crisis, teniendo en cuenta los factores físicos, psicológicos y sociales. Cada persona cambia la forma de realizar las actividades de vida dentro de los márgenes que le son propios y que tendrá consideración de normalidad.

La enfermera trabaja junto a la persona, lo que significa que es considerada como un ser autónomo capaz de tomar decisiones.

Finalmente, y después de reflexionar y analizar los conceptos de persona y dignidad relacionados con la ética del cuidado y los modelos de enfermería, puede afirmarse que la enfermería se realiza con la persona en una plena interacción dialéctica, que los distintos modelos de enfermería, en estrecho vínculo con el propio método de actuación profesional, el Proceso de Atención de Enfermería, dirigen todo su esfuerzo hacia la persona y así se conforma su plan de cuidados, dirigido al logro de su mayor bienestar y felicidad, a partir del pleno respeto de su dignidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Amaro CMC. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. *Rev Cubana Enfermería* 2002; 20 (3).
- Reih-Sisca J. Modelo de interaccionismo simbólico. En: Reih-Sisca J, editor. *Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona: Doyma; 1992.
- Garcés AB, Ferrandi EF, del Rey CF. *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: DAE, Grupo Paradigma; 2001.
- *Ibidem*.
- Marriner TA. *Modelos y Teorías en Enfermería*. Madrid, España, Editorial Mosby Doyma, 1994.
- Torres AR. *Glosario de Bioética*. La Habana: Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela; 2001.
- Reich WT, editor. *Enciclopedia Bioethics*. New York: The Free Press; 1978.
- Estévez H, Alonso S. *Antropología de los métodos naturales de regulación de la fertilidad*. 2^{da} ed. Chile: Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Centro de Bioética Press; 2001; (45): 150-172.
- Taboada P. *La dignidad de la persona como fundamento de la ética*. Chile: Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Centro de Bioética Press; 2005.
- Johnson DE. The behavioral system model for nursing. In: Riehl JP, Roy SC, editors. *Conceptual models for nursing practice*. 2nd ed. New York, Appleton: Century Crofts; 1980: 207-296.
- Orozcós DA. *Fundamentos antropológicos de ética racional. ¿Qué es la persona y cuál es su dignidad?* 1^{ra} ed. Chile: Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Centro de Bioética Press 1993; (113): 40-51.
- Biblioteca de Consulta. Microsoft Encarta; 2004.
- Taboada P. *Op. cit.*
- Amaro CMC. *Op. cit.*
- Benabent GA, Ferrer FE, del Rey CF. *Op. cit.*
- Amaro CMC. *Problemas éticos y bioéticos en enfermería*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
- Benabent GA, Ferrer FE, del Rey CF. *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: DAE, Grupo Paradigma 2001.

Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería

*Fernando Trejo Martínez**

RESUMEN

El profesional de enfermería necesita métodos de estudio que le permitan observar al ser humano como un ente indivisible, singular y único en el mundo, que vive, siente y percibe de manera individual y propia. El objetivo de este artículo es analizar la fenomenología como método de investigación (una opción para el profesional de enfermería desde el punto de vista filosófico) y proporcionar elementos que le permitan realizar estudios de tipo cualitativo, ofreciendo una óptica diferente. Se explica cómo surge la fenomenología, sus preceptos, precursores, la visión que tuvieron para analizar las cosas (fenómenos) y el método de estudio que se desarrolló para enfocar su teoría y cómo ésta se fue adaptando a una nueva forma para llevar a cabo la investigación. Asimismo, se desarrolla este método para que los profesionales de la salud puedan comprender el comportamiento humano, aprovechando todos los recursos que se tienen para ofrecer un cuidado holístico.

Palabras clave: Fenomenología, método fenomenológico, investigación cualitativa, profesional de enfermería.

Phenomenology as a research method: an option for the nurse

ABSTRACT

The nurse needs to study methods that allow you to see the human being as a indivisible, singular, unique in the world you live in, feel and perceive individually and own. The objective of this article is to analyze the phenomenology as a research method: an option for the nurse, from the philosophical point of view and provide elements that allow qualitative studies, offering a different perspective. It describes as phenomenology arises, its precepts, precursors, had the vision to analyze things (phenomena), and the method of study to focus on developing its ideology and how it was adapted to a new way to bring out research. Also this method is developed for health professionals to understand human behavior using all the resources they have to offer holistic care.

Key words: Phenomenology, phenomenological method, qualitative research, nurse.

INTRODUCCIÓN

La fenomenología surgió como una necesidad de explicar la naturaleza de las cosas (fenómenos). Los primeros pensadores trataron de definir si era un método o una filosofía,¹ dado que lejos de ser una secuencia de pasos, es un nuevo paradigma que observa y explica la

ciencia para conocerla exactamente y, de esta forma, encontrar la verdad de los fenómenos.²

No obstante, lejos de dilucidar si se trataba de una estructuración de pensamiento para llegar a la verdad, se encontró que la representación de los fenómenos es una subjetividad del pensamiento; de esta manera, al intentar darle un sentido indiscutible encontraron que existen dos razonamientos: uno

** Maestría en Enfermería en Educación.
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.*

*Correspondencia: Fernando Trejo Martínez, Insurgentes Sur Núm. 3877, Col. La Fama, 14269, Delegación Tlalpan, México, D.F.
Correo electrónico: fertre001@gmail.com*

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

precientífico y otro científico. El precientífico se refiere a aspectos del espíritu; el científico a los de las ciencias objetivas. Al mismo tiempo, se enfrentaron a otro problema de índole filosófica, pues al tratar de explicar los hechos, éstos tenían que ser verdaderos para ser científicos. El dilema filosófico consistió en darle carácter científico a la subjetividad del pensamiento; de esta manera, se permitiría rechazar los postulados del realismo empírico y establecer los fundamentos del positivismo, y por tanto, de lo científico. Sin embargo, para entender lo subjetivo del pensamiento no existía una estructura científica que definiera estos conceptos para hacerlos reales, por lo cual se juzgaron empíricos.³ Husserl, en este sentido, trató de explicar y fundamentar que la ciencia apela a las características psicológicas de la especie humana (en específico de su mente), y puso de ejemplo a las matemáticas; su fundamentación fue: analizar la estructura científica de la mente humana. En ese tiempo, se consideraba al cerebro como la mente; la conclusión, entonces, era que las leyes psíquicas se debían al funcionamiento del cerebro y, por tanto, resultaba un axioma netamente físico y tangible, por lo mismo considerado verdadero y científico.

Husserl argumentó, además, que existe en nosotros un “medio vital cotidiano”; también explicó cómo este mundo de vida funge constantemente de trasfondo con sus dimensiones valorativas prelógicas y funcionales para las verdades lógicas y teóricas; refiere así que todo conocimiento teórico es como un soporte vital y natural. Para Husserl, la fenomenología es la ciencia que trata de descubrir las estructuras esenciales de la conciencia.⁴

Heidegger, por otra parte, precisa que la fenomenología se enfatiza en la ciencia de los fenómenos; ésta consiste en “permitir ver lo que se muestra, tal como se muestra a sí mismo y en cuanto se muestra por sí mismo”; por consecuencia, es un fenómeno objetivo, por lo tanto verdadero y a su vez científico.⁵

El profesional de enfermería tiene que basar su cuidado en entender lo que la gente siente o piensa cuando está frente a un evento que desestabiliza su vida cotidiana. La fenomenología se dirige al estudio de la experiencia vivida respecto de una enfermedad o circunstancia por el propio protagonista de la experiencia⁶ y busca describir los significados de los fenómenos experimentados por los individuos a través del análisis de sus descripciones.

Numerosos son los estudios que evidencian el fracaso de las concepciones predeterminadas, fragmentadoras, selectivas y autoritarias de nuestra especial contribución al cuidado de la salud; esto ha llevado a numerosos profesionales de enfermería a reflexionar sobre diversas perspectivas.⁷ La fenomenología permite brindar un cuidado más acorde a lo que la persona espera del profesional. Es la ciencia que

considera cómo revelar y hacer visibles las realidades o cómo acceder a la variedad que profundiza toda realidad. Husserl la considera como una filosofía, un enfoque y un método; del mismo modo enfatiza en la intuición reflexiva para describir la experiencia tal como se vive y, desde su punto de vista, todas las distinciones de nuestra experiencia deben carecer de presuposiciones y prejuicios; en cambio, se deben buscar los fundamentos teóricos que permitan crear una base segura para describir la experiencia y conseguir la realidad del mundo tal y como es.⁸

Heidegger refiere que es una interpretación, aclaración explicativa del sentido del ser, un mundo sociohistórico donde la dimensión fundamental de toda conciencia humana es histórica y sociocultural y se expresa por medio del lenguaje.⁹ Asimismo, menciona que las personas son un ser en el mundo, pero no sólo un mundo físico: éste incluye sus relaciones con las demás personas, además es un mundo que él construye y modifica, pero sobre todo que se encuentra inmerso en él, así como en el estudio de su mundo sugiere la forma de interpretarlo y vivirlo.¹⁰ Éstas son situaciones que el profesional de enfermería tiene que evaluar, ya que muchas de las enfermedades se originan de la relación entre la persona y el medio.

Esto fundamenta las bases para entender a las personas a quienes se proporciona el cuidado, para saber cuáles son sus reacciones, sentimientos y experiencias, y así poder brindar un cuidado real y específico de las necesidades que manifiesten. Tal como lo menciona Watson, el cuidado es una relación intersubjetiva¹¹ en la cual se trata de entender al sujeto como un igual; significa proporcionar un cuidado humano.

Resumiendo, conforme lo que explican tanto Husserl como Heidegger se define a la fenomenología como el estudio de los fenómenos (o experiencias) tal como se presentan y la manera en que se vive por las propias personas.

Enfermería, como disciplina humanística, necesita métodos de investigación que la acerquen a su objeto de estudio (el cuidado de la persona). Pero estos métodos deben ayudarnos a ver a cada individuo como a un ser con respuestas y sentimientos propios, y que sólo él los experimenta de manera única. Es fundamental que no se generalice sobre la conducta humana, ya que es la persona misma quien construye su mundo y lo vive de acuerdo a su propia percepción de la realidad. Esto hace que tenga sus propias respuestas a diversas situaciones, incluidas las enfermedades, respuestas que también son influidas por una gran cantidad de factores. Los métodos de investigación cualitativos ofrecen una gama de posibilidades para poder explorar este tipo de contextos, además de proporcionar una visión que se adapte mejor al ambiente que el profesional de enfermería necesita examinar. Asimismo, los resultados y el análisis de los mismos

brindan información que vincula o integra resultados cuantitativos que no son capaces de reflejar, porque no es lo mismo un porcentaje que experimentar una enfermedad, o un dato estadístico que la incertidumbre de pensar si la cirugía aliviará al familiar o no.

Como se ha descrito anteriormente, no sólo es una forma distinta de investigar, sino que se trata de un cambio de paradigma, de cómo puede el enfermero cambiar la visión de nuestro entorno profesional, basándose en el estudio de los fenómenos que determinan la conducta humana. De esta manera, el entender mejor a la persona, nos va a servir para proporcionar un cuidado acorde a lo que la sociedad espera del profesional de enfermería, considerando a la disciplina como una ciencia humanística que estudia no sólo a la persona sino también a su entorno.

La finalidad de este ensayo es exponer los motivos por los cuales la fenomenología es un método ideal para investigar; la misma refleja una filosofía y un paradigma y nos ofrece una enorme gama de posibilidades para explorar la conducta humana.

Las etapas del método fenomenológico. Para la realización de estos estudios de corte cualitativo se recurre a las siguientes etapas: descriptiva, estructural y de discusión.

Etapa descriptiva

El objetivo de esta etapa es lograr una descripción del fenómeno de estudio, lo más completa y no prejuiciadamente posible, que refleje la realidad vivida por la persona, su mundo, su situación en la forma más auténtica. Consta de tres pasos:

1) Elección de la técnica o procedimiento. Aquí se pretende lograr la descripción lo más exacta posible utilizando varios procedimientos:

La observación directa o participativa, en los eventos vivos (se toman notas, recogiendo datos, etcétera), pero siempre tratando de no alterarlos con la presencia del investigador.

La entrevista coloquial o dialógica, con los sujetos de estudio con anterioridad a esta etapa; se deben de estructurar en partes esenciales para obtener la máxima participación de los entrevistados y lograr la mayor profundidad de lo vivido por el sujeto.

La encuesta o el cuestionario deben ser parcialmente estructurados, abiertos y flexibles, de tal manera que se adapte a la singularidad de cada sujeto en particular.

El autorreportaje. Éste se lleva a cabo a partir de una guía que señale las áreas o preguntas fundamentales a ser

tratadas. Estos procedimientos no son excluyentes, sino que más bien se integran a la práctica.

2) La aplicación de la técnica o procedimiento seleccionado toma en cuenta lo siguiente: que nuestra percepción aprende estructuras significativas; generalmente vemos lo que esperamos ver; los datos son casi siempre para una u otra hipótesis; nunca observamos todo lo que podríamos haber observado, y la observación es siempre selectiva y siempre hay una correlación funcional entre la teoría y los datos: las teorías influyen en la determinación de los datos, tanto como éstos en el establecimiento de las teorías.

No obstante, la puesta en práctica de estas consideraciones, como cualquier intento de una objetividad rigurosa, es muy difícil; imposible de realizar con tanta pureza, aunque para lograrlo se requiere de una considerable aptitud, entrenamiento y autocrítica.

3) Elaboración de la descripción protocolar: un fenómeno bien observado y registrado no será difícil de describir con características de autenticidad, cumpliendo con los siguientes presupuestos: que reflejen el fenómeno o la realidad tal como se presentó; que sea lo más completa posible y no omita nada que pudiera tener relevancia para el estudio; que no contenga elementos “proyectados por el observador”, ideas suyas, teorías consagradas, prejuicios propios o hipótesis plausibles; que recoja el fenómeno descrito en su contexto natural, en su situación particular y el mundo propio en que se presenta, y que la descripción efectuada aparezca como una verdadera “ingenuidad disciplinada”.

ETAPA ESTRUCTURAL

En esta etapa, el trabajo central es el estudio de las descripciones contenidas en los protocolos; éstos están constituidos de varios pasos entrelazados, y aunque la mente humana no respeta secuencias tan estrictas, ya que en su actividad cognoscitiva se adelanta o vuelve atrás con gran rapidez y agilidad para dar sentido a cada elemento o aspecto, sin detenerse en cada uno los ve por separado, de acuerdo a la prioridad temporal de la actividad en que pone énfasis; es recomendable seguir la secuencia de éstos para tener un mejor análisis de los fenómenos estudiados. Los pasos son los siguientes:

Primer paso: Lectura general de la descripción de cada protocolo.

Segundo paso: Delimitación de las unidades temáticas naturales.

Tercer paso: Determinación del tema central que domina cada unidad temática.

Cuarto paso: Expresión del tema central en lenguaje científico.

Quinto paso: Integración de todos los temas centrales en una unidad descriptiva.

Sexto paso: Integración de todas las estructuras particulares en una estructura general.

Séptimo paso: Entrevista final con los sujetos de estudio.¹²

ETAPA DE DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En esta etapa se intenta relacionar los resultados obtenidos de la investigación con las conclusiones o hallazgos de otros investigadores para compararlos, contraponerlos o complementarlos, y entender mejor las posibles diferencias o similitudes. De este modo, es posible llegar a una mayor integración y a un enriquecimiento del “cuerpo de conocimientos” del área estudiada.

Como se podrá observar, la fenomenología, lejos de ser un método de estudio, es una filosofía para entender el verdadero sentido de los fenómenos, pero con una secuencia de ideas y pasos que le dan rigurosidad científica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hegel G. La fenomenología del espíritu. Fondo de Cultura Económica, México; 1966: 6.
2. Husserl E. Invitación a la fenomenología. Barcelona: Paidós; 1998: 13-23.
3. Martínez M. El comportamiento humano. 2ª Edición. México: Trillas; 1996: 167-169.
4. Husserl. *Op. cit.*, 10.
5. Heidegger M. Introducción a la fenomenología de la religión. México: Fondo de Cultura Económica; 2006: 233-256.
6. Palacios-Ceña, D. Corral, I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Revista de Enfermería Intensiva*. 2010 Vol. 21 N° 2 pág. 68-73.
7. Rivera MS, Herrera LM. Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. *Texto Contexto Enfermería*, Florianópolis 2006; 16: 158-63.
8. Solano MC. Fenomenología-hermenéutica y enfermería. *Cultura de los Cuidados* 2006; 19: 5.
9. *Ibíd.*, 6.
10. Castillo, E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y Educación en Enfermería*. Marzo 2000. Vol 13 N° 1.
11. Watson, J. *Nursing: Human science and human care*. Editado por la National League for Nursing. New York 1988 pág. 25-52.
12. Martínez M. *Op. cit.*, 171-178.

Adherencia terapéutica

Elizabeth Salinas Cruz, Ma. Guadalupe Nava Galán***

RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la adherencia terapéutica en la que se valoró: la repercusión personal y social que tiene la conducta del incumplimiento terapéutico, el concepto de adherencia terapéutica, el modelo explicativo de lo que significa, los métodos para su evaluación, los factores que la determinan, las estrategias para incrementarla y las investigaciones más recientes sobre esta temática.

Palabras clave: Adherencia, tratamiento, enfermo.

Adherence therapeutics

ABSTRACT

A review of the literature on adherence assessing the impact on the personal and social behavior have poor compliance, adherence concept, explanatory model of what it means, methods for evaluation, determinants, and strategies to increase recent research on this subject.

Key words: Adherence, treatment, patient.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento.¹

Haynes y Sackett definieron este concepto como la medida con la que el paciente modifica su conducta orientándola hacia la ingesta del medicamento; al poner en marcha tal medida es posible asegurar el cumplimiento en los trata-

mientos. Esto implica la aceptación de un diagnóstico del que depende el pronóstico, el cual, en ocasiones, puede ser desfavorable.²

El incumplimiento es la principal causa que evita la obtención de todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los enfermos. A este respecto, la falta de adherencia terapéutica es la herramienta que se utiliza para considerar la magnitud con la que el paciente sigue o no las instrucciones médicas, lo cual implica la falta de aceptación de un diagnóstico y su incidencia en el pronóstico; cuando el seguimiento de las instrucciones es negativo, el pronóstico empeora y los resultados pueden ser desfavorables.³

*Licenciada en Enfermería**
*Maestra en Enfermería en Educación***
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Correspondencia: Elizabeth Salinas Cruz
Insurgentes Sur Núm. 3877, Col. La Fama, 14269, Delegación Tlalpan, México, D.F. Correo electrónico: rev.enf.neurol@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

Haynes (1976) menciona e identifica más de 200 variables relacionadas con la adherencia, en las que se encuentran: factores asociados a índices bajos de medicamentos debido a diagnóstico psiquiátrico, complejidad, duración, cantidad de cambio derivado del régimen o programa terapéutico, inadecuada supervisión por parte de los profesionales, insatisfacción del paciente, creencias e inestabilidad familiar. Así mismo, Miklowith (1986) señala que el tratamiento farmacológico se evalúa a través de una adecuada historia clínica del paciente, en donde se pueden definir algunos criterios: nunca dejó de tomar la medicación; raramente dejó de tomarla; a veces dejó de tomarla; a menudo dejó de tomarla y, por último, abandonó la medicación.⁴

Buchanan (1992) clasifica la adherencia como: reducida, al cumplimiento mínimo del 25% del tratamiento, ésta se lleva a cabo por los pacientes; parcial, se define cuando el cumplimiento se lleva a cabo entre el 25 y 75%; elevada, es cuando el cumplimiento se sitúa en un 75% superior.⁵ Por su parte, McEvoy (1989) utiliza una clasificación por niveles de importancia, menciona aspectos que tienen que ver con actitudes de los pacientes, éstas pueden ser:⁶ activas, cuando llevan un control adecuado en su tratamiento; pasivas, cuando tratan de animar al paciente; de resistencia, cuando el paciente esconde el medicamento, y de rechazo abierto, cuando el paciente rechaza el medicamento, pero se lo aplica involuntariamente.⁵

De esta manera, la palabra adherencia ha ido adquiriendo diversos significados a lo largo del proceso de las investigaciones, ya que hoy en día esta palabra es conocida como un tratamiento médico o farmacológico, y es definida también como algo correcto e incorrecto de acuerdo con el cuidado que cada paciente necesita. La OMS señala que depende de varios factores como son los socioeconómicos, culturales y religiosos, entre otros. Sin embargo, algunos autores como Salicru, en 1997, y Tilson, en 2004, resaltan la importancia de incluir el cumplimiento como parte de la adherencia; ellos hacen una comparación de adherencia y cumplimiento, en donde significa lo mismo desde el punto de vista conceptual. En suma, el término de cumplimiento hace referencia al grado en que el paciente obedece, sigue instrucciones y prescripciones médicas, lo cual depende del estado de salud de cada persona.⁷

La adherencia al tratamiento implica también aceptar el diagnóstico correspondiente a la propia enfermedad, ya que esto lleva al enfermo al éxito y a un pronóstico favorable. Ocurre lo contrario cuando el paciente no se apega a su diagnóstico e, incluso, puede llegar a ser señalado o excluido dentro de una sociedad por su enfermedad.

El incumplimiento puede ocasionar: molestias o efectos secundarios propios del tratamiento, un costo elevado, decisiones basadas en juicios de valores personales, creencias

religiosas, culturales, alteración en rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento anómalos, entre otras.

Existen, en la actualidad, datos y cifras que refieren que entre el 20 y 50% de los pacientes son atendidos de forma irregular en la consulta de diferentes centros de salud, y no se detecta o canaliza correctamente a quienes sufren de padecimientos que requieren tratamientos específicos de especialidad; no son atendidos como se debe, y tienen una mayor demanda, de entre 70 y 80%. De acuerdo con estos datos, la Secretaría de Salud menciona que solamente de 4 a 12% de los pacientes con problemas de especialidad siguen de forma impecable el tratamiento farmacológico ante un diagnóstico correcto.

No hay que olvidar que los enfermos con padecimientos crónicos siempre recaen por conflictos al interior de su familia; por ejemplo, circunstancias socioeconómicas que impiden acceder al elevado costo de los medicamentos, o bien, por rechazo al medicamento. Estas circunstancias implican que los pacientes no sigan las instrucciones del personal de salud, lo cual los lleva a recaer.

Por esta razón, los pacientes con problemas crónicos debido a esquizofrenia, epilepsia, hipertensión, diabetes mellitus, entre otros, recaen y se complican por no llevar un tratamiento adecuado, puesto que hay estudios que mencionan que las recaídas se van presentando cada vez más severas y éstas son por la falta de adherencia al tratamiento; esto conlleva un riesgo de retrocesos, hasta del 100% en aquellos pacientes que interrumpen el tratamiento farmacológico. La mayoría de los tratamientos de este tipo de padecimientos son de por vida, desde que son diagnosticados. Otro factor importante es la falta de conciencia del paciente al desconocer totalmente su padecimiento, lo que deriva en complicaciones por diferentes factores.

Factores de riesgo:

- Antecedentes de abandono
- Antecedentes de mala respuesta subjetiva por efectos adversos
- Ausencia de acuerdo explícito
- Mala evolución
- Ausencia de control externo de la familia
- Ausencia de la enfermedad
- Baja expectativa terapéutica
- Baja adherencia a las expectativas terapéuticas
- Consumo de sustancias ilícitas
- Acatisia, embotamiento y aumento de peso

Hay otros autores que mencionan factores implicados en el incumplimiento, y los clasifican en:⁸

Factores relacionados con la enfermedad: Cuando un paciente va mejorando su estado de salud, en aspectos neu-

rosicológicos y psicopatológicos, está presente la evolución, la psicopatología, la gravedad y los subtipos de trastornos como es el consumo de tóxicos.

Factores relacionados con el tratamiento: El tratamiento farmacológico ocasiona efectos secundarios como mal sabor, discinesias. Otros factores relacionados son: eficiencia, dosis y tiempo de acción, duración y complejidad, costos y vía de administración.

Factores relacionados con el entorno del paciente: Influye la actitud de la familia, de la persona enferma y su tratamiento, la relación paciente con el profesional de medicina o enfermería; influye, también, la supervisión y el soporte socio familiar.

Factores relacionados con el equipo terapéutico: Ésta es la relación del paciente y el profesional de la salud, ya sea paciente/médico, o bien, paciente/enfermera; la actitud frente al médico, ante la enfermedad, y el tratamiento; las características del medio terapéutico.

CONCLUSIÓN

Algunas causas de incumplimiento terapéutico se deben a no aceptar el diagnóstico, la negación de la enfermedad, la estigmatización, los efectos secundarios, la percepción de falta de beneficio del tratamiento, los cambios en el entorno y aspectos económicos que son de los más predominantes. Por ello, se debe concientizar a los familiares y al enfermo sobre su padecimiento, explicándoles todas sus dudas sobre la enfermedad, de que es un padecimiento de tipo crónico,

que requiere de constancia y compromiso; identificar las medidas de prevención acerca de las complicaciones, para evitar recaídas y síntomas adversos que pueden aumentar o reaparecer debido a la falta de información, y se debe de preguntar si comprendieron toda la información, o replantearla, ya que los resultados de las investigaciones sobre el tema refieren que si esto se lleva a cabo, va a contribuir en el binomio enfermo/familiar para tener una adecuada adherencia terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sabate E. WHO. Adherence Meeting Report. Genove. World Health Organization. Med Clin (Barc) 2001; 116 (Supl 2):141-146.
2. Orueta - Sánchez R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, vol. 29-N 2- 2005.
3. Bayés R. Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. En: Yubero S, Larrañaga E, editores. SIDA: una visión, multidisciplinar. La Mancha: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2000: 95-103.
4. Miklowilth DJ, Goldstein MJ, Neuchterlein KH. Expressed emotion, affective style, lithium compliance and relapse in recent onset mania. Psychopharmacol Bull 2006; 22: 628-632.
5. Buchanan A. A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. Psychol Med 1992; 22: 787-797.
6. McEvoy JP. The relationship between insight in psychosis and compliance with medication. En: Amador XF, David AS, editors. Insight and psychosis. New York: Oxford University Press; 1998.
7. Cañas de Paz F, Roca BM. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos. Ars Medica 2008; 3.
8. Franch VJ, Medina OG, Blanco GJA. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia. En: Serrano Vázquez M, editor. Esquizofrenia y enfermedades acompañantes. La Coruña: Publicaciones de asociaciones gallegas de Psiquiatría; 2005.

Hermenéutica-dialéctica en la práctica clínica neurológica

*Ma. Guadalupe Nava Galán**

RESUMEN

Hablar de la hermenéutica-dialéctica, desde el enfoque de Miguel Martínez Migueles, implica abordar algunos antecedentes históricos de este método, la manera en la que es utilizado en la investigación tradicional, en las ciencias jurídicas y humanas, a través de la observación, y cómo puede ser utilizado en la práctica clínica para el diseño de un instrumento de valoración neurológica para los profesionales de enfermería.

Palabras clave: Hermenéutica - dialéctica, valoración neurológica, enfermería.

Dialectic-hermeneutics in clinical practice neurology

ABSTRACT

Speaking of Dialectic-Hermeneutics, since the focus of Miguel Martinez Michaels is addressing some historical background of this method and how it is used in traditional research in legal sciences and humanities through observation and how it can be used in practice clinic for the design of a neurological assessment tool for nurses.

Key words: Dialectic-hermeneutics, neurological assessment, nursing.

INTRODUCCIÓN

La hermenéutica-dialéctica, el primer término proviene del verbo griego *hermeneuein*, que quiere decir “interpretar”. Algunos autores relacionan este verbo con el dios griego *Hermes*; según la mitología él era mensajero entre los demás dioses y los hombres, a quienes les explicaba el significado y la intención del mensaje que llevaba. La **dialéctica** del griego (*dialektiké*), τ (téchne), literalmente: técnica de la conversación; con igual significado en latín, es una rama de la filosofía cuyo ámbito y alcance ha variado significativamente a lo largo de la historia.

En la Investigación tradicional se ha utilizado la hermenéutica como un arte para interpretar y la dialéctica como una técnica de conversación. En las investigaciones, los resultados son interpretados, la hermenéutica aparece de manera explícita, y también en forma implícita, es decir, estando presente a lo largo de todas las investigaciones, desde la elección del enfoque cuantitativo y cualitativo; ambas metodologías lo implementan al aplicar los instrumentos y al recolectar datos mediante las preguntas realizadas en las entrevistas, así como en el análisis de los mismos; estos pasos implican la interpretación.

En su forma explícita y directa, la hermenéutica se utiliza en la fundamentación filosófica, desde que se interpreta a

* *Maestría en Enfermería en Educación.*

Correspondencia: Ma. Guadalupe Nava Galán
Insurgentes Sur Núm. 3877, Col. La Fama, Delegación Tlalpan, 14269, México, D.F. E-mail: rev.enf.neurol@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

los griegos con las diferentes definiciones de Homero y en la tradición judeocristiana ante las diferentes versiones de textos bíblicos. Aquí la hermenéutica se valía de todos los recursos útiles como son: estudios lingüísticos, filológicos, contextuales, históricos, arqueológicos, entre otros.

Es importante destacar que la hermenéutica pasó a las ciencias jurídicas y a la jurisprudencia y, poco a poco, a todas las demás ciencias humanas. El método básico de toda ciencia es la observación de los datos o hechos y la interpretación de sus significados, ya que éstos son inseparables.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA NEUROLÓGICA

Para investigar el fenómeno de la valoración neurológica en la enfermería se consideró el enfoque cualitativo, utilizando el método hermenéutico-dialéctico.^{1,2} Como antecedentes históricos, este método fue propuesto por expertos como: Friedrich Schleiermacher (1834), quien refiere que toda expresión ya sea oral o escrita, tiene un significado y que todo comprender es un interpretar; para Wilhelm Dilthey (1900), lo anterior es la base de las ciencias del espíritu, es decir, de los conocimientos interpretándolos y haciéndolos propios; sin embargo, Martin Heidegger (1970) refiere que todo conocimiento es histórico y hermenéutico; para Hans Georg Gadamer (2000), el ser encuentra su auténtica manifestación en el arte, la historia y la praxis.

Sin embargo, para Paul Ricoeur, en el 2005, la interpretación “es la restauración del sentido de la fe, de la sospecha”, otros autores como Emilio Betti, Nietzsche, Marx, Freud, Foucault, Kant, Karl-Otto Apel y Gianni Vattimo tomaron en cuenta la hermenéutica como herramienta de trabajo; desde el punto de vista filosófico se le consideró como “la intención de comprender, organizar e intentar explicar una realidad, la misma que requiere ser deducida e interpretada”.³

Por su parte, Richard Rorty afirmó que interpretar es decir, nombrar, traducir y explicar; sin embargo, de acuerdo con Mauricio Ferraris es una expresión lingüística de comprensión del fenómeno de estudio, como un fenómeno creativo, dialógico e investigativo, el cual es visto en la valoración neurológica que se lleva a cabo todos los días en los enfermos neurológicos e interpretando las entrevistas que se realizan todos los días con cada enfermo neurológico para diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar, utilizando los instrumentos clínicos como apoyo.

Es necesario contar con instrumentos de valoración neurológica propios de la enfermería,⁴ ya que éstos sirven de apoyo en la labor enfermera; ésta es una herramienta heurística, de gran eficacia⁵ que consiste en determinar ciertas interacciones o coincidencias a partir de diferentes apreciaciones y fuentes informativas desde varios puntos de vista del mismo

fenómeno; en este caso, desde la valoración neurológica de enfermería.⁶ La valoración neurológica de enfermería es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recolección e interpretación de información que permite explicar la condición de salud de cada persona. A través de la valoración neurológica se detectan cambios potencialmente graves antes de que se presenten problemas irreversibles.

De acuerdo a los hallazgos se va a ir interpretando la valoración de cada enfermo, esto contribuye también para la construcción y el enriquecimiento de la investigación, en este caso a partir de los datos obtenidos en las entrevistas (técnica) y de la interpretación (método hermenéutico-dialéctico), mismas que proporcionan información relevante para diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar las aportaciones recientes tanto a nivel nacional, internacional y comparar los hallazgos con lo que establece la literatura en cuanto al fenómeno de estudio. En la realización de diferentes investigaciones, se toman en cuenta las investigaciones actuales, la importancia, variedad y naturaleza que tienen los documentos que son utilizados todos los días; éstos apoyan la descripción e interpretación. Para su análisis se consideran varios autores como son: Díaz y Navarro, 1998; Duverger, 1986; Hernández, 1998; Berlingar, 1998, y Sierra, 1985. Ellos mencionan lo importante que es estudiar los fenómenos sociales ya que éstos son susceptibles de ser observados en el tiempo de su ocurrencia y por su dificultad para su completa y correcta transmisión de esta manera se logra hacer integración epistemológica.

INTEGRACIÓN EPISTEMOLÓGICA

- a) **La división del proceso cognitivo** de acuerdo con Otton Apel y Habermans; es el proceso de conocer cómo la hermenéutica-dialéctica considera la ingeniería psicológica, tan sólo por la necesidad de explicar la conducta de las personas.
- b) **División del objeto de estudio.** Toda verdadera ciencia se propone examinar en detalle su objeto de estudio.
- c) **Interacción dialéctica,** ésta se encarga de comprender y explicar, para Dilthey, las ciencias se basan en la continua explicación; establecen nexos y combinación de elementos; así mismo, refiere que en la conducta humana se tienen demasiados elementos que se explican, ya que implican procesos “deterministas”. Todo esto exige estrategias durante su proceso.

ESTRATEGIAS DEL PROCESO HERMENÉUTICO-DIALÉCTICO

Planificación de la investigación: 1. Determinación del objeto que se persigue, 2. Elección de la muestra y 3. Elección de los instrumentos y procedimientos de aplicación.

Etapa hermenéutica: En esta etapa se lleva a cabo la interpretación dialéctica de las dimensiones de la conducta humana, interpretando miradas, muecas, gestos, movimientos y lenguaje. El apoyo se ejecuta a través de fundamentación teórica, destacando la idea central.

CRITERIOS

1. **Cánones generales de la técnica hermenéutica.** Según Radnitzky, la analogía entre el texto escrito (como expresión de un tipo de acción humana) y la acción en general está presente, y tiene las siguientes reglas: a) utilizar el procedimiento dialéctico; b) preguntar al hacer una interpretación; c) autonomía del objeto, comprender y entender el objeto de estudio; d) importancia de la tradición, de normas y costumbres; e) empatía con el autor, lo cual implica familiaridad; f) contrastar la interpretación con el significado global; g) interpretar significa innovación y creatividad.
2. **Cánones de una “ciencia social interpretativa”.** Koc-kelmans considera que la hermenéutica moderna es un método interpretativo que sigue un curso natural de la comprensión humana a través de la interpretación de un texto o de la vida de la figura histórica, de modo que enumera cinco cánones: 1) la autonomía del objeto se deriva del fenómeno estudiado; 2) la interpretación que debe hacer el fenómeno de forma razonable y humano, aquí el investigador trata de entender el fenómeno; 3) el intérprete adquiere la mayor familiaridad posible con el fenómeno; 4) el intérprete debe mostrar el significado del fenómeno para su propia situación; 5) el círculo hermenéutico es el canon más importante.
3. **Dimensiones a explorar: modelo hermenéutico-dialéctico.** De acuerdo con Ernst Cassirer, “la verdad es, por su naturaleza, la criatura del pensamiento dialéctico” refería que a través de la cooperación de los sujetos se puede lograr una interpretación que se aproxime lo más posible a la “verdadera” realidad. En esta investigación, el uso de esta regla es la interpretación del material acumulado (grabaciones del diálogo y de la imagen, transcripciones y anotaciones entre otros).

TÉCNICA UTILIZADA. LA ENTREVISTA

Para Cassirer, toda acción humana puede poseer varias “dimensiones” de aquí surgen los procedimientos metodológicos más adecuados para su exploración hermenéutica, donde el procedimiento metodológico básico y general es oír (y ver) repetidas veces, a determinados intervalos de tiempo, las grabaciones (diálogos e imagen) con las anotaciones correspondientes, ubicando su contenido, de

manera alternativa; estas dimensiones emergen a medida que progresa la exploración y el análisis del material recogido, las tres dimensiones básicas son:

a) Descubrimiento de la intención que anima al autor.

Consiste en saber cuáles son las intenciones, buscando la meta o propósito que se persigue. Esta es una clave metodológica que ayuda a captar la estructura y aclara la correcta comprensión de la acción. La intención está ligada al conjunto de valores y filosofía de las personas. En este caso cobran las entrevistas y los documentos escritos por su capacidad de convertirse en registros históricos a los que se puede recurrir con relativa facilidad, para la investigación de determinados aspectos de la sociedad, las publicaciones pueden ser de naturaleza variada como son los documentos institucionales, por ejemplo: los diferentes instrumentos encontrados en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y los hallazgos de valoración neurológica en el extranjero contribuyen para la construcción de instrumentos nuevos y la obtención de los datos obtenidos en las entrevistas; considerando también las entrevistas para poder diseñar y planear instrumentos.

b) Descubrimiento del significado que tiene la acción para su autor.

Esto se obtiene a través del estado del arte, de las aportaciones de artículos y libros. De manera similar se exploran y obtienen datos a través de las entrevistas, aportando a las necesidades reales ya que son una acción o conducta que se relaciona con el comportamiento total de las personas a partir de su significado y la comprensión del mismo. Según Weber, el objeto de investigación de las ciencias humanas es el descubrimiento del significado que una acción tiene para su autor, esto puede dar origen a crear una acción o significado.

La exploración e interpretación del significado se llevará a cabo básicamente de manera paralela con los mismos actos y mediante el mismo proceso con que se explora e interpreta la “intención”. Esto se lleva a cabo a través de la entrevista.

PROCEDIMIENTO

Para el procedimiento de la valoración neurológica se requirió de los siguientes pasos: utilizando el método hermenéutico-dialéctico (Vera-Vélez, 2009).

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Proceso del análisis y codificación de los datos

Este estudio se realizó desde una perspectiva hermenéutica-dialéctica con una aproximación a lo planteado por Martínez

Miguel y Vera-Velez.⁷ La investigación dio inicio en enero de 2007 y se culminó en febrero de 2011.

Al tener una aproximación de tipo exploratoria y hacer contacto con el fenómeno de interés, en este caso el acercamiento con los profesionales de enfermería que llevan a cabo valoraciones neurológicas que tienen experiencia en Áreas Clínicas de Enseñanza e Investigación, la finalidad fue comprender la apreciación que tienen los profesionales de enfermería del INNN, respecto a la valoración neurológica de enfermería.

Se llevaron a cabo siete entrevistas, la entrevista utilizada es semiestructurada, para ésta se diseñó una guía para indagar el fenómeno,⁸ sobre instrumentos de valoración neurológica; al iniciarlas se obtuvo información importante obteniendo entrevistas a profundidad. Desde este momento se consideró cada entrevista como una herramienta de análisis,^{9,10} con el fin específico de que un individuo pueda expresar lo esencial¹¹ de esta técnica de investigación. Se llevó a cabo con profesionales de enfermería expertos en el cuidado de la persona con alteraciones neurológicas, con el propósito de ayudar a concretar el fenómeno de estudio a través de las entrevistas,¹² brindando libertad de expresión al informante.¹³

Las tres entrevistas fueron anónimas, solamente se muestran las siglas de los entrevistados (FTM, EDU, TMR), y se llevaron a cabo en sus domicilios. A otros profesionales se les localizó por vía telefónica para ver si accedían a las entrevistas, los cuales no se negaron para concederlas; LUG y TTH se llevaron a cabo dos más en el turno nocturno con un horario de 24:00 horas a 1:00 a.m, en el Instituto Nacional de Neurología en el turno nocturno, la de VBM en el turno vespertino en el área de enseñanza en un horario de 16:00 a 17:00 horas y la de AIR en el turno matutino en un horario de 10:00 a 11:00 horas en el área de resonancia magnética.

CONCLUSIÓN

La revisión de artículos recientes ayudó a diseñar y construir un instrumento de valoración neurológica de enfermería; considerando para su construcción la interpretación de todos los documentos históricos existentes en la literatura y en el INNN que se utilizan desde su inauguración así como los implementados desde 1984 al 2007. Las personas entre-

vistadas mencionaron que las hojas de registro clínico son un buen recurso; sin embargo, comentaron que se requiere que éstas se complementen con aspectos que consideren la exploración neurológica; por ejemplo, valoración de estados de conciencia, signos vitales, motricidad, sensibilidad, reflejos y pares craneales.

En la presente investigación se tomaron en cuenta los principios éticos de confiabilidad, respeto y responsabilidad en el manejo de la información, estos principios incluyeron el consentimiento informado que se estableció en el momento de la información. Una de las necesidades de los profesionales de enfermería es tener un documento práctico y útil que recabe la información necesaria para llevar a cabo valoraciones neurológicas; esto aporta enseñanza clínica, pensamiento crítico y juicio clínico para facilitar en cada enfermo el proceso de forma sistemática y, sobre todo, continua de la información que se obtiene a cada momento de todos los enfermos. De esta forma es como se aplica la hermenéutica-dialéctica en la práctica clínica neurológica de los profesionales de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez M. Comportamiento humano. Nuevos Métodos de Investigación. 2ª ed. México: Trillas; 2001: 39-117.
2. Valdés MJ. La interpretación abierta. Introducción a la hermenéutica literaria contemporánea. Teoría Literaria Texto y Teoría. Editorial Rodopi. Ámsterdam, Atlanta; 2005; pág: 31-75.
3. Abbagnano N, Martínez R. La evolución de la dialéctica Barcelona, España 1971 pág: 5.
4. Peña J. Lo cualitativo del discurso pedagógico en la dialéctica-hermenéutica. Redalyc 2006; 181-202.
5. Denzin NK, Lincoln YS, eds. Handbook of qualitative research. New York: Thousand Oaks. Sage Publications; 1994.
6. Martínez M. *Op. cit.*, 118.
7. *Ibidem.*, 42.
8. Bernard - Rian A, Sellar RD. Investigación Cualitativa en las Ciencias Sociales. Edición Especial. Revista de Salud Pública y Nutrición. México 2003, pág: 204 - 207.
9. Martínez M. *Op. cit.*, 120.
10. Tarres M. Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social. México, DF: Facultad Latinoamericana de Ciencias; 2001.
11. Cannell ChF, Kahn RL. La Reunión de datos mediante la Entrevista . en Festiger L - Katz. Los métodos de la investigación en las Ciencias Sociales. Editorial Paídos. Buenos Aires , Argentina 1992, pág:310 - 352.
12. Quivy R. Manual de Investigación en Ciencias Sociales. París: Limusa; 1992.
13. Tarres M. *Op. cit.* pág 74.