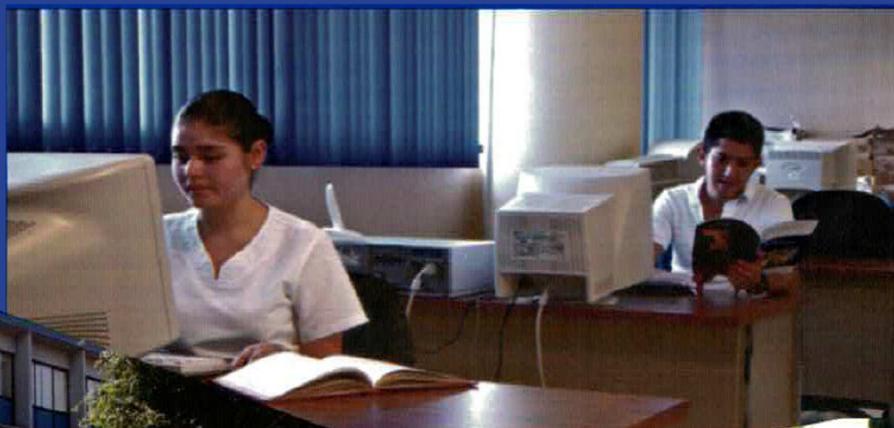


Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez



Revista de Enfermería Neurológica

Volumen 12, No. 3 septiembre - diciembre 2013



**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

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)

Alejandro Belmont Molina
(ENEO-UNAM)

La Revista de Enfermería Neurológica (México) 2013, 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: Ma. Guadalupe Nava Galán 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. subdireccionenfermeriainnm@yahoo.com.mx

Diseñada, producida e impresa en México por Graphimedic, S.A. de C.V. Tels.: 8589-8527 al 31. E-mail emyc@medigraphic.com

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

REVISTA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ



CONTENIDO

Editorial

- Implementación de las 10 estrategias por la seguridad del paciente en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía 116
Ma. Guadalupe Nava Galán

Artículos originales

- Aspectos éticos en la investigación cualitativa 118
Martha Lilia Parra Domínguez, Isaías Iván Briceño Rodríguez
- Determinantes sociales en salud: su relación con el síndrome metabólico 122
Abigail Fernández Sánchez, Sandra Hernández Corral, María Guadalupe Ojeda Vargas
- Factores de riesgo perinatal, signos neurológicos blandos y lenguaje en edad preescolar 128
Patricia Torres Morales, Dora Elizabeth Granados Ramos
- Lo cotidiano del adulto con cáncer de colón 134
Gandhy Ponce Gómez, Flor Marlene Luna Victoria Mori
- Nutrición y rendimiento en atletas con discapacidad intelectual y conocimientos de sus cuidadores 141
Blanca Estela Hernández Martínez, Ana Olivia Caballero Lambert, Ana Karen Estrada Salas, Martha Leticia Guevara Sanginés, Judith Orozco Méndez
- Presencia de conducta tipo "A" que refieren Friedman y Rosenman en enfermeras de hospitales de México 147
María Alberta García Jiménez, Gabriel Moreno Farías, Luis Fernando Rivero Rodríguez

Artículos de revisión

- Análisis de la productividad científica de la revista Enfermería Universitaria de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de 2007-2011: número y tipo de artículos publicados 153
María Guadalupe Ortega Ríos, Lasty Balseiro Almarío, Federico Sacristán Ruíz, Gandhy Ponce Gómez, Silvia Hernández Rosas
- Desafíos de la Unidad de Investigación del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía 159
Ma. Guadalupe Nava Galán

REVISTA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ



CONTENTS

Editorial

- Implementation of the 10 strategies for patient safety in the National Institute of Neurology and Neurosurgery 116
Ma. Guadalupe Nava Galán

Original articles

- Ethical issues in qualitative research 118
Martha Lilia Parra Domínguez, Isaías Iván Briceño Rodríguez

- Social determinants of Health: its relationship with the metabolic syndrome 122
Abigail Fernández Sánchez, Sandra Hernández Corral, María Guadalupe Ojeda Vargas

- Perinatal risk factors, neurological soft signs and language in preschool 128
Patricia Torres Morales, Dora Elizabeth Granados Ramos

- Adult everyday with colon cancer 134
Gandby Ponce Gómez, Flor Marlene Luna Victoria Mori

- Nutrition and physical performance in athletes with intellectual disability and knowledge level of their caregivers 141
Blanca Estela Hernández Martínez, Ana Olivia Caballero Lambert, Ana Karen Estrada Salas, Martha Leticia Guevara Sanginés, Judith Orozco Méndez

- Prevalence of type "A" behavior among nurses in hospitals in Mexico as referred by Friedman and Rosenman 147
María Alberta García Jiménez, Gabriel Moreno Farías, Luis Fernando Rivero Rodríguez

Reviews

- Scientific productivity analysis of the journal Enfermería Universitaria of the Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) 2007-2011: number and type of articles 153
María Guadalupe Ortega Ríos, Lasty Balseiro Almarío, Federico Sacristán Ruíz, Gandby Ponce Gómez, Silvia Hernández Rosas

- Achievements and Challenges of the Research Unit of the Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía 159
Ma. Guadalupe Nava Galán

Implementación de las 10 estrategias por la seguridad del paciente en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Implementation of the 10 strategies for patient safety in the National Institute of Neurology and Neurosurgery

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de su dirección general, pone en marcha en octubre de 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Este organismo es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, a través de la OMS y de los expertos, usuarios y grupos de profesionales en las Instituciones de Salud, como lo hace el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. El propósito es difundir las mejoras en materia de seguridad del paciente, tanto en la institución como en todo el mundo. En este orden de ideas, se puede decir que la seguridad del paciente es actualmente un problema de salud pública en todo el mundo; se calcula que 1 de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital; por lo tanto, este problema es considerado como de gran importancia en todos los países que integran la OMS, así como aquellos en vías de desarrollo. El fenómeno se ha venido estudiando por el aumento en la probabilidad que tienen los pacientes de sufrir algún daño durante su ingreso al hospital.

Es por ello que se dan a conocer las 10 principales soluciones para que el profesional de enfermería brinde seguridad al paciente, las que a continuación se mencionan:

- 1. Identificación del paciente: meta 1.** Utilizar cuando menos dos datos diferentes (nombre y registro); nunca el número de cama.
- 2. Comunicación clara y efectiva: meta 2.** Se debe utilizar la terminología estandarizada, ser claro, conciso, específico y oportuno, además de cerciorarse de que se ha dado a entender (escucho, escribo, leo y confirmo); se debe repetir la orden y mencionar quién la recibe en voz alta.
- 3. Asegurar la precisión de la medicación: meta 3.** El manejo de los cinco “correctos”: paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y rapidez correcta, así como mejorar la seguridad de los medicamentos para evitar errores a través de una estrategia de identificación; por ejemplo: Etiqueta roja: identifica electrolitos, glucosa al 50%, insulina, heparina, enoxaparina, ciclofosfamidias y citotóxicos; etiqueta amarilla: inotrópicos; etiqueta azul: sedantes y relajantes; etiqueta verde: antibióticos.
- 4. Uso de protocolos y/o guías para diagnóstico:** se deben seguir los protocolos y/o guías diagnósticas de acuerdo al paciente.
- 5. Cirugías y procedimientos correctos: meta 4.** “Cirugía segura”: paciente correcto, cirugía, sitio quirúrgico correcto, momento correcto, procedimiento correcto, estudio de gabinete correcto (tomografía, imagen de resonancia magnética, punción lumbar, terapia electroconvulsivante).
- 6. Prevención de infecciones nosocomiales: meta 5.** El lavado de las manos para todo el personal del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) al llevar a cabo las 11 recomendaciones en un tiempo de 40-60 segundos, así como la aplicación de los “cinco momentos”: antes del contacto con el paciente, antes de realizar una tarea aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después del contacto con el paciente, así como después del contacto con el entorno del paciente.
- 7. Prevención de caídas de los pacientes: meta 6.** Identificar en los pacientes (factores intrínsecos y extrínsecos) situaciones de alto riesgo. La estrategia es aplicar la escala de Downton y llevar la escala 0 (no), 1 (sí)

Correspondencia: Ma. Guadalupe Nava Galán. Insurgentes Sur 3877, Colonia La Fama, Delegación Tlalpan, C.P. 14269
E-mail: magpengalan@hotmail.com

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

valorando: medicación, déficit sensorial, estado mental y deambulaci3n. Otra estrategia: “dejar los barandales de la cama arriba siempre e informar al paciente y sus familiares sobre las medidas preventivas.”

8. **Factores humanos:** si no se encuentra al 100% de sus capacidades (por cansancio, prisa o alg3n otro problema) extérnelo y pida ayuda. Si tiene duda, pregunte al especialista indicado.
9. **Clima de seguridad:** se debe manifestar ejemplo de conciencia y cuidado frente a las acciones con las medidas de seguridad del paciente.
10. **Haga corresponsable al paciente-familiar:** esto facilita que expresen sus dudas.

Nota: se debe verificar que el paciente haya entendido su padecimiento así como su tratamiento y rectifique todos

los tratamientos a los que está siendo sometido, inclusive los alternativos. Incluya esta informaci3n en el enlace a otros servicios.

En los últimos meses, el Centro Colaborador de la OMS ha reunido a más de 50 destacados líderes y expertos de todo el mundo en ese campo para identificar y adaptar las nueve soluciones a diferentes necesidades.¹

Estas soluciones ofrecen, a través de la OMS, un nuevo e importante recurso para ayudar a los hospitales e instituciones a evitar muertes y lesiones prevenibles; así lo señaló Dennis S. O’Leary, M.D., Presidente de The Joint Commission: “Todos los países afrontan hoy tanto la oportunidad como el reto de traducir esas soluciones en acciones concretas que efectivamente salven vidas.”²

Ma. Guadalupe Nava Galán

1 Agnes Leotsakos. OMS, Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Ginebra, Suiza: Tel: +41 22 791 2567; E-mail: [HYPERLINK "mailto:leotsakosa@who.int"](mailto:leotsakosa@who.int) leotsakosa@who.int

2 Charlene D. Hill. The Joint Commission. En Washington, E.U., Tel: +1 630 792 5175, E-mail: [HYPERLINK "mailto:chill@jointcommission.org"](mailto:chill@jointcommission.org) chill@jointcommission.org

Aspectos éticos en la investigación cualitativa

Martha Lilia Parra Domínguez,* Isías Iván Briceño Rodríguez**

RESUMEN

Como estudio de la moral, la ética es, ante todo, una filosofía práctica, cuya tarea no es precisamente resolver los conflictos, sino plantearlos. La calidad de la investigación cualitativa es un aspecto fundamental que los investigadores permanentemente deben garantizar y que los profesionales de los servicios de salud necesitan evaluar antes de utilizar los resultados de los estudios. Cuando hablamos de calidad de la investigación, aludimos al rigor metodológico con que ha sido diseñada y desarrollada y a la confianza que, como consecuencia de ello, podemos tener en la veracidad de los resultados conseguidos. Por tanto, la idea de calidad de la investigación se asocia, en general, a la credibilidad del trabajo desarrollado. Los estándares que permiten evaluar el rigor y carácter científico de los estudios cualitativos y sobre los cuales hay acuerdo parcial son la credibilidad, la auditabilidad o confirmabilidad y la transferibilidad o aplicabilidad.

Palabras clave: Ética, rigor científico, investigación cualitativa.

Ethical issues in qualitative research

ABSTRACT

As a study of morality, ethics is primarily practical philosophy, which task is not precisely to resolve conflicts, but to raise them. The respectability of qualitative research is a fundamental aspect that researchers must guarantee permanently and that health professionals should assess before using the findings of the studies. When we say quality of research we refer to the methodological rigor with which it has been designed and developed, and, as a result of this, to how we can trust the accuracy of the results achieved. In general, the idea of quality of research is therefore associated with the credibility of the work performed. Quality standards to assess the rigor and scientific character of qualitative studies and for which there is partial agreement are: credibility, confirmability or auditability, and transferability or applicability.

Key words: Ethics, scientific rigor, qualitative research.

INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la investigación científica y el uso del conocimiento producido por la ciencia demandan conductas éticas en el investigador y el maestro. La conducta no ética no tiene lugar en la práctica científica de ningún tipo. Debe ser señalada y erradicada. Aquel que con

intereses particulares desprecia la ética en una investigación, corrompe a la ciencia, sus productos, y se corrompe a sí mismo.

La investigación cualitativa comparte muchos aspectos éticos con la investigación convencional. Así, los aspectos éticos que son aplicables a la ciencia en general, son aplicables a la investigación cualitativa. La práctica científica

**Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora principal en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango.*

***Maestro en Ciencias de Enfermería. Profesor en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango.*

Correspondencia: Martha Lilia Parra Domínguez. Email: mlpd73@hotmail.com

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

como práctica de la libertad es igual cuando realizamos investigación cualitativa. Sin embargo, los problemas, los métodos, la comunicación y la divulgación de la investigación cualitativa plantean algunos conflictos adicionales. La investigación cualitativa reconoce la subjetividad de los individuos como parte constitutiva de su proceso indagador. Ello implica que las ideologías, las identidades, los juicios, los prejuicios y todos los elementos de la cultura impregnan los propósitos, el problema, el objeto de estudio, los métodos e instrumentos; forman parte de la selección de los recursos y los mecanismos empleados para hacer la presentación y divulgación de los resultados e interpretaciones del estudio.

La investigación cualitativa tiene desafíos adicionales. En las ciencias, indaga en la condición humana, construyendo el conocimiento mientras acoge la complejidad, la ambigüedad, la flexibilidad, la singularidad, la pluralidad, lo contingente, lo histórico, lo contradictorio y lo afectivo, entre otras circunstancias propias de la subjetividad del ser humano y su carácter social. Estas condiciones son características del objeto de estudio a la luz del enfoque cualitativo y, al mismo tiempo, son también valores cultivados durante la investigación, porque, en buena medida, la riqueza de la investigación cualitativa depende de qué tan bien hemos captado y descrito dichas particularidades en la búsqueda de los significados.

A partir del enfoque cualitativo, aceptamos que el objeto de la investigación es un sujeto interactivo, motivado e intencional, que asume una posición frente a las tareas que enfrenta. Por esta razón, no se puede ignorar que la investigación es un proceso de comunicación entre investigador e investigado, un diálogo que toma diferentes formas.¹

Particularmente en la investigación cualitativa, es necesario incluir ciudadanos con capacidad y disposición de reflexión y comunicación para comprender los valores sociales, las prioridades, la vulnerabilidad y las inquietudes de los sujetos potenciales del estudio. La pluralidad es otra condición deseable en los grupos evaluadores, que debe ser atendida en la investigación cualitativa e incorporada en el método que se utiliza para construir los juicios éticos.²

En los últimos 50 años, el desarrollo de la ética en la indagación científica estuvo preferentemente dirigido a los estudios con pacientes en el campo de la salud-enfermedad. Las fuentes principales de orientación ética sobre la realización de investigaciones clínicas han sido el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont y las normas del Consejo para la Organización Internacional de Ciencias Médicas. El momento alcanzado por la bioética como estudio de lo moral orientado a la salud es sumamente fuerte y amplio, y ha sido un estímulo vigoroso para el fortalecimiento de la ética.

Poco a poco las ciencias de la salud han ido recuperando, no sin dificultad, algo que ha estado escrito desde siempre en la forma de observar y transformar la realidad: la vivencia subjetiva del proceso de enfermar y la condición probable, sin certeza, de todo intento de intervenir en dichos procesos.³ En consecuencia, los métodos cualitativos han vuelto a ocupar la posición que les correspondía, por su naturaleza, en el marco de la investigación en salud. Además, la investigación cualitativa puede contribuir a evaluar la calidad del cuidado de la salud y a complementar la investigación cuantitativa. Sin embargo, el retorno de los métodos cualitativos también tiene sus riesgos. Uno muy importante, que tiene que ver precisamente con el hecho de quedar relegados en décadas pasadas en el campo de la biomedicina, estriba en pasar por alto la sólida reflexión desarrollada en torno a las responsabilidades éticas de los que investigan con seres humanos. Esta ponderación ha estado vinculada sobre todo a los métodos cuantitativos. Y es que a veces parece, incluso a los mismos “cualitivistas”, que el método cualitativo, al etiquetarse de tecnología blanda o humanista, al estar lejos de la dureza de la estadística, del riesgo de daño físico y de la rigidez del ensayo aleatorizado, está ya de por sí justificado y no plantea problemas éticos que precisen de la evaluación y supervisión.⁴ Algunos de los cuestionamientos que se hace el estudioso durante toda la investigación cualitativa son: ¿cómo garantizar el rigor del trabajo científico?, ¿cómo otros investigadores juzgarán el rigor científico de la investigación realizada? Para dar respuesta a estas interrogantes, se debe tomar en cuenta que la investigación cualitativa se caracteriza por ver las cosas desde el punto de vista de las personas que están siendo estudiadas. De esta manera, el papel de los investigadores es entender e interpretar qué está sucediendo; esto es una tarea difícil: por un lado, porque los científicos no pueden abstraerse totalmente de su propia historia, sus creencias y su personalidad; y por otro, por la complejidad de los fenómenos humanos.

Retomando el análisis sobre lo que implica el rigor metodológico, algunos investigadores cualitativos afirman que los cánones o estándares con que se juzgan los estudios cuantitativos son totalmente inapropiados para evaluar el rigor metodológico de los estudios cualitativos.⁵ El fundamento para esta apreciación es que los abordajes cualitativos y cuantitativos tienen diferentes raíces ontológicas y epistemológicas, que deben comprenderse, respetarse y mantenerse durante todo el proceso investigativo. Los científicos cualitativos concuerdan en ese principio rector y, por tanto, estos criterios o estándares de evaluación deben ser coherentes con los propósitos, fines y bases filosóficas del paradigma cualitativo. Los cánones o estándares usuales en la investigación cuantitativa incluyen dos elementos: la validez y la confiabilidad. Extrapolar estos criterios

a la investigación cualitativa es contraproducente, pues se violan los propósitos, los objetivos y la integridad del abordaje cualitativo. Esto no quiere decir que la investigación cualitativa se exonere del rigor metodológico que debe tener todo proceso de búsqueda científica; se refiere a que los criterios usados para juzgar el mérito del trabajo cualitativo también deben ser explícitos, utilizando la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad para evaluar la calidad científica.⁶

La credibilidad se logra cuando el investigador, a través de sus observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación a lo que ellos piensan y sienten. Así, la credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otros individuos que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. La credibilidad (validez interna), aumenta la probabilidad de que los datos hallados sean creíbles; se pueden contrastar los resultados con las fuentes mediante la observación persistente, los diarios de experiencias, las encuestas, los análisis de documentos, la discusión grupal y la triangulación; puede ser una negociación inicial y durante todo el proceso. En el carácter científico es una obligación ética seguir un método científicamente correcto que asegure su validez interna. En el caso de la investigación cualitativa, se exige que el diseño metodológico sea adecuado para los objetivos que se propone, que seleccione oportunamente los contextos y los informantes, y que interprete acertadamente los resultados.⁷ La credibilidad puede ser alcanzada cuando el investigador vuelve a los informantes durante la recolección de información, lo que permite confirmar los hallazgos y revisar algunos datos particulares. En este sentido, la mayoría de los informantes son capaces de corregir los errores de interpretación de los hechos y, para ello, se ocupan de dar más ejemplos que ayudan a clarificar las interpretaciones del investigador.

El segundo criterio es la auditabilidad, llamada también confirmabilidad. Éste se describe como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o ruta de lo que el científico original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el estudioso haya tenido en relación con el trabajo. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a las conclusiones iguales o similares a las del científico original, siempre y cuando tengan perspectivas similares.⁸

La transferibilidad o aplicabilidad es el tercer criterio que se toma en cuenta para el rigor metodológico, y se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras

poblaciones. En la investigación cualitativa, la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del análisis. Para ello es necesario que se describan densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue observado. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos.

Morse⁹ plantea que los conceptos o constructos de confiabilidad y validez deben retomarse en una investigación cualitativa como estándares de rigor científico, por tres razones:

1. La validez y la confiabilidad son estándares de rigor científico independientemente de los paradigmas que orienten la investigación, porque el objetivo fundamental de toda investigación es encontrar resultados plausibles y creíbles.
2. Rehusarse a utilizar los estándares de validez y confiabilidad conduce a la marginalización de la investigación cualitativa del paradigma científico predominante; es decir, se está contribuyendo a fortalecer la noción de que la investigación cualitativa es inválida, no confiable, falta de rigor y, por tanto, no científica.
3. Los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad propuestos por Guba y Lincoln enfatizan la evaluación del rigor científico al finalizar la investigación, lo cual tiene el riesgo de que el investigador no identifique las amenazas contra la validez y confiabilidad del estudio, y las corrija durante el mismo.

Morse propone que es el momento de considerar la importancia de que el científico use estrategias de verificación durante el proceso de investigación; de esta manera, la validez y la confiabilidad se obtienen activamente y no son aspectos evaluados por pares externos al finalizar el proyecto investigativo. Es decir, las estrategias de verificación deben ser parte del trabajo cualitativo. Las estrategias de verificación que propone esta autora son:

1. La creatividad, sensibilidad, flexibilidad y habilidad del investigador para “responder” a lo que sucede durante el estudio.
2. La coherencia metodológica, es decir, la congruencia entre la pregunta de investigación y los componentes del método usado. La interdependencia del trabajo cualitativo demanda que la pregunta concuerde con el método, con la información recabada y el análisis de ésta.
3. Muestreo apropiado: seleccionar a los participantes que mejor representen o tengan conocimiento del fenómeno a investigar. Esto garantiza una saturación efectiva y eficiente de las categorías con información de calidad óptima y mínimo desperdicio.

4. Recolección y análisis de información concurrentes para lograr la interacción entre lo que se desconoce y lo que se necesita conocer. Esta interacción es esencial para lograr la validez y la confiabilidad.
5. Saturación de la información: se alcanza cuando hay redundancia en la información, esto es, cuando el investigador obtiene la misma información o similar, pues los informantes no indican algo diferente de lo ya dicho.

Otro aspecto importante que se debe tener muy en cuenta para sustentar la ética de todo estudio es el consentimiento informado, uno de los pilares básicos de la ética de la investigación moderna, que, además de ser un principio ético, se ha convertido en una norma jurídica. Todas las leyes que regulan la investigación en el mundo lo marcan como obligación clave a respetar por cualquier estudioso.¹⁰

Para finalizar, se resaltan dos aspectos centrales en el abordaje cualitativo:

1. Para que la investigación cualitativa tenga calidad, es necesario que los investigadores cumplan con los cánones del rigor metodológico descrito.
2. Además, no sólo se debe generar conocimiento, sino contribuir a la solución de los problemas relevantes para los seres humanos.

CONCLUSIÓN

Las consideraciones éticas no constituyen un tema aparte de los métodos en la investigación cualitativa, con los cuales se impregnan y confunden. La discusión de la ética en la

investigación cualitativa debe ser ampliada con la participación de académicos e investigadores en una convicción pluralista, en instituciones y organizaciones que hacen investigaciones; así se podría contribuir a un aumento en la calidad de la investigación cualitativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. González R. Investigación cualitativa en psicología. Rumbos y desafíos. México, DF: Thompson Editores Internacional; 2000. pp. 35-39.
2. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación sea ética? Siete requisitos básicos. En: Pellegrini A, Macklin R, editores. Investigación en sujetos humanos: experiencia internacional. Serie Publicaciones. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 1997. pp. 33-46.
3. Conde GF. Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa en la historia de la medicina. Rev Esp Salud Pública. 2002; 76: 395-408.
4. Directiva 2001/20/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 4 de abril de 2001, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los estados miembros sobre la aplicación de buenas prácticas clínicas en la realización de ensayos clínicos de medicamentos de uso humano. Diario Oficial de la Comunidades Europeas. L-121 (01-05-2001).
5. Streubert H, Carpenter D. Qualitative research in nursing. Philadelphia: JB Lippincott Company; 1995.
6. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Beverly Hills: Sage Publications; 1985.
7. Pla M. El rigor en la investigación cualitativa. Aten Primaria. 1999; 24: 295-300.
8. Guba EG, Lincoln YS. Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation result through responsive and naturalistic approaches. San Francisco: Jossey-Bass; 1981.
9. Morse J, Barret M, Mayan M et al. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. Int J Qual Meth [Internet]. 2002; (2): [19 pp.]. Disponible en: <http://www.ualberta.ca/ijqm>
10. Instrumento de ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina.) Oviedo, 4 de abril de 1997. BOE. No. 251 (20-10-1999).

Determinantes sociales en salud: su relación con el síndrome metabólico

Abigail Fernández Sánchez, Sandra Hernández Corral,** María Guadalupe Ojeda Vargas****

RESUMEN

El propósito de esta investigación es hacer una revisión del síndrome metabólico, su impacto en la salud de la población adulta y la intervención de los servicios de salud por medio de programas, así como su abordaje en los ámbitos biológico, político, económico y social, llamados determinantes sociales. El perfil epidemiológico, demográfico y económico conlleva la salud o enfermedad de la población. En el mundo 1,600 millones de personas tienen sobrepeso; de ellas, 400 millones son obesas. Los índices de morbilidad prematura se han incrementado. Las complicaciones por enfermedad cerebrovascular y la diabetes afectan la calidad de vida de la población y los presupuestos sanitarios. En México hay más de 17 millones de hipertensos, 14 millones de dislipidémicos, seis millones de diabéticos y más de 35 millones de adultos –siete de cada diez– con sobrepeso u obesidad. Presentamos un recorrido histórico del proceso-establecimiento del síndrome metabólico. En la actualidad las organizaciones American Heart Association/National Heart, Lung and Blood Institute y el Panel de Tratamiento del Colesterol han establecido los criterios para definir esa patología. Se describen y analizan los determinantes sociales como un entramado de factores estructurales e intermediarios políticos, ambientales y sociales que acotan el estado de salud de los individuos y las comunidades. Es necesario conjuntar las estrategias de los sistemas de salud, políticas públicas y el colectivo de la población para mejorar la salud.

Palabras clave: Determinantes sociales, síndrome metabólico.

Social Determinants of Health: its relationship with the metabolic syndrome

ABSTRACT

The purpose of this research is to review metabolic syndrome, its impact on the health of adult population, the intervention of health services through programs, as well as its approach in the biological, economic, political and social health areas, the so-called social determinants. The epidemiological, demographic and economic profile of a population leads to its health or illness. 1.6 million people worldwide are overweight, of which 400 million are obese. The rate of morbidity and premature mortality has increased. Complications from cerebrovascular disease and diabetes affect the quality of life of the population and the health budgets. In Mexico, more than 17 million people are hypertensive, 14 million dyslipidemic, 6 million diabetic, and more than 35 million adults –seven out of every ten– are overweight or obese. We present a historical view of metabolic syndrome. Today organizations such as the American Heart Association/National Heart, Lung and Blood Institute and the Cholesterol Treatment Panel have established criteria for defining such pathology. We analyze and describe the social determinants as a set of structural factors and political, environmental and social intermediaries that strongly influence the health status of individuals and communities. It is necessary to aggregate the strategies of the health systems, public policies and the general population to attain an overall health improvement.

Key words: Social determinants, metabolic syndrome.

* *Universidad Autónoma del Estado de Morelos.*

** *Instituto Nacional de Rehabilitación.*

*** *Universidad de Guanajuato.*

*Correspondencia: Abigail Fernández Sánchez. Privada del Hule Núm. 7, Col: Granjas. Cuernavaca, Morelos. Tel: 01-777-2241583.
E-mail: abifer2002@yahoo.com*

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

INTRODUCCIÓN

El síndrome metabólico es un problema de salud pública del siglo XXI en todo el mundo. Se experimenta con gran preponderancia en la vida adulta; por lo tanto, cada cuatro segundos ocurre un infarto agudo del miocardio y cada cinco segundos un evento vascular cerebral. La OMS indica que en el 2005 existían en el mundo aproximadamente 1,600 millones de personas con sobrepeso, de las cuales 400 millones eran obesas, y proyecta que para el 2015 habrá alrededor de 2,300 millones de personas con sobrepeso y 700 millones de obesas.¹ La enfermedad cerebrovascular y la diabetes afectan la calidad de vida de la población y los presupuestos sanitarios de muchos países desarrollados o en vías de desarrollo. En América Latina 75%, asociado cinco veces en la prevalencia de la diabetes tipo 2 y de 2 a 3 veces más en la enfermedad cerebrovascular.²

En México, entre la población adulta de 20 a 69 años, hay más de 17 millones de hipertensos (30%), 14 millones de dislipídicos (28%), seis millones de diabéticos y más de 35

millones con sobrepeso u obesidad (43%). Como resultado, el 8% del total de la población –que equivale a siete de cada diez personas adultas– presenta sobrepeso u obesidad. Otro dato relevante es que cerca del 70% de los mexicanos que viven en los Estados Unidos padecen sobrepeso u obesidad, tanto hombres como mujeres.²⁻³

El acelerado proceso de urbanización de los países latinoamericanos y los estilos de vida adoptados de otros países de mayor desarrollo dieron origen a un aumento en la prevalencia del síndrome.

ANTECEDENTES

El síndrome metabólico es definido para su diagnóstico por organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Panel de Tratamiento del Colesterol en Adultos en su tercera versión (ATPIII) y la Federación Internacional de Diabetes (FID) (*Cuadros I y II*) como un “conjunto de alteraciones metabólicas constituido por la obesidad de distribución central, la disminución de las concentraciones del colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad

Cuadro I. Revisión histórica de la denominación de síndrome metabólico.

Año	Autor	Hallazgos
1923	Kylin, médico sueco ⁴	Refiere las primeras descripciones de la asociación entre diabetes mellitus, hipertensión arterial e hiperuricemia
1927	Marañón ⁴	
1947	Vague ⁴	
1960	Crepaldi	
1967	Avogaro SM	
1988		En la conferencia de Banting
1999	Gerald M Reaven ⁵	Síndrome “X”
2001	Organización Mundial de la Salud	Primera definición oficial de síndrome metabólico
2002	ES Ford	Tercer reporte del National Cholesterol Education Program (NCEP)
2005	R Khan	Prevalencia del síndrome metabólico en Estados Unidos, frecuencia inversa de documento (inverse document frequency, IDF), Consenso Mundial del Panel de Tratamiento del Colesterol (ATPIII)
2006	Nueva iniciativa de la Asociación Norteamericana de Diabetes (ADA)	Cuidado de la diabetes
2006	Scott y Grundy (mencionado por Pérez) ⁶	Prediabetes, síndromes plurimetabólico y cardiometabólico, hipertensión, dislipidemia, circunferencia de cintura, hipertrigliceridemia
2007	Roberto R. Pérez Moreno ⁶	El cuarteto de la muerte, síndrome de insulino-resistencia, dislipemia aterogénica, síndrome dismetabólico
2008	Sánchez, Jaramillo y colaboradores ⁷	Compuesto por elementos de sustrato común a la resistencia a la insulina, es factor de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular y diabetes

Fuente: González, Bautista, Irigoyen (2009).⁸

Cuadro II. Integración del síndrome metabólico por diversas organizaciones.^{5,9}

Organización Mundial de la Salud, 1999. American Heart Association/National Heart, Lung and Blood Institute (AHA/NHLBI), 2005	Hipertensión arterial Incremento en los niveles de glucosa Glucemia \geq 100-110 mg/dL
Panel de Tratamiento del Colesterol en Adultos, en su tercera versión (NCEP ATPIII), 2001	Triglicéridos elevados (dislipidemia)
Federación Internacional de Diabetes (FID), 2005	Colesterol (cHDL) disminuido Sobrepeso-obesidad Obesidad central IMC $<$ 30 Microalbuminemia \leq 29

(cHDL), la elevación de las concentraciones de triglicéridos, el aumento de la presión arterial y la hiperglucemia".⁴

La obesidad y/o los antecedentes genéticos culminan en diabetes mellitus e hipertensión arterial, induciendo en su trayecto un compromiso cardiovascular y metabólico relacionado. El asociar las alteraciones lipídicas a la diabetes y la obesidad incrementa el riesgo cardiovascular. Se ha encontrado un patrón común en la patogénesis de estas enfermedades (*Cuadro II*). Algunos factores sociales y demográficos como la raza, sexo, edad, situación geográfica y economía influyen en los índices de obesidad que han generado el aumento del número de personas con síndrome metabólico en las regiones en desarrollo.⁹ Otros factores que contribuyen a su aparición son el sedentarismo, los estilos de vida, la transición alimentaria, la baja cobertura del primer nivel de atención, y la pobreza, entre otros. Esto hace que cada día se incremente el número de casos en la población. Es importante identificar los determinantes sociales que conllevan a su aparición para poder prevenirlos, desde el punto de vista físico, psicológico, social y económico, puesto que persiste en un círculo vicioso: pobreza-enfermedad-pobreza, potenciado por la desigualdad de oportunidades de los individuos.¹⁰

Las instituciones afirman establecer en sus programas estrategias de control de los riesgos y capacitación del personal de salud, además de la creación de nuevas políticas para la atención de las personas afectadas, cuyo número crecerá aun más de manera importante en las décadas por venir.¹¹ El síndrome metabólico se estudia con mediciones bioquímicas de triglicéridos, colesterol y glucosa. Sin embargo, es importante tener en cuenta la complejidad del síndrome, resultado de la interrelación de factores ambientales, culturales, sociales y económicos (determinantes estructurales intermediarios), y no conformarse con el establecimiento de un diagnóstico meramente bioquímico.

DESARROLLO

La OMS declaró que existe una prevalencia del síndrome metabólico en el 33.6% de la población adulta. En España, la prevalencia es del 24%;¹² en Singapur, del 30%;¹² en la población americana, del 34.6 y 39.1%, de acuerdo con los criterios del ATPIII y la FID, respectivamente,¹³ aunque con grandes variaciones entre un país y otro: en Canadá, del 19.1%;¹⁰ en los Estados Unidos fue del 21.8% en el 2002;¹² en Chile, del 37%;¹² en Colombia, con criterios del ATPIII, del 25.4% y con criterios de la FID, del 31.5%;¹⁴ en Uruguay, del 27.7%;¹⁵ y en México del 46.5, 43.3 y 36.5% con criterios del ATPIII, la FID y la OMS, respectivamente.¹⁶ Como se puede apreciar, se han encontrado prevalencias muy distintas entre un país y otro y en el mismo país, sin

dejar de observar que, independientemente del criterio de medición utilizado y el número de población, el problema existe y causa estragos. Algunos países son más afectados que otros, como es el caso de Latinoamérica y Estados Unidos, cuya prevalencia es mayor en relación con países como Francia y Singapur.

Es importante considerar los años perdidos a causa del síndrome metabólico, por una morbimortalidad prematura. La disminución de la expectativa de vida va en relación con el incremento de la mortalidad. En la población de mujeres con diabetes, su expectativa de vida disminuye en un 6.3%, y en aquellas con enfermedades isquémicas del corazón, en un 2.0%; en los hombres, las enfermedades isquémicas del corazón disminuyen la expectativa de vida en un 3.5% y la diabetes, en un 4.5%. En las mujeres la diabetes ocupa el segundo lugar y las enfermedades isquémicas del corazón el quinto, tanto en poblaciones urbanas como en las rurales.¹⁷ A nivel mundial, México ocupa el segundo lugar en obesidad y el noveno lugar en diabetes mellitus. En cuanto a la distribución por sexo, en mujeres: diabetes mellitus 16.3%, enfermedades isquémicas del corazón 10.6% y enfermedad cerebrovascular 6.5%. En hombres: diabetes mellitus 11.3%, enfermedades isquémicas del corazón 10.9%, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado 7.6% y enfermedad cerebro-vascular 4.7% (2005).¹⁸

BREVE RESEÑA HISTÓRICA

En 1946 la OMS definió salud como "el completo bienestar físico, mental y social". Desde esta perspectiva se busca cubrir el bienestar en el contexto social con un enfoque biomédico. Aunque esta visión se ha tratado de mantener, no se ha satisfecho plenamente, por el contexto económico y político. En los años 60 y 70, en Latinoamérica, se integran programas de salud comunitaria con un enfoque parcial del cuidado de la salud, debido a la menor posibilidad de uso de las tecnologías, por su alto costo.

En relación con los determinantes sociales, Canadá es un país pionero. El ministro de salud Marc Lalonde ha expresado que, en cuanto a condicionantes de la salud, la biología humana ocupa un 20%, el medio ambiente 20%, los estilos de vida 50% y la organización de los servicios de salud 10%.¹⁹ En el entorno de México, la inversión es dirigida hacia los servicios médicos, en tanto que los estilos de vida reciben una proporción mínima; por lo tanto, el impacto en la salud es reducido.²¹

En América Latina la comprensión de la salud desde un proceso que trasciende la simple causalidad se ha denominado 'determinación social'. Breihl²¹ y Castellanos²² explican que la salud no solo depende de los servicios de salud ni de las características biológicas humanas, sino que también está fuertemente influida por los modos, condiciones y estilos

de vida que las sociedades imponen a las poblaciones. Este enfoque no fue entonces adoptado por la OMS.

En 1978 se lleva a cabo la conferencia de Alma-Ata “Salud para todos en el año 2000”. El punto de partida de la OMS con relación a los determinantes sociales son los medioambientes en los que se desarrolla el individuo, la familia y la comunidad. El mensaje va acompañado de esperanza para un mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones. Por otra parte, el discurso economicista, con fuertes debates y controversias encaminados a reformar los sistemas de salud, conduce a prácticas particulares. Los marcos interpretativos producen distintas miradas sobre la producción en salud y la desigualdad social (salud y educación), de manera que se eliminan las dimensiones sociales y solo se priorizan los problemas de salud emergentes, lo cual deviene en un detrimento en las condiciones de vida y salud de las poblaciones.^{20,26}

Más tarde emerge la epidemiología como brazo “diagnóstico” de la salud colectiva y sufre las tensiones, impulsos y obstáculos de todo conocimiento que contribuye a definir la imagen de la realidad, y el éxito o fracaso de la política. La información epidemiológica se torna cada vez más un instrumento socialmente valorado. Esa circunstancia histórica nos lleva a sostener, desde los comienzos de la era neoliberal, que la epidemiología se construye “entre fuegos”.²¹

Se pueden definir los determinantes sociales como un “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”. Entre estos factores se incluyen conductas, estilos de vida saludables, ingresos y posición social, educación, trabajo y condiciones laborales, el acceso a los servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos.^{20,23}

El reconocimiento de la naturaleza social de la salud no es un asunto nuevo en la historia de la salud pública, puesto que ha logrado un importante desarrollo durante los siglos XIX y XX. El XXI es testigo del llamado emergente para incorporar esta perspectiva en la investigación y el desarrollo de políticas sociales y económicas que condicionen el crecimiento, la vida y el trabajo.²³

En cuanto a la situación social en la Unión Europea y América Latina, en los últimos años se realizan esfuerzos para dar impulso a programas y proyectos para enfrentar la pobreza, la desigualdad y la exclusión, con el fin de contribuir a la cohesión social que orienta las políticas sociales promovidas por la cooperación descentralizada. Así mismo, es importante impulsar proyectos, programas sociales de ámbito local, la participación, una nueva gobernanza local y la promoción de la participación ciudadana.²⁴

Cuadro III. Modelos de determinantes sociales.

Modelo	Contexto	Categorías
Esquema general de la producción de inequidades en salud, propuesto por el equipo de equidad de la Organización Mundial de la Salud	Sociopolítico: <ul style="list-style-type: none"> • Posición socioeconómica • Determinantes sociales o estructurales de las inequidades sanitarias Ej. estratificación social mediante la educación, el mercado laboral y la cohesión social <ul style="list-style-type: none"> • Desigualdades sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de salud diferencial • Sistema sanitario Determinantes específicos o posición social de una persona Vía o determinantes intermediarios o sociales y de salud Vulnerabilidad, exposición diferenciada Ej. Condiciones de vida y de trabajo. Comportamientos saludables, atención médica y social en el transcurso de la vida
Dahlgren y Whitehead, producción de inequidad en la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Social • Políticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Posición social • Exposición y vulnerabilidad diferencial • Enfermedades o lesiones • Consecuencias sociales de la mala salud
Castellanos, procesos determinantes, niveles en salud pública	<ul style="list-style-type: none"> • Modos de vida • Condiciones de vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Individual • Social • Grupos de población
Wilkinson y Marmot, 2003	Estructura y entorno social <ul style="list-style-type: none"> • Psicológicos • Comportamiento de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores materiales • Salud: mental y fisiológica desde la niñez, genes y cultura • Bienestar, morbilidad y mortalidad
Modelo de sistemas de Bonferrer	<ul style="list-style-type: none"> • Microsistema • Mesosistema • Macrosistema 	
Determinantes estructurales e intermediarios, de Breilh ²⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Determinantes estructurales • Determinantes intermediarios (Categorizados en circunstancias materiales-personales) 	<ul style="list-style-type: none"> • Posición socioeconómica • Estructura social • Clase social: relaciones de género y etnia • Educación, ocupación, ingreso, disponibilidad de alimentos, etc. • Comportamientos, factores biológicos y psicosociales • Sistema de salud • Estructura social y condiciones de vida y trabajo

Desde la mirada de la medicina social, los determinantes sociales en salud conllevan a la construcción de pensamiento con un enfoque particular en salud, en el contexto regional. Breihl²⁴ expone cómo la determinación social de la salud se interrelaciona con el modo y los estilos de vida y con los perfiles de los problemas de salud, en lo que denomina la dialéctica entre lo singular (individuo), lo particular (grupos) y lo general (las poblaciones).

MODELOS CONCEPTUALES DE LOS DETERMINANTES SOCIALES ESTRUCTURALES E INTERMEDIARIOS EN LA SALUD

Los modelos de los determinantes sociales (*Cuadro III*) muestran la determinación social, el impacto y la equidad en salud. Reflejan desde una relación de la salud individual-colectiva, estilos de vida individual relacionados con las redes sociales y comunitarias; a su vez todas éstas se vinculan con el ambiente, producción, educación, condiciones de vida y trabajo, servicios (sanitarios, agua), vivienda y atención a la salud. Por último, confluyen las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales.²³

Según el modelo de Breilh, los determinantes estructurales e intermediarios están constituidos en el contexto sociopolítico: tipo de gobierno, políticas económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales.

En cuanto al gradiente social, se encuentra intrínsecamente vinculado a las inequidades en salud, que son una razón de peso subyacente a las grandes diferencias que presenta en el mundo la esperanza de vida. Permite comprender por qué las personas pobres y marginadas enferman más y mueren antes que las personas que gozan de mejor posición social. En México, la posición socioeconómica y la estructura social ha sido afectada por las desigualdades dadas por un contexto históricossocial. Esto incluye la clase social, las relaciones de género y la etnia. Las condiciones de salud de la población indígena se ven afectadas por los factores económicos y las condiciones institucionales; reflejan tanto las inequidades económicas como la limitación en el ejercicio de sus derechos en salud. Todo esto es el resultado de un proceso histórico que ha fomentado la dependencia, la pérdida de identidad y la marginación de esta población.^{20,23}

Los determinantes intermediarios (categorizados en circunstancias materiales-personales) son las condiciones de vida que se manifiestan en prácticas individuales y las características del ambiente, así como las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, la salud, la educación y la vivienda; los logros no obtenidos subyacen por el crecimiento y distribución espacial de la población, para poder garantizar la satisfacción de las necesidades básicas. Los comportamientos biológicos se manifiestan a partir de

la situación de salud de la población genética y los estilos de vida relacionados con las condiciones de riesgo para desarrollar algunas enfermedades, así como los hábitos alimenticios, que inciden sobre el estado nutricional de las personas. En el ámbito psicosocial implica a la comunidad que favorece o facilita el modo de vivir.²³

En cuanto al sistema de salud, el acceso institucional permite incorporar los avances de la ciencia y tecnología al cuidado de la salud; ello modifica radicalmente al país. Así mismo las condiciones de vida de los individuos fortalecidas por políticas públicas y sociales de salud tienen como objetivo dar solución a las necesidades de los sectores más vulnerables de la población.

CONCLUSIONES

Los retos de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) son la implementación de programas estratégicos que fomenten la participación ciudadana e involucren a la comunidad y sus organizaciones no gubernamentales en el cuidado de la salud. A partir de eso, a nivel central, en trabajos intersectoriales, se han desarrollado iniciativas centradas en la promoción a la salud que suponen la participación a la población.

En la historia de la salud en México, la política pública inédita, implícita en el sistema de protección social en salud, se estructura para asegurar que la población abierta cuente con servicios de salud acordes a su economía, con un acceso efectivo, oportuno y de calidad que satisfaga sus necesidades de salud.²⁵ Para lograr una participación colaborativa, se involucra al personal de salud en la etapa preventiva, con diagnósticos oportunos y fomento a la salud en el primer nivel de atención.²⁶

Los determinantes sociales en salud se atienden por medio de programas centrados en la prevención de las disparidades de salud en la población, con las siguientes premisas: repercutir directamente en la salud, predecir con mayor proporción la varianza del estado de salud (inequidad sanitaria), estructurar los comportamientos relacionados con la salud e interactuar mutuamente en la generación de la salud.²³

Es importante explorar cuáles determinantes sociales y mecanismos involucrados en estos procesos conllevan a la aparición del síndrome metabólico y así prevenir los factores de riesgo, ya que ese padecimiento constituye en la actualidad un problema para la salud pública y tiene repercusión tanto en la salud física y psicológica como en el entorno social y económico.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. WHO Obesity related publications. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/en/index.html>

2. García GE et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. *Revista de Salud Pública Méx.* 2008; 50: (6).
3. PRONASA (Programa Nacional de Salud, 2011).
4. Zimmet P, Alberti G, Serrano M. Una nueva definición mundial del síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes: fundamento y resultados. *Rev Cardiológ.* 2005; 58 (12): 1371-1376.
5. Síndrome metabólico. Síndrome X. Disponible en: <http://geosalud.com/diabetesmellitus/smetabolico2.htm>
6. Pérez R. Síndrome metabólico. Un desafío. Una epidemia. Una oportunidad. *Rev Endocrinología y Nutrición.* 2007.
7. Sánchez F, Jaramillo N, Vanegas A. Prevalencia y comportamiento de los factores de riesgo del síndrome metabólico según los diferentes intervalos de edad, en una población femenina del área de influencia de la Clínica Las Américas, en Medellín-Colombia. *Rev Col Cardiol.* 2008; 15 (3): 102-110.
8. González, E. M., Bautista, L., Irigoyen, A. Identificación de factores de riesgo para síndrome metabólico en población aparentemente sana de una unidad de medicina familiar en la ciudad de México. *Rev. Redalyc.* 2009; 11(3): 127-135.
9. Mohan V, Mohan D. Síndrome metabólico en países en desarrollo. *Diabetes Voice.* 2006; (51).
10. Reyna MJ, Ziccardi A. Cohesión social y reducción de la pobreza. Las políticas y programas de cohesión social de la cooperación descentralizada. México; 2012.
11. Olaiz G, Rojas R, Aguilar C, Rauda J, Villalpando S. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud. *Rev. Salud Pública.* 2007; 49 (S.3).
12. Fernández BD et al. Síndrome metabólico en España: prevalencia y riesgo coronario asociado a la definición armonizada y a la propuesta por la OMS. *Rev Esp Cardiol.* 2012; 65 (3): 241-248.
13. González CA, Simental L, Elizondo AS, Sánchez ZJ, Gutiérrez SG, Guerrero RF. Prevalencia del síndrome metabólico entre adultos mexicanos no diabéticos, usando las definiciones de la OMS, NCEP-ATPIIIa e IDF. *Rev. Médica del Hospital General.* 2008; 71 (1): 11-19.
14. Manzur F, Alvear C, Alayon A. Caracterización fenotípica y metabólica del síndrome metabólico en Cartagena de Indias. *Rev Col Cardiólogos.* 2008; 15 (3): 97-101.
15. Schettini C, Schewdt E, Moreira V, Mogdasy C, Chávez L, Bianchi M et al. Prevalencia del síndrome metabólico en una población adulta. *Rev Urug Cardiol.* 2004; 19: 19-28.
16. González-López EM, Bautista SL, Irigoyen CA. Identificación de factores de riesgo para síndrome metabólico en población aparentemente sana de una unidad de medicina familiar en la ciudad de México. *Rev Redalyc.* 2009; 11 (3): 127-135.
17. AVISA, 2006. Años de Vida Saludable
18. INEGI 2008. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática
19. Lalonde M. A new perspective on the health of the Canadians. Ottawa: Minister of Supply and Services of Canada; 1974.
20. Agudelo S, Romero I. Concepto de determinantes de la salud y su estudio. 2010. Disponible en: <http://www.slideshare.net/IvanRomero4/determinantes-sociales-de-la-salud-7652021>
21. Breilh P, Miño J. Epidemiología entrefuegos. Medellín: Memorias de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social; 1994.
22. Castellanos PL. "Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico". Caracas, Venezuela: Cuadernos Médico-Sociales; 1987.
23. Comisión de Determinantes Sociales (CDSS-2008), OMS (2010). Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud; 2005-2008.
24. Breilh P, Miño J. Los determinantes sociales versus determinación social. Brasil; 2012.
25. González-Robledo LM, Nigenda G, González-Robledo MC, Reich M. Separación de funciones en el sistema de protección social en salud. *Salud Pública Méx.* 2011; 53 (4): 416-424.
26. Granados-Cosme JA, Tetelboin HC, Torres CC, Pineda PD, Villa-Contreras BM. Operación del programa del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). La función de los gestores en atención primaria y hospitales. México: Salud Pública. 2011; 4: 402-406.
27. OMS. Atención primaria de salud informe de la comisión internacional sobre atención primaria de salud. Alma-Ata URSS. Ginebra: OMS; 1978. pp. 6-12.

Factores de riesgo perinatal, signos neurológicos blandos y lenguaje en edad preescolar

Patricia Torres Morales,* Dora Elizabeth Granados Ramos**

RESUMEN

Introducción: Los factores de riesgo perinatal son características que pueden presentarse en un periodo de 28 días previos y 28 días posteriores al parto, que incrementan la probabilidad de estructurar una secuela del desarrollo. Los signos neurológicos blandos son indicadores de alteraciones cerebrales mínimas o retardo en la maduración cerebral; ambos factores pueden contribuir en la presencia de dificultades de lenguaje, siendo importante su detección e intervención oportuna. **Objetivo:** Conocer la relación entre factores de riesgo, signos neurológicos blandos y lenguaje en edad preescolar. Se evaluó a 22 preescolares de un jardín de niños de Xalapa, Veracruz, México (11 de sexo femenino y 11 de sexo masculino) con edad promedio de 5 años 8 meses ($DE \pm 4$ meses). **Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo y descriptivo, se aplicaron las pruebas de lenguaje y signos neurológicos blandos de la Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI) y la Subescala Verbal de la Escala de Inteligencia Wechsler para los Niveles Preescolar y Primario en Español (WPPSI por sus siglas en inglés). Mediante una historia clínica y datos de egreso del hospital se documentaron los factores de riesgo perinatales, calificándose con los criterios de CIMIGEN. **Resultados:** Siete casos tuvieron riesgo perinatal bajo, nueve tuvieron medio y seis alto. Once niños no tuvieron dificultades de lenguaje, cuatro presentaron dificultades severas, tres presentaron moderadas y cuatro leves. Se realizó una T de Student al comparar presencia/ausencia de dificultades de lenguaje con el riesgo perinatal y los signos neurológicos blandos, y una ANOVA de una vía al comparar los puntajes de ENI y WPPSI con el riesgo perinatal y los signos neurológicos blandos, con diferencias significativas de $p < 0.05$ al comparar presencia/ausencia de dificultades con marcha, articulación y signos neurológicos blandos totales. **Conclusiones:** Los factores de riesgo perinatal pueden condicionar la presencia de signos neurológicos y dificultades del lenguaje en la edad preescolar. Es fundamental la prevención y detección temprana de los factores de riesgo así como la intervención oportuna ante la presencia de signos neurológicos blandos a fin de evitar la estructuración de dificultades en los procesos de aprendizaje como el lenguaje.

Palabras clave: Riesgo perinatal, signos neurológicos blandos, lenguaje.

Perinatal risk factors, neurological soft signs and language in preschool

ABSTRACT

Introduction: Perinatal risk factors are characteristics present that can occur in a period of 28 days before and 28 days after birth, which increases the possibility of structuring a development sequel. Soft neurological signs are indicators of minimal brain abnormalities or delay in brain maturation; both factors may contribute to the presence of language difficulties, still important detection and intervention. **Objective:** The aim of the investigation was to determine the relationship between risk factors, neurological soft signs and language in preschool. We evaluated to 22 preschool kindergartens from Xalapa,

* Universidad Veracruzana, Doctorado en Investigaciones Cerebrales.

** Universidad Veracruzana, Facultad de Psicología-Xalapa, Laboratorio de Psicobiología.

Correspondencia: Patricia Torres Morales. E-mail: torresmoralespatricia@yahoo.com.mx

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

Veracruz, Mexico (11 female and 11 male) with a mean age of 5 years 8 months ($SD \pm 4$ months). **Material and methods:** Observational, prospective, descriptive, tests were applied Language and Neurological Soft Signs of Neuropsychological Assessment of Children (ENI) and the Subscale Verbal of the Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence in Spanish (WPPSI). By a medical history and hospital discharge data were documented perinatal risk factors, qualifying with CIMIGEN criteria. **Results:** Seven cases had low perinatal risk, nine medium risk, and six high risk. Eleven children had no language difficulties, four had severe difficulties, three moderate and four mild. We performed a Student's T-test to compare the presence/absence of language difficulties with perinatal risk and neurological soft signs and one-way ANOVA to compare ENI-WPPSI scores with perinatal risk and soft neurological signs, with differences significant at $p < 0.05$ when comparing presence/absence of language difficulties with march, articulation and total neurological soft signs. **Conclusions:** Perinatal risk factors may determine the presence of neurological signs and language difficulties in the preschool years. Is essential the prevention and early detection of risk factors as well as early intervention in the presence of soft neurological signs in order to avoid structuring difficulties in learning processes such as language.

Key words: Perinatal risk, neurological soft signs, language.

INTRODUCCIÓN

Los primeros cinco años de vida se consideran como los más relevantes en el desarrollo del lenguaje, ya que en ellos se deben consolidar los aspectos fonológicos, semánticos, sintácticos y pragmáticos que le permitirán al niño desarrollar un lenguaje adecuado, sin la presencia de dificultades de expresión o comprensión.¹

En la etapa preescolar, que en México abarca de 3 a 5 años de edad, se fortalecen y consolidan los aprendizajes necesarios para la adquisición de conocimientos más complejos durante la etapa escolar, entre éstos, la adquisición de la lectura y la escritura.²

Durante la etapa preescolar pueden observarse dificultades en el aprendizaje y la adquisición del lenguaje, pudiendo ser resultado de la presencia de factores de riesgo perinatal y signos neurológicos blandos que no han sido documentados a profundidad y que pueden terminar por limitar el desarrollo íntegro del niño.³

En el periodo perinatal, comprendido entre los 28 días previos y los 28 días posteriores al nacimiento, se encuentran factores de riesgo definidos como características o circunstancias observables o detectables en un individuo de algún hecho que se asocia con la probabilidad de padecer, desarrollar o estar expuesto a un proceso morbido y a su subsecuente secuela.⁴ Estos factores pueden ser de tipo biológico, ambiental, comportamental o de estilo de vida, relacionados con la atención a la salud, socio-culturales y socioeconómicos, considerándose tanto los riesgos maternos como los del niño en la vida intrauterina y del recién nacido. La interacción de factores de riesgo biológicos, sumados a otros derivados del medio social y ambiental, aumenta el efecto aislado de cada uno de estos factores de riesgo.⁴

Según el número de factores presentados, el riesgo se clasifica en tres niveles: bajo, medio y alto. En el riesgo bajo

se ubican los casos en los que no se encuentran presentes factores que pongan en riesgo la salud de la madre o el niño, donde ambos tiene condiciones de normalidad estables; en el riesgo medio se ubican los casos en los que existen factores de riesgo que, de no atenderse con eficacia, pueden agravarse y generar daño a la madre, al feto o al recién nacido; y en el riesgo alto, se encuentran los casos donde existen factores de riesgo con alta probabilidad de daño al feto, a la madre o al recién nacido.^{5,6}

Los signos neurológicos blandos, considerados como indicadores de alteraciones cerebrales mínimas o de retardo en la maduración cerebral^{7,8} pueden contribuir, junto a los antecedentes de riesgo perinatal, a la estructuración de dificultades en el aprendizaje preescolar y en áreas tan importantes como el lenguaje.

En la edad preescolar pueden presentarse dificultades en la articulación de ciertos fonemas, tales como las dislalias, donde no existen patologías del sistema nervioso central que originan dificultades articulatorias, y que producen severos retrasos en la comunicación oral del niño y el desarrollo de aprendizajes como la lectoescritura. La presencia de dificultades del lenguaje debe ser considerada desde etapas tempranas, para evitar secuelas mayores que obstaculicen el desarrollo del niño.¹

El objetivo de la presente investigación fue conocer la relación entre factores de riesgo, signos neurológicos blandos y características del lenguaje del niño preescolar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, prospectivo y descriptivo con 22 niños preescolares inscritos en un jardín de niños oficial de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México, con una edad promedio de cinco años ocho meses ($DE \pm 4$ meses); 11 de sexo femenino y 11 de sexo masculino, con un nivel socioeconómico bajo.

A cada sujeto se le aplicó la Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI)⁹ y la Escala de Inteligencia Wechsler para los niveles Preescolar y Primario en Español (WPPSI por sus siglas en inglés).¹⁰ Para esta investigación, se consideraron los resultados de las subpruebas correspondientes a lenguaje (repetición, expresión y comprensión) y signos neurológicos blandos de la ENI, y los resultados de la subescala verbal de WPPSI para obtener el cociente intelectual verbal (CIV) de cada sujeto.

Los puntajes de las subpruebas de lenguaje se calificaron mediante los rangos de la ENI como: > 75, por arriba del promedio (AP); de 75 a 26, promedio (P); de 25 a 11, promedio bajo (PB); de 10 a 3, bajo (B), y < 2 como extremadamente bajo (EB).

Se contó el número de signos neurológicos blandos presentado por cada niño, valorándose aspectos como la capacidad de marcha (marcha sobre una línea recta, en puntas y brincar con ambos pies), el agarre del lápiz (tipo de pinza al tomar el lápiz), la articulación, (repetición de fonemas y detección de los que están mal articulados), la agudeza visual (uso o no de anteojos), la agudeza auditiva (detección de sonidos débiles realizados con la fricción de los dedos de la mano), la discriminación derecha-izquierda (en él mismo y en otras personas), el seguimiento visual (valorando la presencia de asimetrías y/o nistagmo), la extinción táctil (identificación alternada del tacto ligero en sus manos), la extinción visual (detección del campo visual derecho e izquierdo), la disdiadococinesis (capacidad para realizar movimientos alternados de las manos), movimientos de oposición digital (presencia de movimientos lentos, asimetrías o movimientos asociados al tocar los dedos de ambas manos con el dedo pulgar) y la lateralidad manual (diestra, zurda o mixta).

El CIV se calificó mediante los rangos de puntaje de la escala WPPSI en: < 130 como muy superior (MS); de 129 a 120 como superior (S); de 119 a 110 como promedio alto (PA); de 109 a 90 como promedio (P); de 89 a 80 como promedio bajo (PB); de 79 a 70 como límite (L), y < 69 como muy bajo (MB).

Mediante una historia clínica y la hoja de egreso hospitalaria de cada niño, se documentó con las madres de los niños la presencia de factores de riesgo pre, peri y postnatales; los factores de riesgo perinatal encontrados se analizaron con base en la Evaluación Inicial de Riesgo Perinatal (PREVI-Gen II),¹¹ que considera los factores de riesgo relacionados con la madre y el niño.

Los indicadores de riesgo perinatal de la madre son el nivel socioeconómico, la edad al momento del parto, la escolaridad, la estatura, el estado civil, la paridad, dificultades en el parto anterior, número de abortos, presencia de enfermedades como diabetes, hipertensión, desnutrición, toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes, sífilis,

SIDA u otras enfermedades de tipo infeccioso, presencia de tabaquismo, alcoholismo o consumo de drogas lícitas y/o ilícitas, la presión arterial durante el embarazo y el parto, el aumento de peso total durante el embarazo y la salud de hijos previos al nacimiento (bajo peso, malformaciones, nacimiento prematuro o muerte neonatal).

Los indicadores de riesgo perinatal del niño se documentan según sus características en el periodo de vida intrauterina y de recién nacido. En la vida intrauterina, los indicadores fueron los movimientos fetales, la presencia/ausencia de hemorragia genital, la amenaza de aborto, las características del líquido amniótico, la presencia/ausencia de malformaciones, la duración del trabajo de parto, el tipo de nacimiento, la posición fetal y la presencia/ausencia de trauma fetal. En el recién nacido, los indicadores fueron el peso al nacimiento, la calificación APGAR al minuto y a los cinco minutos, la edad gestacional, si requirió maniobras de reanimación, si presentó insuficiencia respiratoria, hipoxia, ictericia y/o cianosis, las características de su llanto, la presencia/ausencia de convulsiones al nacimiento, las características de la succión-deglución, las características de la fontanela, la presencia/ausencia de opistótonos, el tono muscular, la prensión y las características de la búsqueda de objetos y rostros del recién nacido.

A los factores de riesgo perinatal, se les asignó un nivel de riesgo según lo establecido en los criterios del Centro de Investigaciones Materno-Infantil (CIMIGen).¹¹ Los indicadores de la madre y el niño se conjuntaron para obtener los niveles de riesgo de cada niño, clasificándose con dos indicadores para riesgo alto, tres para riesgo medio y cinco para riesgo bajo.

Se realizó una T de Student para comparar estadísticamente el número de signos neurológicos blandos según la presencia/ausencia de dificultades de lenguaje, y una ANOVA de una vía para comparar el nivel de riesgo perinatal y los signos neurológicos blandos según los puntajes de lenguaje (repetición, expresión y comprensión) de la ENI y el CIV del WPPSI, usando el programa estadístico JMP 8.

RESULTADOS

En relación con el análisis de los factores de riesgo, se encontró que el 27% de los participantes (seis casos) presentaron riesgo perinatal alto, el 41% (nueve casos) tuvieron un riesgo perinatal medio y el 32% (siete casos) tuvieron un riesgo perinatal bajo.

Los indicadores que tuvieron mayor frecuencia en el nivel de riesgo alto y medio fueron un nivel socioeconómico muy bajo y bajo. La edad de la madre durante el embarazo fue mayor de 30 años o menor de 20. La duración del trabajo de parto fue igual o mayor a nueve horas. El nacimiento

fue por cesárea programada o urgente. Hubo presencia de trauma fetal de uno a dos abortos espontáneos anteriores y amenaza de aborto durante el embarazo. El aumento total de peso durante el embarazo fue de 15 a 20 kilogramos y el peso del niño al nacer fue de 3,700 a 4,000 gramos.

Según el sexo de los participantes, en el nivel de riesgo alto se ubicó un 9% de las niñas (dos casos) y 18% de los niños (cuatro casos); en el nivel de riesgo medio, un 23% de las niñas (cinco casos) y 18% de los niños (cuatro casos); y en el nivel de riesgo bajo, 18% de las niñas (cuatro casos) y 14% de los niños (tres casos) (Figura 1).

En cuanto a las características del lenguaje, el 50% de los niños (once casos) no presentaron dificultades de lenguaje; el 50% (11 casos) tuvieron dificultades de lenguaje. De los participantes sin dificultades de lenguaje, tres casos reportaron un riesgo perinatal alto y cuatro casos, respectivamente, presentaron riesgo medio y riesgo bajo; de los participantes con dificultades del lenguaje, tres casos reportaron riesgo alto, cinco casos presentaron riesgo medio y tres casos, riesgo bajo (Figura 2).

Todos los participantes tuvieron un CIV promedio. En repetición del lenguaje, el 18% tuvo puntajes bajos (PB, B y EB), el 41% puntajes promedio (P) y el 41% restante, obtuvo puntajes superiores al promedio (AP); en expresión, el 91% tuvo puntajes promedio (P) y el 9% puntajes superiores al promedio (AP); y en comprensión, el 5% tuvo puntajes bajos (EB), el 73% puntajes promedio (P) y el 23% puntajes superiores al promedio (AP).

Los signos neurológicos que se presentaron con más frecuencia fueron dificultades en la marcha, problemas para discriminar derecha e izquierda, dificultades para realizar movimientos coordinados de dedos (oposición digital) y manos (disdiadococinesis) y problemas articulatorios (Cuadro 1).

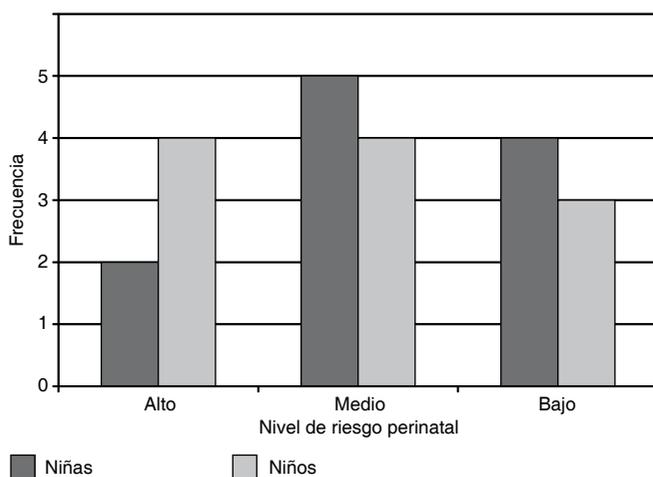


Figura 1. Distribución de los niños por nivel de riesgo perinatal y sexo.

Las dificultades del lenguaje encontradas en este estudio fueron de tipo articulatorias, principalmente, dificultades para la pronunciación de los fonemas /t/ y /r/ al inicio, en medio o al final de las palabras, al modificar el sonido por uno semejante como “pela” por “pera” o “tambol” por “tambor”. En la pronunciación de /t/ en grupos consonánticos donde le antecedía o precedía otra consonante, siendo sustituido el sonido de /t/ por /l/ en los grupos consonánticos /br/, /pr/, /gr/, /fr/, /tr/, /dr/ y /kr/, por ejemplo, dijo “blazo” por “brazo”, “pleso” por “preso”, “tigle” por “tigre”. En los grupos consonánticos /rk/, /rb/ y /rd/ omitieron el sonido de /r/ como en “ábol” por “árbol”, y “godo” por “gordo”. Además, se observaron omisiones del sonido /l/ en los grupos consonánticos /fl/, /kl/, /gl/, /pl/, /bl/, /ls/ y /ld/, por ejemplo, dijo “gobo” por “globo” y “pátano” por “plátano”. Al realizar T de Student, se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar presencia/ausencia de dificultades del lenguaje con la marcha ($F = 8.36 p < 0.009$), la articulación ($F = 12.08 p < .002$) y el total de signos neurológicos blandos presentados ($F = 20.66 p < 0.002$), en donde el grupo de niños con dificultades de lenguaje presentaron

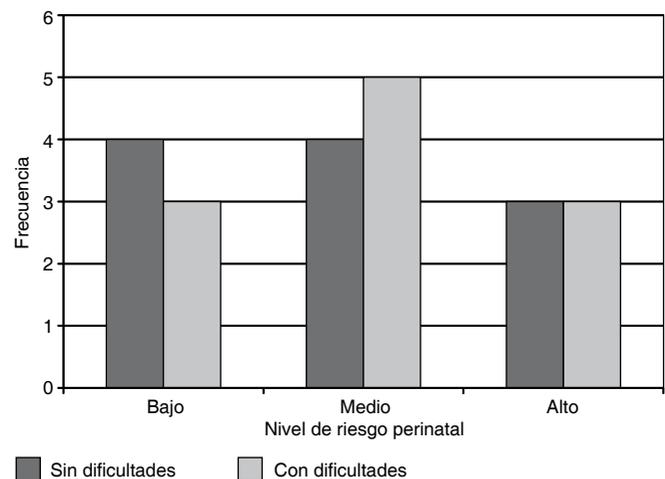


Figura 2. Distribución de los niños por nivel de riesgo perinatal y lenguaje.

Cuadro 1. Frecuencia de los signos neurológicos blandos según el nivel de riesgo perinatal presentado por los participantes.

Signos Neurológicos Blandos	Riesgo Perinatal		
	Bajo	Medio	Alto
Discriminación derecha-izquierda	7	9	5
Marcha	3	8	3
Oposición digital	3	7	4
Disdiadococinesis	2	4	4
Articulación	2	4	3
Seguimiento Visual	0	2	1

mayor número de signos neurológicos blandos totales, así como mayor número de dificultades de motricidad gruesa en la marcha y articulatorias.

En el análisis ANOVA de una vía, se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los grupos por percentiles en repetición del lenguaje de ENI con el número total de signos neurológicos blandos ($F = 16.33$ $p < 0.01$) y la articulación ($F = 31.53$ $p < 0.01$), donde los participantes con puntajes EB y B presentaron el mayor número de signos neurológicos blandos y problemas en la articulación fonémica.

DISCUSIÓN

Durante la etapa preescolar, es fundamental un adecuado desarrollo del lenguaje, ya que éste favorecerá la adquisición de nuevos aprendizajes tales como la lectoescritura en la edad escolar; sin embargo, la presencia de factores de riesgo perinatal podría dificultar el aprendizaje del lenguaje.

Los niños con factores de riesgo durante la gestación y al momento del nacimiento son más propensos a presentar dificultades en la adquisición del lenguaje, e incluso a padecer algún trastorno subsecuente del lenguaje.¹² Las dificultades del lenguaje pueden estar asociadas con el nivel de riesgo perinatal, ya que mientras mayor sea el número de factores de riesgo, mayores serán las implicaciones cognitivas que dificulten la adquisición de procesos aprendidos como el lenguaje.⁵ En nuestros resultados encontramos que el 68% de los niños reportaron un nivel de factores de riesgo perinatal medio a alto, lo que nos indica la gran presencia de factores de riesgo perinatal que podrían estar afectando el desarrollo de los niños preescolares.

Los datos obtenidos en esta investigación nos permitieron conocer cuál es la relación entre los factores de riesgo, los signos neurológicos blandos y las características del lenguaje de los niños evaluados, ya que se observaron diferencias en el lenguaje de los niños según su nivel de riesgo perinatal y los signos neurológicos blandos de cada caso, por lo que se podría considerar que el objetivo se cumplió satisfactoriamente.

En el estudio, encontramos que la edad de la madre en cuanto a ser mayor de 30 o menor de 20 años, la presencia de trauma fetal, abortos anteriores o amenaza de aborto fueron los factores más reportados por las madres de los niños con dificultades de lenguaje, coincidiendo con investigaciones previas que han encontrado asociación de las variables mencionadas con la presencia de trastornos del lenguaje.¹³ Se ha documentado que otras complicaciones obstétricas influyen en el deterioro del lenguaje, como el caso de la privación del oxígeno en periodos perinatales y al momen-

to de nacimiento, donde niños con antecedentes de asfixia o hipoxia presentaron problemas del habla posteriores.¹⁴ Asimismo, se ha reportado que el bajo peso al nacer, si bien no es un factor de riesgo específico en los casos con problemas del lenguaje, sí representa un factor de riesgo implicado en dificultades cognitivas, como el retraso mental, o problemas perceptuales y motores;¹⁵ en nuestros casos, al contrario de un bajo peso, encontramos que prevaleció un peso mayor a los 3,500 gramos al nacer; en la literatura se describe que el sobrepeso del recién nacido está asociado con factores como el tabaquismo de la madre y malos hábitos al dormir.¹⁶

Otro de los factores de riesgo reportado en nuestros resultados fue el nivel socioeconómico bajo, el cual puede influir en el desarrollo del niño, ya que se ha reportado que escasos recursos económicos y/o de bajo nivel educativo de la madre se asocian a un nivel de riesgo más alto, que el de los niños de madres con un nivel socioeconómico de medio a alto y con un mayor número de años de estudio.¹⁷

La prevención de un trastorno específico del lenguaje implica identificar los factores de riesgo perinatal de los niños antes de que se estructure la dificultad, y así no sólo se prevendrían las dificultades de lenguaje sino también, el impacto que éstas pueden tener en otras áreas del aprendizaje como la lectura y escritura, ya que está demostrado que el aprendizaje de la lectoescritura está relacionado directamente con la expresión y comprensión del lenguaje.¹²

En cuanto a las evaluaciones neurológicas como parte de la valoración del desarrollo en la etapa preescolar, los signos neurológicos blandos, al ser indicadores de retardo en la maduración cerebral⁶ proporcionan una herramienta dentro de la detección de características que pudieran impedir la adquisición y desarrollo adecuado del lenguaje. Se ha reportado que el trastorno específico del lenguaje puede ocurrir en niños sin evidencia de algún tipo de discapacidad neurológica; sin embargo, esto no implica que no existan irregularidades del sistema nervioso central.¹² La presencia de pequeñas irregularidades en el desarrollo y la maduración del sistema nervioso pueden influir en la presencia de dificultades del lenguaje, coincidiendo con nuestros resultados, donde todos los participantes presentaron signos neurológicos. Nosotros describimos que las dificultades para caminar sobre una línea recta se observaron en los niños con problemas de lenguaje, dichas dificultades podrían relacionarse con dificultades en las coordinaciones motoras necesarias para la escritura.¹⁷

La identificación de los factores de riesgo prenatales, perinatales y postnatales es una herramienta que permite conocer cómo impactan en el desarrollo cognitivo del niño. La intervención temprana inmediata a la detección

de los factores de riesgo presentes en cada caso permitirá prevenir la estructuración de secuelas como los trastornos del lenguaje.¹⁸ Identificar a los niños con riesgo perinatal en el momento del nacimiento y conocer la presencia de signos neurológicos blandos a lo largo de la vida del niño, cuando el lenguaje no está presente y conforme se vaya adquiriendo, desarrollando y consolidando, puede facilitar la prevención de las dificultades del lenguaje en etapas preescolares.¹²

CONCLUSIONES

Factores de riesgo perinatal pueden condicionar la presencia de un mayor número de signos neurológicos blandos e influir en dificultades del lenguaje presentadas durante la edad preescolar.

Es fundamental la prevención y detección temprana de los factores de riesgo y la intervención oportuna ante su detección y la presencia de signos neurológicos blandos en etapas neonatales y durante los primeros años de vida, a fin de evitar que se estructuren dificultades en los procesos de aprendizaje, como el lenguaje.

Las dificultades de lenguaje deben ser detectadas en las primeras etapas de adquisición de éste, para que en etapas escolares no se vea mermado el aprendizaje de la lectoescritura; asimismo deben sugerirse a los padres de familia estrategias para estimular el lenguaje de sus hijos.

Para continuar esta investigación, se deberán analizar posteriormente los factores de riesgo pre y postnatales, así como trabajar con grupos de igual número de niños con distinta severidad en las dificultades de lenguaje para conocer las características propias de cada grupo.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al CONACyT por la beca doctoral número 515188/289332 en investigaciones cerebrales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Azcoaga JE, Bello JA, Citrinovitz J, Derman B, Frutos WM. Los retardos del lenguaje en el niño. Barcelona: Editorial Paidós; 1981.
2. Guzmán GC, Saucedo RC. La investigación sobre alumnos en México: dimensiones y tendencias principales (1992-2002). En: Ducoing WP. Sujetos actores y procesos de formación. México: COMIE; 2005.
3. Bishop DVM. Genetic and environmental risk for specific language impairment in children. International Congress Series 2003; 1254: 225-245.
4. Castillo C. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Washington DC: OPS; 1999.
5. Rivera A, Hernández-Rodríguez L. Importancia del programa de reanimación neonatal. México: Universidad Nacional Autónoma de México UNAM; 2006.
6. Vargas-García C. Sistema de detección y evaluación de riesgo perinatal. México: Centro de Investigación Materno Infantil CIMIGen; 2007.
7. Spreen O, Risser AT, Edgell D. Developmental neuropsychology. New York: Oxford University Press; 1995.
8. Patankar VC, Sangle JP, Shah HR, Dave M, Kamath RM. Neurological soft signs in children with attention deficit hyperactivity disorder. Indian J Psychiatry. 2012; 54 (2): 159-165.
9. Matute E, Rosselli M, Ardila A, Ostrosky-Solís F. Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI): Manual de aplicación. México: Editorial El Manual Moderno; 2007.
10. Wechsler, D. Escala de Inteligencia Wechsler para los Niveles Preescolar y Primario en Español WPPSI. México: Editorial El Manual Moderno; 1981.
11. Centro de Investigaciones Materno-Infantil. Sistema para Detección y Evaluación de Riesgo Perinatal; 1991.
12. Stanton-Chapman TL, Chapman DA, Bainbridge NL, Scott KG. Identification of early risk factors for language impairment. Res Dev Disabil. 2002; 23: 390-405.
13. Sylvestre A, Mérette C. Language delay in severely neglected children: accumulative or specific effect of risk factors? Child Abuse Negl. 2010; 34: 414-428.
14. D'Souza SW, McCartney E, Nolan M, Taylor IG. Hearing, speech, and language in survivors of severe perinatal asphyxia. Arch Dis Child. 1991; 56: 245-252.
15. Tomblin JB, Hardy J, Hein H. Predicting poor communication status in preschool children using risk factors present at birth. J Speech Hear Res. 1991; 34: 1096-1105.
16. Shi Y, De Groh M, Morrison H. Perinatal and early childhood factors for overweight and obesity in young Canadian children. Can J Public Health. 2013; 104 (1): 69-74.
17. Tomblin JB, Smith E, Zhang X. Epidemiology of specific language impairment: prenatal and perinatal risk factors. J Commun Disord. 1997; 30: 325-344.
18. Nation K. Developmental language disorders. Psychiatry. 2008; 7 (6): 266-269.

Lo cotidiano del adulto con cáncer de colon

Gandhy Ponce Gómez, Flor Marlene Luna Victoria Mori***

RESUMEN

Introducción: Tener cáncer se transforma en toda una experiencia de vida; su diagnóstico llega a irrumpir drásticamente en la vida, desarticulando las esferas de la cotidianidad y de la identidad de la persona y de la familia que vive con el paciente con cáncer. **Material y métodos:** Estudio cualitativo basado en cuatro entrevistas a profundidad (hasta el momento) a adultos con cáncer de colon, con el objetivo de profundizar en lo cotidiano de sus vidas y realizar con ello aportaciones en las bases teóricas para el cuidado de enfermería a estas personas y a su familia. **Resultados:** Los participantes constituyen redes sociales significativas; sin embargo, denotan sufrimiento por saberse enfermos de cáncer y por tener una colostomía. Buscan sentirse activos; aspectos corporales de tiempo y de espacio son prioritarios entre sus necesidades, además de que desean minimizar los efectos adversos y los síntomas de su tratamiento. **Discusión:** Estas situaciones de inestabilidad y de necesidad de acompañamiento, de enseñanza y de apoyo son las que deben ser aprovechadas por el personal de enfermería como un instrumento terapéutico. **Conclusiones:** Un cuidado cálido se encuentra en las manos de los enfermeros. El mantener un cuidado de calidad le permite a la persona necesitada de nuestros cuidados vivir más tiempo y más feliz en su entorno familiar y laboral.

Palabras clave: Cáncer, cotidiano, adulto.

Adult everyday with colon cancer

ABSTRACT

Introduction: Having cancer is transformed into an experience of life, diagnosis reached in life drastically break, breaking the spheres of everyday life and of the identity of the person and the family living with him. **Material and methods:** A qualitative study based on four depth interviews (so far) to adults with colon cancer, with the aim of deepening the everyday of their lives and make contributions to the theoretical basis of nursing care to these people and their families. **Results:** Participants, social networks are significant, however shine knowing the suffering of cancer patients and have a colostomy. Looking feel active, bodily aspects of time and space are priorities between their needs and want to minimize adverse effects and symptoms of their treatments. **Discussion:** These situations of instability and the need for support, education and support are the ones to be used by nurses to be a therapeutic tool. **Conclusions:** A warm care is in the hands of nurses, to maintain quality care allows the person in need of our care, live longer and happy in their work and family environment.

Key words: Cancer, everyday, adult.

* *Maestra en Enfermería y Profesora de la Carrera Asociada C de Tiempo Completo. Unidad de Investigación. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.*

** *Doctora. Profesora Principal de Dedicación Exclusiva. Universidad Nacional de Trujillo.*

Correspondencia: Mtra. Gandhi Ponce Gómez. E-mail: gandhy_ponce@yahoo.com.mx

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

INTRODUCCIÓN

Tener cáncer se transforma en toda una experiencia de vida; su diagnóstico llega a irrumpir drásticamente en la vida, desarticulando las esferas de la cotidianidad y de la identidad de la persona y de la familia que vive con el paciente con cáncer. Esta enfermedad infringe su vida provocando la imposibilidad de seguir desarrollando las actividades de siempre; la creciente necesidad y dependencia hacia los otros, las órdenes médicas y las terapéuticas, así como las consecuencias de las mismas, son eventos que rompen o al menos causan fracturas biográficas entre la que era su vida hasta ese momento. Su vida se convierte en un antes y un después. El cáncer reviste toda una carga simbólica, su expresión se manifiesta en la globalidad de las respuestas que desencadena en la persona y no solamente en una parte física: los cambios corporales, el sinnúmero de tratamientos, el aprendizaje de sus cuidados y el vivir con los problemas colaterales, las interacciones sociales habituales alteradas, el contacto con las institucionales de salud, las expectativas sobre su propia vida vuelven complejo su nuevo cotidiano.

En el 2008 en México, el cáncer colorrectal en los hombres ocupó el cuarto lugar dentro de las neoplasias a nivel mundial (después del cáncer de pulmón, de próstata y de estómago) con 550,465 casos nuevos; en las mujeres, se ubicó en el tercer lugar (después del cáncer de mama y de cérvix) con 472,687 casos nuevos (*Gaceta Mexicana de Oncología*, 2010).¹

Las personas en edad adulta son quienes más presentan cáncer de colon, es decir, a partir de los 45 años de edad y hasta los 65 años (Sociedad Mexicana de Oncología, 2008) y son los hombres más que las mujeres quienes padecen este tipo de cáncer (17.6 versus 15.3 por 100,000 habitantes) (Sociedad Mexicana de Oncología, 2010).²

Las afectaciones económicas de la enfermedad, en forma particular en la familia, adquieren gran relevancia, ya que la complejidad de la enfermedad requiere determinar los gastos totales en cáncer de colon considerando varios aspectos (detección precoz, vigilancia, diagnóstico, hospitalización, cirugía, radioterapia, antineoplásicos, atención, honorarios médicos, gastos de laboratorio y medicación necesaria). Los costos más elevados del tratamiento se encuentran durante el estadio inicial de la enfermedad (cirugía y controles).³

Los estudios sobre cáncer, no sólo los que buscan encontrar las causas de su aparición y curación, sino en la comprensión del fenómeno socialmente hablando iniciaron a mediados del siglo XX, en una forma de “conciencia colectiva mundial”. La precipitación de la incidencia del cáncer puede explicarse en razón del envejecimiento de la población y, por lo tanto, un aumento de la cantidad de personas con cáncer; el auge y desarrollo de técnicas diagnósticas que posibilitaron encontrar cáncer en determinados órganos

afectados para los que previamente se diagnosticaban otro tipo de enfermedades.⁴

La antigua medicina hipocrática la llamó *cánker* por su semejanza con los rasgos de los cangrejos o *karkinos*. Antes bien, ya existían referencias de la enfermedad en papiros, cuya procedencia se estima de fuentes de 2500 años a.C. En sí, la palabra cáncer conlleva, además de su significado propio o específico, otro de tipo expresivo o apelativo. A esta palabra se le dan connotaciones tales como “atemorizantes”, “detiene la vida”, “remiten a la enfermedad del otro por excelencia que”, “desde adentro”, “de una manera imperceptible pero implacable”, “va consumiendo y corrompiendo a la persona”.⁵ Se trata, pues, de algo que corroe desde el interior y se experimenta masivamente como lo otro absoluto.⁶ Es el adversario que adquiere su fuerza a partir de la de uno, y al que “atacarlo” implica necesariamente “atacarse”.

Al igual que otras enfermedades con cargas simbólicas, sus datos epidemiológicos la tornan alarmante. Las consecuencias socio-económicas y culturales, así como las investigaciones y esfuerzos en investigación para descubrir las causas del cáncer, los grandes avances para su tratamiento y los cientos de miles de profesionales de la salud que nos dedicamos al cuidado de estas personas en el contexto hospitalario muestran la trascendencia sociocultural de este padecimiento. En América Latina, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2011) durante el periodo 2007-2009, la tasa de mortalidad estandarizada a consecuencia de alguna neoplasia maligna fue de 110.7 muertes por cada 100 mil habitantes; para la región, las tasas más altas se ubicaron en Uruguay (168.4), Cuba (143.3) y Perú (136.6); en contraste, México presentó la tasa más baja de Latinoamérica (75.4), resultado de los esfuerzos que se han llevado a cabo en materia de prevención, atención oportuna y sensibilización entre la población.

La OPS, en sus estadísticas de toda América indica 2.5 millones de personas diagnosticadas cada año, 1.2 millones de muertes por cáncer en 2008 y \$153,000 millones en costos de atención el primer año después del diagnóstico.⁷

No es desconocido que desde el diagnóstico de esta enfermedad, tanto paciente como familiares comiencen a vivir el dolor y el sufrimiento que conlleva, el contexto sociocultural, pero particularmente su subjetividad construyendo y deconstruyendo a cada momento significados en torno a ello. También es de reconocer a todas aquellas personas y núcleos familiares que han movilizad sus recursos personales interiores (subjetividad, personalidad, emociones, entre otros) y sus lazos sociales (pareja, familia, etcétera) para enfrentar este proceso de cambio, llegando a vivir con estos procesos y resultando con éxito en su salud individual y familiar.

El presente reporte es un avance de tesis doctoral que indaga sobre lo cotidiano del adulto con cáncer de colon en México,

donde el objetivo que se persigue es analizar las dimensiones del ambiente cotidiano del adulto con cáncer de colon y se pretende realizar aportaciones en las bases teóricas para el cuidado de enfermería a estas personas y su familia.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio cualitativo fenomenológico con un enfoque descriptivo cualitativo para explorar la cotidianidad y para con ello encontrar en sus dimensiones la singularidad, diversidad psicológica, emocional y social que le dan significado al diario vivir de estas personas. Donde los participantes o informantes clave fueron sujetos adultos del Instituto Nacional de Cancerología, del Distrito Federal, México; del sexo masculino o femenino con la experiencia de haber sido diagnosticados con cáncer de colon desde un año antes.

Respecto al escenario, las entrevistas se realizaron en el lugar de residencia de cada uno de los participantes, y una vez seleccionados los informantes se realizaron las entrevistas individuales a profundidad. Hasta el momento se presentan en este reporte el resultado de cuatro entrevistas a profundidad; sin embargo, se ha aclarado que se trata de reporte de avance, y se pretende seguir registrando más entrevistas hasta llegar a la saturación de los datos. El análisis de datos se inició tras realizar una exploración del material: luego de haber fijado las categorías y definidas las unidades tratando de reconocer en forma objetiva la presencia o ausencia de las categorías en el corpus transcrito, así como realizar una comparación del marco teórico, cuyo sustento principal se basa en los postulados de Henri Lefebvre; posteriormente se comparan con los códigos vivos de los participantes para llevar a cabo el análisis del discurso y se obtienen las categorías correspondientes a la experiencia cotidiana del adulto con cáncer de colon, para llegar así a la saturación de los datos.

La fiabilidad y validez se estimará codificando dos veces cada entrevista para analizar la coincidencia de códigos. Se realizará la contrastación de las percepciones propias y las dificultades de interpretación con expertos en la temática, hasta llegar a un nivel de acuerdo con la asignación de códigos e identificación de unidades de registro, las cuales deberán tener características de exhaustividad, exclusión mutua, homogeneidad, pertinencia, objetividad, fidelidad y tratar de hacer aportaciones productivas en el sustento teórico del cuidado de la persona con cáncer de colon.

El presente estudio se realizará previo consentimiento informado y considerando los artículos que en materia de investigación para la salud establece la Ley General de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1983 y su última reforma el 18 de diciembre del 2007.

COTIDIANIDAD

El ser humano, como individuo social e histórico, se manifiesta en la realidad de acuerdo al desarrollo de su experiencia diaria, es decir, dentro del marco de su vida cotidiana, compleja, única, particular, social y autobiográfica. De acuerdo con el *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*, *cotidiano* proviene del latín *quotidianus*, de *quotidie*, que significa diariamente.⁸ Es así que aquello que lo caracteriza como individuo en la transversalidad y longitudinalidad de su vida representa su día a día, ya sea real o imaginario. Las relaciones y eventos que lo influyen, traspasan y a las que él influye y al mismo tiempo traspasa. Hablar de cotidianidad se hará desde la particularidad, desde lo singular del momento histórico, de la diversidad de las situaciones que confluyen y ayudan a entender y comprender las redes de la sociedad vigente, las formas de relacionarse y de hacer la historia a lo largo de nuestra historia.

El comprender qué es lo cotidiano nos permite analizar situaciones más reales y auténticas desde la biografía individual o de un grupo de personas, siempre inmerso, claro, en su contexto. De acuerdo con Henri Lefebvre, lo cotidiano puede observarse en la trama de las 24 horas de un día cualquiera y de un sujeto anónimo. Las 24 horas son lo cotidiano, o mejor dicho, una de las tantas formas que toma la cotidianidad: "La historia de un día engloba la del mundo y la de la sociedad" (Lefebvre, 1972).⁹ Donde este autor propone la composición de la vida cotidiana por elementos históricos como lo son el espacio, el tiempo, las pluralidades de sentido, lo simbólico y las prácticas.

El *espacio* lo define como un tejido más o menos denso de redes y ramificaciones, que cuenta con aspectos objetivos y subjetivos. Por ejemplo, sitúa a lo subjetivo en su relación con el entorno de un individuo y de un grupo, es el horizonte dentro del cual se sitúan y viven los individuos; mientras que objetivamente se relaciona con lo durable.¹⁰ El espacio constituye un referente y lugar que es dotado de sentido por los sujetos y al mismo tiempo, este espacio le da sentido a los actores en lo cotidiano. El espacio de la vida cotidiana de Lefebvre es el de la práctica de los actores, el cual se encuentra cargado de significados y también es delimitado tanto en el desplazamiento físico como delimitado en la experiencia en sí misma para el sujeto.

Las pluralidades de sentido, Lefebvre considera que son los sentidos parte de la vida cotidiana, ubicándolo en términos de pluralidad, esto significa que las interpretaciones que se le den a algún espacio, objeto o tiempo pueden tener varios significados, ya sea por la carga emotiva, las vivencias familiares o individuales, el tiempo vivido, etc. Es así como la pluralidad de sentidos es semejante a tener varios puntos de vista que pueden confluir en ciertos elementos espaciales.

Respecto a lo simbólico, lo concibe como representaciones formalizadas y verbalizadas, cada conjunto de símbolos va unido a una temática. Para él, símbolo implica una comunidad o conjunto de individuos que lo reconoce, es connotativo y no denotativo. Por ejemplo, son símbolos el mar, el sol, la montaña, el río y la reflexión; acerca de estos símbolos se lleva a su eficacia emocional directa. El símbolo identifica parcialmente a dos seres, evoca a uno a partir del otro.

Asimismo, para Lefebvre existe en el tiempo social una confluencia entre el tiempo lineal que es derivado de la tecnología, el conocimiento y la racionalidad: la cronometría; y los tiempos cíclicos a los que tienen que ver con la naturaleza. A esta intersección la denominó ritmoanálisis. Existe un tiempo vivido o cotidiano (el ciclo de 24 horas), que es el tiempo de las prácticas de los individuos, el de transcurrir constante, lo cíclico de la repetición de cada día, le evocación; lo que esta imbricado en un tiempo cósmico que tiene que ver con los ritmos de la naturaleza; y ambos pueden encontrarse dentro de un tiempo histórico; y éste en el devenir histórico como esa serie de transformaciones o cambios graduales por los que pasa algo o alguien.

La praxis, o práctica social, no es vista por Lefebvre como situaciones individuales, sino más bien en términos de distintos niveles, desde el biofisiológico hasta el nivel formal y abstracto de los símbolos, la cultura, las representaciones, las ideologías. Existen para él dos tiempos de praxis: la repetitiva, la cual contribuye a reproducir el mundo y su estabilidad, sin implicar alienación; siendo éstas de tipo mecánicas, cíclicas, periódicas, etcétera; mientras que la praxis inventiva o creativa produce una transformación de la cotidianidad. Ambas pueden coexistir, sin ser necesario un equilibrio.

Por lo tanto, lo cotidiano no son las prácticas, ni las prácticas con sentido, sino los encadenamientos y los conjuntos que lo integran, lo que además permite su repetición; son los actos diarios, pero sobre todo el hecho de que se encadenan formando un todo. Lo cotidiano no se reduce a la acción de comer, beber, vestirse... es necesario visualizar el contexto de estas acciones, las relaciones sociales en las cuales toman lugar, particularmente porque el encadenamiento de estas redes se da en un espacio social y en un tiempo social. Se debe tener en cuenta que se trata de una estructura profunda, compleja, de situaciones espacio-temporales que incluyen no sólo a las prácticas, sino también a los deseos, las capacidades, las posibilidades respecto a tiempo, espacio, sentidos, simbolismos, las relaciones con los otros y con lo que posee o desea tener. Todo este conjunto sugiere una entramada y no un mero relato de hechos.

LOS ADULTOS CON CÁNCER DE COLON, SU SITUACIÓN BIOGRÁFICA Y CONTEXTO SOCIOCULTURAL

El contexto se refiere al entramado o tejido de significados provenientes del medioambiente o entorno, que impresionan el intelecto o campo de conocimientos de un grupo humano, como parte integrante de su cultura y su visión de mundo o cosmovisión, se trata de todo aquello que forma parte del medioambiente o entorno y resulta significativo en la formación y desarrollo de un grupo humano específico: "El contexto no es un molde estático de representaciones culturales sino que es una «arena» activa en la cual el individuo construye su comprensión del mundo y que está conformada tanto por los contenidos culturales tradicionales, como por las necesidades y expectativas individuales y colectivas que surgen del contacto con la sociedad amplia."¹¹ Y estos contextos son lo que a continuación se describirán como situación biográfica y sociocultural de cada participante:

S1: Mujer de 55 años de edad, de nacionalidad mexicana, y de ocupación ama de casa. La entrevista fue realizada en su domicilio. El nivel de escolaridad de la participante fue secundaria terminada. Su familia nuclear está compuesta por esposo y dos hijos varones de 20 y 17 años de edad, todos ellos de religión católica. Residente de la colonia Balbuena en el Distrito Federal. Está casada desde hace 23 años con un hombre de 57 años, empleado del gobierno de profesión. Se encuentra en tratamiento desde hace seis meses por diagnóstico de cáncer de colon y trata de seguir en las labores de la casa y lava ropa ajena para realizar junto con su esposo aportación económica al gasto de la casa. Es portadora de una colostomía permanente y acude al hospital a recibir quimioterapias mensuales. Para su tratamiento, debe de estar hospitalizada uno o dos días en cada sesión, lo que implica para ella angustia por dejar su hogar, sus actividades y responsabilidades en el hogar.

S2: Hombre de 47 años, de nacionalidad mexicana y plomero de oficio. La entrevista se inició en el Instituto de Cancerología y se continuó en su domicilio. El nivel de escolaridad del señor es primaria terminada. Es originario de Toluca, Estado de México, y actualmente vive en la Colonia La Moderna en el Distrito Federal. Su familia nuclear está compuesta por esposa de 43 años que se dedica a las actividades del hogar y dos hijos varones de 15 y 11 años de edad que están estudiando secundaria y primaria respectivamente. La familia es de religión católica. Su tratamiento implica una colostomía permanente desde hace 11 meses desde que le fue diagnosticado cáncer y asistir al hospital a recibir quimioterapias cada tres semanas. Para su

tratamiento debe de estar hospitalizado uno o dos días en cada sesión, situación que le es muy complicada y molesta. Manifiesta sentirse solo e ignorado en el hospital.

S3: Hombre de 48 años, mexicano, labora para la Comisión Federal de Electricidad. La entrevista se realizó en su domicilio. El nivel de escolaridad del señor es secundaria terminada. Es originario y residente del Distrito Federal, vive en la Colonia Prohogar. Su familia nuclear y de religión católica está compuesta por esposa de 39 años y dos hijos: una hija de 17 y un hijo de 13 años de edad que están estudiando en secundaria y primaria. Su esposa se dedica a las actividades del hogar y lo acompaña en todas sus consultas y tratamientos desde que fue diagnosticado hace nueve meses. Su tratamiento implica tener una colostomía temporal y asistir al hospital a recibir quimioterapias cada mes. Requiere de hospitalización con cada quimioterapia, lo acepta amablemente como parte de su tratamiento y mejoría.

S4: Hombre de 45 años, empleado de gobierno. La entrevista se realizó en su domicilio. Su nivel de escolaridad es técnico administrativo. Reside en el Distrito Federal en la Colonia Romero Rubio. Su núcleo familiar está constituido por esposa de 40 años, que trabaja para el gobierno y tres hijos, un varón de 14 que está estudiando secundaria, una mujer de 11 que está terminando el nivel primario y un varón recién nacido. La religión de la familia es católica. Desde su diagnóstico hace ocho meses, acude al hospital cada tres semanas para recibir quimioterapias y a que valoren su colostomía que ha tenido complicaciones, ya que le duele mucho. La esposa es quien le acompaña en su tratamiento y le apoya en su cuidado.

SIGNIFICADOS ACERCA DEL TIEMPO

Respecto de la categoría tiempo, de ella han surgido varias subcategorías, entre las que se encuentra la continuidad. Respecto al continuo del tiempo, se puede decir que la estructura temporal de la vida cotidiana enfrenta a las personas a una facticidad con la que deben contar, es decir, con la que se debe tratar de sincronizar sus propios proyectos.¹² Conforme se vive con el nuevo proceso, se reajustan planes de vida y se fijan límites en el tiempo. Entre las diversas esferas en las que el impacto de un diagnóstico oncológico “resuena” para una persona, está su perspectiva de la temporalidad y de continuo. Notamos que las experiencias del cáncer que los pacientes más recuerdan son las de casos fulminantes. Recuerdan constantemente aquellos casos en que otras personas han sufrido trágicos y rápidos desenlaces, piensan en el futuro inmediato de muerte.

Otra subcategoría es la duración del tiempo, donde el conocimiento de la muerte inevitable para cada uno hace que este tiempo sea limitado para cada individuo, se cuenta

sólo con una determinada cantidad de tiempo disponible para realizar sus proyectos, y este conocimiento afecta su actitud hacia esos proyectos. Ahora la enfermedad ha afectado sus tiempos de vida y por tanto sus proyectos, en algunos alarga el tiempo, y en otros ya no les alcanza el tiempo para cumplir lo que tenían planeado. En algunas narrativas se vislumbra que las personas sentían que debían aprender a aprovechar cada instante para disfrutar, para vivir, para ser felices y estar con las personas queridas. Y esto es reflexionado, ya que aparece en el horizonte de sus vidas un final por el diagnóstico de cáncer y que antes no era más que una posibilidad remota y abstracta.

Un largo periodo parece acabarse, aquel donde las interrogaciones del presente debían encontrar su respuesta en el futuro. Aquel donde la cuestión principal era preparar el porvenir, programar la economía y la sociedad a largo plazo.¹³ El futuro se hace presente en sus expectativas, de acuerdo con lo que las personas rememoran sobre situaciones en las que vieron lo que les sucedía a otros con su mismo diagnóstico (Koselleck, 1993).¹⁴

Y la historicidad como última subcategoría del tiempo, ya que historicidad implica etapas de vida, señaladas en una línea cronológica desde que el sujeto nace hasta que muere. La misma estructura temporal proporciona la historicidad que determina la situación en el mundo de la vida cotidiana: se nace en una determinada fecha, se ingresa en la escuela en otra, se empieza a trabajar en una profesión en otra, etc. Estas fechas, sin embargo, están “ubicadas” dentro de una historia mucho más vasta, y esa “ubicación” conforma decididamente su situación.¹² Así es como la persona con cáncer tiene presente que existe un antes y un después del diagnóstico de su enfermedad, ya sea para contar el tiempo que siente le resta o para aprovechar y luchar por la vida.

S2E1: Desde que me enfermé todo cambió en mi vida, mi familia, mi trabajo, hasta mi cuerpo.

SIGNIFICADOS ACERCA DEL ESPACIO

El espacio de la vida cotidiana del sujeto se encuentra cargado de significados; Lefebvre, por ejemplo, sitúa a lo subjetivo en su relación con el entorno de un individuo y de un grupo, es el horizonte dentro del cual se sitúan y viven cada individuo; mientras que objetivamente se relaciona con lo durable.¹⁰ Así mismo, este espacio se vuelve el contexto situacional de los sujetos, que para el presente trabajo son mexicanos, que están en un espacio laboral, al mismo tiempo que en un espacio personal, familiar y, en el momento, en el espacio hospitalario. A este respecto el espacio laboral, se ve particularmente afectado ya que al ser portadores de una colostomía se les visualiza como incapacitados para seguir ejecutando sus ac-

tividades en el trabajo. Se pone de manifiesto la importancia del espacio laboral para atravesar el camino y seguir con su vida casi en la normalidad:

S3E1: Trato de trabajar, pero los jefes me dicen que ya no debo de asistir por mi herida, ya les explicaron en mi nota médica que debo continuar trabajando normalmente, pero no lo entienden. Yo quiero trabajar, eso me distrae, me hace sentir útil y ocupado.

El espacio personal se limita a su habitación en los casos estudiados, se sitúan en su conversación consigo mismos, buscan estar solos para pensar sobre el proceso que están viviendo, ya sea para que se manifiesten en ellos sentimientos de tristeza y fracaso o para tomar valor y puedan seguir luchando.

En tanto que su espacio familiar, éste es acompañado por su familia, y particularmente por su pareja. La familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio, es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Richard Jolly afirma que “las familias representan mucho más que cuidado y apoyo mutuo. Para muchos de nosotros constituye el espacio en el que realizamos nuestras más profundas experiencias humanas. Intimidad y pasión, identidad e individualidad, conexión con el pasado y la creencia sobre el futuro, todo deriva de ese pequeño nexo. Porque los más profundos sentimientos humanos tienen su fuente en la familia”.¹⁵ El espacio familiar también es donde la mayor parte del tiempo se hace frente a los procesos, a las adversidades, o donde se tratan de armonizar las vivencias y afianzar el amor. La persona con cáncer y su familia en este espacio viven más de su cotidiano que en cualquier otro lugar, y al tiempo les favorece para transcurrir el día o para disfrazar sentimientos y evitar verdades que se encuentran sobre la mesa, pero que duele enfrentarlas:

S2E1: Todos ellos se quedan callados, ya saben que estoy enfermo, [con] mi señora habló, con ellos, y todos sabemos que esto es muy malo, muy malo, que me moriré (solloza, llora, se enjuga sus lágrimas). No quiero morirme y además dejarlos solos.

Otro espacio, muy importante no por el tiempo que se pase en él, sino por los significados que se le atribuyen es el del Hospital. Existe una gran influencia del espacio físico hospitalario sobre la persona enferma y su familia y en cómo se adaptan a este entorno considerado como hostil. También es el contexto donde pueden o no entramarse las relaciones humanas entre enfermera y la persona que requiere cuidado. En este espacio físico se somete a la per-

sona a un tratamiento altamente agresivo para su cuerpo, y al mismo tiempo se le quita la oportunidad de opinar acerca de sus sentimientos y a someterse a la voluntad de otros (médicos, enfermeros y resto del equipo de salud). Entran a formar parte de este espacio tanto el equipo de salud, como la persona que recibe el tratamiento. Se analiza qué poco es lo que puede hacer la persona con cáncer cuando se encuentra hospitalizada y el sentimiento más frecuente es el aislamiento:

S3E1: El hospital es un espacio, ya he pasado mucho tiempo allí desde mi enfermedad, paredes frías, colores pálidos y caras insensibles que no nos ayudan, y lejos de ayudarnos, parece que ya no nos cuentan en esta vida.

SIGNIFICADO ACERCA DEL CUERPO

El cuerpo, en la literatura sociológica y fenomenológica, ha suscitado gran interés y contribuido a una mayor comprensión de las enfermedades crónicas. En la fenomenología, el cuerpo no es una máquina meramente extrínseca, sino el centro vital, que en el caso de la enfermedad “se puede ver como la ruptura de la habilidad del paciente de negociar el mundo”.¹⁶

El cuerpo es el vehículo del ser-del-mundo y poseer un cuerpo es para un viviente conectar con un medio definido, confundirse con ciertos proyectos y comprometerse continuamente con ellos. En la vivencia de este mundo, figuran objetos manejables, una fuerza de movimiento que va hacia él y en él, aún figuran proyectos como escribir o tocar el piano, el enfermo encuentra la certidumbre de su integridad.¹⁷ El cuerpo, como la parte encarnada de la persona, se ve transformado, la enfermedad y el tratamiento se vuelven un ataque al cuerpo físico. La enfermedad progresiva o crónica lo hace desencarnarse, es decir, es la experiencia de sentirse diferente, sentirse transformado para mal y con menos capacidades físicas que cualquier otra persona.

Se visualiza y se siente un cuerpo envejecido, dañado, o en constante deterioro por la enfermedad y por el tratamiento; de hecho, sienten a su cuerpo independiente de ellos mismos (*self*) y que ahora como sujetos de cuidado y seres dependientes de atención, no son agradables para verse, ser acompañados, convivir con ellos o incluso para ser amados y cuidados. La experiencia del cuidado, en palabras de Dela Cuesta, se convierte en un cuerpo médico y en uno habitual del cuidado. El cuerpo médico se entiende como el “terreno de la práctica médica”,¹⁸ surge cuando es objeto de procesos médicos (desde el diagnóstico al tratamiento); suele ser un cuerpo enfermo, que entra en crisis, es un cuerpo extraordinario que reclama una acción inmediata.¹⁹

S2EI: Cuando respiro, siento mi aroma, huelo a desechos, esto no es vida. Encima, apenas tengo tres meses de quimioterapia y ya no tengo pelo, estoy amarillo. Me da miedo verme al espejo, mi cuerpo es otro, he cambiado, ya estoy flaco, ojeroso, tengo cara de enfermo. Por eso ni me quito la gorra y sigo usando mis camisas de siempre, aunque me vea flaco.

En la enfermedad, el cuerpo se distancia de ese *yo* y se convierte en algo extraño, aunque especialmente relevante, sobre lo que la persona tiene un control limitado.²⁰ Y en otra dimensión se encuentra el cuerpo habitual del cuidado, en el que el cuidador, ya sea el familiar o el enfermero, deben de hacer lo posible por apoyarlo, sanarlo, reconfortarlo, darle soporte para que funcione dentro de sus actividades cotidianas. El cuerpo habitual se considera aquel con el cual se vive cotidianamente y que se reconoce dentro de cada persona. Este cuerpo es dado por hecho por la persona, pero también por quienes le rodean, se trata de un cuerpo confiable, un cuerpo que duerme en la noche y que en la mañana despierta descansado para realizar sus actividades de siempre. Es el cuerpo que ha crecido y que se conoce y que ahora se encuentra enfermo, que depende, que se somete a terapias y que sufre las influencias y decisiones médicas para seguir viviendo:

SIEI: Tengo un orificio por el cual hago del baño, me duele, me apena me avergüenza que me ayuden a cambiar la bolsa

La persona manifiesta un cambio en su cuerpo, un cambio en su persona; a final de cuentas, se trata de una despersonalización, ya no se sienten ellos. Experimentan mejorías, pero a la vez grandes decaídas que los hacen experimentar frustración. El cuerpo es una parte también vital de su visualización como personas vinculadas a su entorno, a su familia, a su trabajo, a su pareja y a la vida misma.

DISCUSIÓN

La salud es el estado natural del hombre; la enfermedad, el elemento antinatural; el cuerpo acoge la salud como algo normal. La enfermedad, en cambio, irrumpe de pronto como algo extraño, desde no se sabe dónde acomete el alma asustada y suscita en ella un sinfín de preguntas. Las personas con cáncer entrevistadas para este avance de proyecto manifiestan los sentimientos más opuestos: miedo, fe, esperanza, desánimo, maldiciones, humildad y desesperación. La fuerza emocional de los sujetos es preponderante para continuar con los tra-

tamientos, para seguir con su vida laboral y para continuar entramando las relaciones con sus familiares y su pareja. Estas situaciones de inestabilidad y de necesidad de acompañamiento, de enseñanza y de apoyo son las que deben ser aprovechadas por el personal de enfermería para ser construidas como un instrumento terapéutico. La recursividad de las personas es una trascendente aportación para conocer la vivencia de éstas y a la vez la clave para ayudarlas a adaptarse a estos procesos lo menos dolorosamente posible. El generar un cuidado cálido se encuentra en las manos de los enfermeros, el recibir un cuidado de calidad le permite a la persona necesitada de nuestros cuidados, vivir más tiempo y más feliz dentro de su entorno familiar y laboral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Mexicana de Oncología. Epidemiología del Cáncer de Colon y Recto. Gaceta Mexicana de Oncología. 2010; 7 (4).
2. Op.Cit. Sociedad Mexicana de Oncología. 2010; 7 (4).
3. Jansman FG, Postma MJ, Brouwers JR. Análisis económico sobre los costos del tratamiento del cáncer de colon. *Pharmacoeconomics*. 2009; 25 (7): 537-562.
4. Karpenstein E. "Cáncer- literatura- conocimiento de la personalidad cancerosa a la comunicación total." En: Bongers W, Olbrich T (compiladores). *Literatura, cultura, enfermedad*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2006.
5. Schavelzón, J. *Psique. Cancerología. Psicología –psicoterapia*. Psicofármacos. Buenos Aires: Editorial Científica Interamericana; 1992.
6. Laplantine F. *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol; 1999.
7. OPS. Día Mundial con el cáncer. Comunicado de Prensa [on line], 4 de febrero de 2012 [Consultado el 13 de marzo de 2012]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_cancer_day/es/index.html
8. Real Academia de la Lengua Española. *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima segunda edición, Madrid: Espasa Calpe; 2001.
9. Lefebvre H. *La Revolución Urbana*. Alianza: Madrid; 1972.
10. Lefebvre H. *Critique de la vie quotidienne II, Fondements d'une sociologie de la quotidienneté*, Paris: L'Arche, México: Siglo XXI; 1972.
11. Ministerio de Educación Programa MECCE Rural, Desarrollo Curricular, Escuelas Uni, Bi Y Tri-Docentes. Santiago de Chile; 1992.
12. Berger P, Luckmann, T. *La construcción social de la realidad*. Amorrortu; 1968.
13. Mafesoli, M. *El instante eterno: el retorno de lo trágico en las sociedades posmodernas*. Buenos Aires: Paidós; 2005.
14. Koselleck, Reinhart. *Futuro pasado. Para una semántica de los tiempos históricos*. Barcelona: Ediciones Paidós; 1993.
15. Jolly R. *Sexualidad y familia. Crisis y desafíos frente al siglo XXI*. Buenos Aires: Ed. Noveduc; 2005.
16. Leonard VW. A heideggerian phenomenological perspective on the concept of person. En: *Interpretative phenomenology: embodiment, caring and illness*. SAGE; 1994: 43-63.
17. Merleau-Ponty. *Fenomenología de la percepción*. París: Gallimard; 1945.
18. Lyon ML, Barbalet FM. *Society's body: emotion and the somatization of social theory*. En: Csordas J. editor. *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
19. De la Cuesta Benjumea C. *Cuidado artesanal. La invención ante la adversidad*. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía; 2004.
20. Gallastegui A. *La espiritualidad en la fase terminal*. *Papel de Enfermería. Cuidados paliativos en enfermería*. 2003; 227-239.

Nutrición y rendimiento en atletas con discapacidad intelectual y conocimientos de sus cuidadores

Blanca Estela Hernández Martínez, Ana Olivia Caballero Lambert,* Ana Karen Estrada Salas,* Martha Leticia Guevara Sanginés**, Judith Orozco Méndez****

RESUMEN

Introducción: Se ha demostrado que la población con discapacidad intelectual presenta factores de riesgo en cuanto a salud y nutrición; sin embargo, se cuenta con pocos estudios que caractericen esta problemática. **Objetivo:** Determinar el consumo alimentario, diagnóstico nutricional, rendimiento físico y estado de hidratación en 179 atletas con discapacidad intelectual afiliados a las Olimpiadas Especiales de Guanajuato, provenientes de nueve municipios, así como el nivel de conocimientos y hábitos de hidratación de los padres o cuidadores. **Metodología:** Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. El consumo alimentario se obtuvo mediante un cuestionario semicuantitativo validado (el Sistema de evaluación de hábitos nutricionales y consumo de nutrientes, SNUT); el diagnóstico nutricional se determinó mediante parámetros antropométricos; el rendimiento físico fue evaluado por las pruebas de DIDEFI®; el estado de hidratación fue determinado por la densidad urinaria mediante refractómetro; y el nivel de conocimientos, hábitos de hidratación y nutrición fueron evaluados por dos cuestionarios validados. **Resultados:** Se reporta que el grupo de edad de 11 a 20 años presenta los valores más altos tanto en calorías como en macronutrientes. Con relación al estado de nutrición, el 43.6% presenta algún grado de exceso de peso y el 4.5% bajo peso. Se encontró en las pruebas físicas una tendencia al crecimiento monótono en la fuerza de la mano y abdominales por minuto, una tendencia parabólica en el salto horizontal y una representación azarosa en la flexión del tronco. El 56.42% de los atletas presentaron deshidratación. Se observó que la media en conocimientos es mayor que la calificación del cuestionario de hábitos de hidratación, con diferencia estadísticamente significativa. **Conclusiones:** Los atletas con discapacidad intelectual deben considerarse como un grupo de riesgo por presentar factores como alteraciones en el peso y deshidratación; además la falta de conocimientos en nutrición e hidratación por parte de sus padres puede poner en riesgo su salud y desempeño deportivo.

Palabras clave: Diagnóstico nutricional, rendimiento físico, estado de hidratación, atletas con discapacidad intelectual.

Nutrition and physical performance in athletes with intellectual disability and knowledge level of their caregivers

ABSTRACT

Introduction: It has been proven that the population with intellectual disability presents health and nutrition risk factors; however, there are only a few studies that characterize this problematic situation. **Objective:** The purpose of this study was to determine the food consumption, nutritional diagnosis, physical performance and hydration status of 179 athletes with intellectual disability affiliated to the Guanajuato Special Olympics, from nine cities, as well as the knowledge level and hydration habits of parents or caregivers. **Methodology:** A descriptive, prospective and transversal study has been con-

* *Universidad Iberoamericana León.*

** *Universidad de Guanajuato.*

*** *Universidad Iberoamericana León.*

*Correspondencia: Blanca Estela Hernández Martínez. Universidad Iberoamericana León. Bulevar Jorge Vertiz Campero Núm. 1640, Col: Cañada de Alfaro. 37238, León, Gto. Tel: 7 10 00 00, ext. 2050.
E-mail: blanca.hernandez@leon.uia.mx*

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

ducted. Food consumption was obtained through a validated semi-quantitative questionnaire; the nutrition diagnosis was determined by anthropometric parameters; physical performance was evaluated by the tests DIDEFI®; the hydration status was calculated by urinary density using a refractometer; and the knowledge level, hydration and nutrition habits of the caregivers were assessed by two validated questionnaires. **Results:** The age group 11 to 20 years has the highest calorie and macronutrient ingestion. In relation to the nutritional status: 43.6% is overweight in some degree and 4.5% underweight. A tendency was found in the physical tests to monotonic growth in hand strength and abdominals per minute, a parabolic tendency in horizontal jump and a random representation in trunk flexion. 56.42% of the athletes presented dehydration. Regarding the parents/caregivers, their average knowledge was higher than their grade in the hydration habits questionnaire, with a significant statistics difference. **Conclusions:** The athletes with intellectual disabilities must be considered as a risk group because of factors such as alterations in weight and dehydration, as well as their parents'/caregivers' lack of knowledge in nutrition and hydration, which could risk their health and physical performance.

Key words: Nutrition diagnosis, physical performance, hydration status, athletes with intellectual disability.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el diagnóstico nutricional, rendimiento físico y estado de hidratación de atletas con discapacidad intelectual pertenecientes a las Olimpiadas Especiales de Guanajuato, de las delegaciones de León, Guanajuato, Celaya, Cortázar, Comonfort, Salamanca, Irapuato, San Miguel de Allende y Moroleón, además del nivel de conocimientos y prácticas alimentarios en sus padres y/o cuidadores, de enero a diciembre de 2012?

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud señala que 'discapacidad' es un término general que abarca las deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación, y que a nivel mundial cerca del 10% de la población tiene alguna discapacidad. En México, en el año 2010, las personas con algún tipo de discapacidad eran el 5.1% de la población total.¹⁻²

La discapacidad intelectual (DI) puede ser causada por una lesión, enfermedad o anormalidad cerebral. El síndrome de Down (SD) es la causa más frecuente de retraso. De la misma manera, una persona con parálisis cerebral, autismo, síndromes de Noonan, Williams Beuren o déficit de atención e hiperactividad (SDAH) puede presentar discapacidad intelectual.³

Las personas con DI presentan factores de riesgo de salud y nutrición. Con relación a ellos, en el SD pueden manifestarse cardiopatía congénita, constipación, enfermedad celiaca e hipotiroidismo. Los niños con parálisis cerebral muestran una elevada prevalencia de desnutrición. Las personas con autismo tienen hábitos alimentarios diferentes a los de la población normal, incluyendo pica; pueden presentar deficiencia de fibra dietaria, calcio, hierro, vitamina E y D. En el síndrome de Williams Beuren aparecen hipercalcemia

y alteraciones renales y vasculares. En cuanto al SDAH, como parte del tratamiento se utilizan psicoestimulantes que conllevan a la disminución del apetito.³

La relación entre la dieta y el rendimiento deportivo es importante porque cada nutriente juega un papel específico en el desempeño físico y en la recuperación.⁴ En un estudio de Fernández, se encontró que el 100% de los atletas presentaron un consumo de calorías mayor al porcentaje de adecuación del 90-110%; en cuanto a los macronutrientes, el 100% de los sujetos presentaron un porcentaje elevado de lípidos y disminución en hidratos de carbono y proteínas.⁵

La composición corporal en las personas con DI puede tener diferencias en relación con las personas sin este tipo de impedimento.³ En relación con los parámetros antropométricos, Fernández reportó que, con respecto al índice de masa corporal (IMC), el 100% de las participantes del sexo femenino con SD presentaron sobrepeso.⁵

En cuanto al rendimiento físico, Bofill evaluó la condición física de la población con SD, DI, sin SD y población general, donde encontró los mejores resultados para la población general.⁶

Aunado a un adecuado estado nutricional, el mantenimiento del estado de hidratación es importante para lograr un apropiado rendimiento físico. Algunos estudios reportan que aun en ejercicios de corta duración (20 a 30 minutos) existe pérdida importante de líquido, además de que existen malas prácticas de hidratación. La falta de conocimientos sobre el tema constituye un factor determinante. En un estudio realizado a deportistas infantiles y juveniles sin DI, se encontró que solo el 9% contaba con apropiados conocimientos de hidratación, y que el 62.22% de la población no estaba en condiciones óptimas de hidratación.^{6,7}

En lo relacionado con los cuidadores principales de personas con DI, existen pocos estudios sobre su conocimiento y prácticas alimentarias. Sánchez reportó que, en un estudio

realizado a escolares sin DI y sus padres, un porcentaje alto no conocía la imagen del plato del bien comer.⁸

Una de las limitaciones para obtener un adecuado estado nutricional en la población con DI es la dificultad para lograr la participación de los padres/cuidadores, como quedó claro en un estudio realizado a 15 niños con SD, donde fue complicado el involucramiento de sus cuidadores.³ En otro estudio se encontró que las mamás de niños con parálisis cerebral presentan problemas con las prácticas de alimentación de sus hijos, ya que no existe variedad en la dieta y no se incluye al niño en la dieta familiar.⁹

De acuerdo al Censo de Olimpiadas Especiales, las causas de discapacidad intelectual son: síndrome de Down, parálisis cerebral, autismo, síndromes de Noonan y Williams Beuren, y SDAH; en algunos casos no se especifica la causa de la discapacidad. Las Olimpiadas Especiales de Guanajuato cuentan con 296 atletas afiliados, distribuidos en 10 municipios; León es la delegación con mayor número de atletas, con un total de 117.¹⁰

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, donde participaron 179 atletas con DI y sus padres. La muestra fue tomada a simple disponibilidad y que cumpliera con todos los criterios de inclusión.⁵

Esta investigación se ajustó a las Normas Éticas Internacionales, a la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos, y a la declaración de Helsinki.¹¹

El consumo alimentario se obtuvo mediante un cuestionario semicuantitativo validado (el Sistema de evaluación de hábitos nutricionales y consumo de nutrimentos, SNUT). El cálculo del consumo de nutrimentos específicos se estimó con el programa de cómputo desarrollado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Los componentes de la dieta analizados fueron el consumo de energía total, proteínas, hidratos de carbono y lípidos. El diagnóstico nutricional se determinó mediante parámetros antropométricos como

peso, estatura, circunferencia de cintura e índice de masa corporal. El rendimiento físico fue evaluado por las pruebas del protocolo DIDEFI®, que incluyen: salto horizontal, fuerza de la mano medida con un dinamómetro calibrado en kilogramos marca TAKEI T18, flexión del tronco mediante la técnica de sentado y alcanzar, así como abdominales por minuto. El estado de hidratación fue determinado por la densidad urinaria con la ayuda de un refractómetro marca Sper modelo 3005, en las mismas condiciones de temperatura y humedad. Para la evaluación del nivel de conocimientos y hábitos de hidratación, así como las prácticas alimentarias de los padres y/o cuidadores, se aplicaron un cuestionario validado sobre los conocimientos y hábitos relacionados con la hidratación y un cuestionario establecido por la Academia de Nutrición y Dietética.

El análisis estadístico fue realizado por el *Programa Statgraphics Centurion XV versión 16.1*. Los datos cuantitativos se expresaron como medias y desviación, mientras que los datos cualitativos se expresaron como frecuencia y proporción, y se determinó el nivel de significancia mediante χ^2 .

RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo con una muestra total de 179 atletas con DI afiliados a las Olimpiadas Especiales de Guanajuato, pertenecientes a nueve municipios. Para fines de este estudio, la población fue clasificada por grupos de edad. Se encontró que 114 (63.69%) atletas fueron hombres y 65 (36.31%) mujeres, con una edad promedio de 16.76 años \pm 9 para hombres y 17.97 \pm 8 para mujeres.

En el *cuadro 1* se muestran los resultados por grupo de edad de la evaluación dietética obtenida a partir del SNUT: energía en kilocalorías (kcal), proteínas, lípidos e hidratos de carbono en gramos (g). El consumo más alto tanto de kilocalorías como de macronutrimentos se presenta en los hombres de entre 16 y 20 años.

La *figura 1* presenta el diagnóstico nutricional por grupo de edad. Se observa que más de la mitad de la población pre-

Cuadro 1. Resultado en gramos de la media del consumo de macronutrimentos por grupos de edad de acuerdo con la evaluación dietética obtenida a partir del Sistema de Evaluación de Hábitos Nutricionales y Consumo de Nutrimentos, SNUT.

Edad (años)	n	Proteínas (g)		Lípidos (g)		Hidratos de carbono (g)		Energía (kcal)	
		X	DE	X	DE	X	DE	X	DE
< 11	40	84.25	28.6	99.95	38.2	314.40	110.3	2494.14	833.2
11-15	55	87.14	27.3	109.34	38.4	330.49	123.8	2654.58	882.5
16-20	34	99.10	36.2	124.77	50.5	350.56	127.3	2921.58	1013.4
21-25	26	93.43	26.4	110.50	45.0	361.33	125.9	2813.53	922.1
26-30	7	90.40	17.9	110.86	28.9	313.82	120.6	2614.60	776.5
31-35	7	80.29	18.6	97.34	29.2	302.30	85.5	2406.46	513.2
> 36	10	92.71	30.5	111.21	40.4	340.72	111.9	2734.60	883.0
Total	179	89.86	29.1	110.04	42.3	334.02	119.3	2685.91	889.9

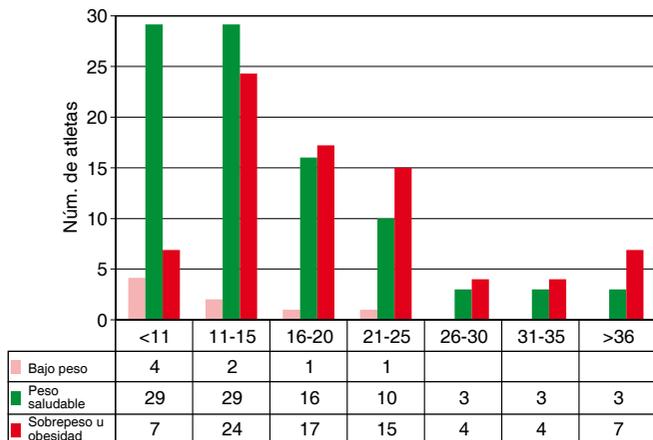


Figura 1. Diagnóstico nutricional por grupo de edad.

senta un peso saludable, aunque a partir de los 16 años el número de atletas con sobrepeso u obesidad es más alto que el de aquellos con un peso saludable. Sólo se encontraron ocho atletas (4.47%) con bajo peso.

En lo referente a los resultados obtenidos por grupo de edad en las pruebas físicas, se encontró que la media más alta fue en el salto horizontal ($X = 74.36 \pm 39$), abdominales por minuto (15.63 ± 9.1) y fuerza de la mano por dinamometría (22.64 ± 8.4) en el grupo de edad de 26 a 30 años; y flexión (5.67 ± 5.9) en atletas menores de 11 años.

En las figuras 2 a 5 se muestran los resultados de las medias de las pruebas físicas por grupo de edad y tipo de discapacidad. Se observó que en las pruebas de salto horizontal, fuerza de manos y abdominales por minuto, los valores más altos se presentaron en las personas con DI sin SD en todos los grupos, excepto el de 26 a 30 años de edad. La flexibilidad es mayor en las personas con SD. Además, se encontró una tendencia al crecimiento monótono en la fuerza de las manos y abdominales por minuto, una tendencia parabólica en el salto horizontal y una representación azarosa en la flexión del tronco.

El diagnóstico cualitativo del estado de hidratación se determinó como adecuado para la población con una densidad urinaria < 1.021 . Se encontró que el 56.42% de la población en general presenta deshidratación; la media de densidad urinaria en el grupo de estudio fue de 1.022 ± 0.01 .

En relación con los conocimientos de hidratación, el 56% de los padres y/o cuidadores presentan un nivel de conocimientos malo o mínimo; así mismo, el 79% de los padres presentan malos hábitos de hidratación. En la figura 6 se muestran los resultados cualitativos del cuestionario de conocimientos y hábitos de hidratación de los padres y/o cuidadores. Se encontró que hay una diferencia estadísticamente significativa entre los resultados del cuestionario

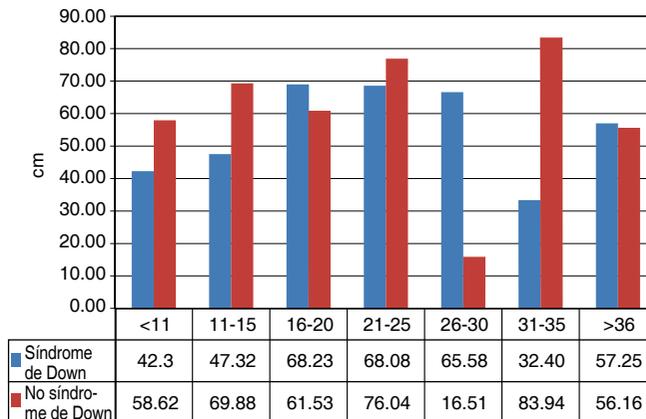


Figura 2. Resultado en centímetros de la prueba de salto horizontal por tipo de discapacidad.

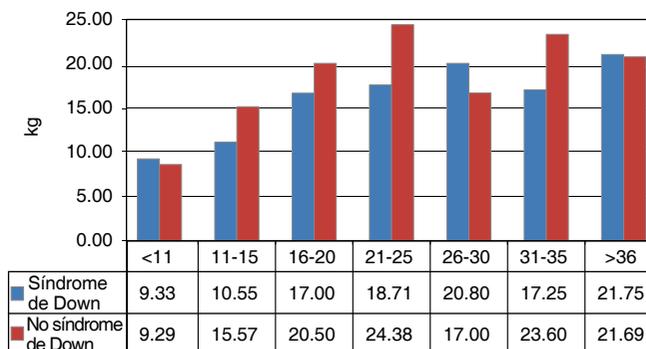


Figura 3. Resultado en kilogramos de la prueba de fuerza de mano por dinamometría por tipo de discapacidad.

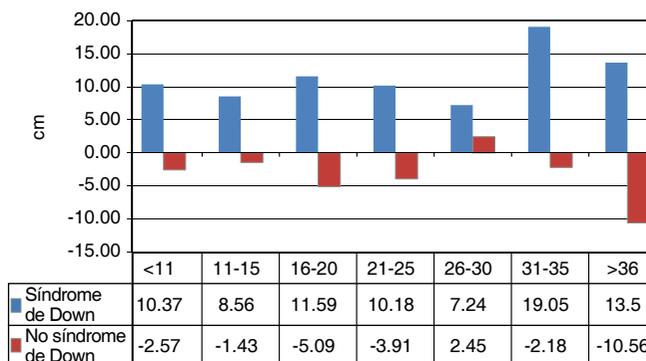


Figura 4. Resultado en centímetros de la prueba de flexión por tipo de discapacidad.

de conocimientos y del de hábitos de hidratación ($p = 2,54037E-16$).

Con respecto al cuestionario de “hábitos saludables” contestados por los padres, el 57 % obtuvo un puntaje entre 13 y 16, lo que significa que pertenece a una familia que está en general bien encaminada, pero podrían esforzarse para cambiar aquellas áreas en las

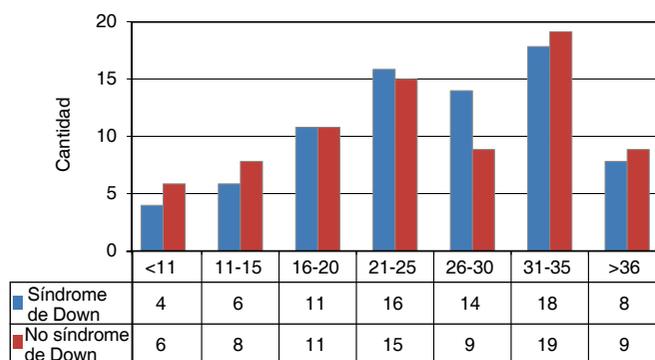
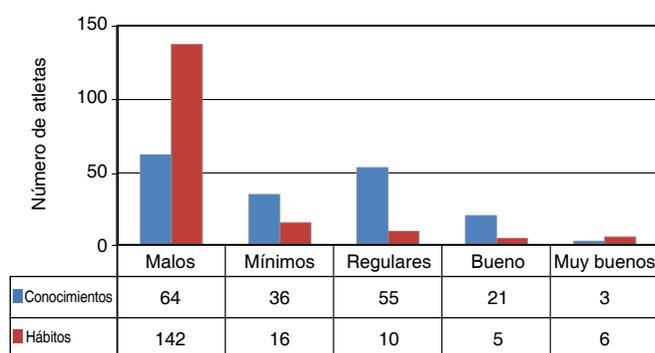


Figura 5. Resultado de la prueba de abdominales por minuto por tipo de discapacidad.



χ^2 con un nivel de significancia $p = 2,54037E-16$.

Figura 6. Resultados de la calificación cualitativa del cuestionario sobre conocimientos y el de hábitos de hidratación en padres y/o cuidadores.

que respondieron “no” o “a veces.” El 40% obtuvo un puntaje de 20-22 que indica que la familia va por buen camino, por lo que se recomienda la utilización de la guía recomendada por la Academia de Nutrición y Dietética para obtener ideas adicionales sobre hábitos sanos de alimentación y actividad física.

DISCUSIÓN

En la evaluación dietética, se encontró un consumo mayor al porcentaje de adecuación de calorías y lípidos, al igual que lo reportado por Fernández, con ciertas diferencias: en nuestro estudio se observó un consumo menor de hidratos de carbono y proteínas, y en el suyo, la ingesta fue alta en hidratos de carbono y normal en proteínas.⁵

En el trabajo de González se encontró que el 73.6% de la población adolescente con SD presenta sobrepeso u obesidad, cifras mayores a del presente estudio. Soler reportó un porcentaje más alto en comparación con los sujetos de este estudio, con 73.6% de adultos jóvenes que presentan sobrepeso u obesidad.^{13,14}

En la investigación de Fernández, realizada a la población con DI tipo SD, las medias de las pruebas físicas fueron: para salto horizontal sin carrera 62.80 cm, presión de mano por dinamometría 14.69 kg, flexibilidad del tronco 34.20 cm, y abdominales por minuto 8.8. En tres de las pruebas existen diferencias con respecto a nuestros hallazgos: sus resultados para fuerza de la mano y abdominales por minuto son menores y la flexibilidad del tronco, mayor. Cabeza encontró en la población con SD comprendida entre los 18 y 38 años una media de fuerza de mano de 23.85, mayor a la del presente trabajo.^{5,15}

De acuerdo a lo descrito por George y colaboradores, otras tablas para evaluar las aptitudes físicas calificarían con un desempeño muy por debajo de lo normal en las pruebas de salto horizontal a casi el 96% de los sujetos de este estudio, y en abdominales por minuto al 99%. En esas tablas, 137 cm para el salto de longitud sin carrera y 34 abdominales por minuto son los valores mínimos estimados. Por otra parte, en cuanto a las pruebas de flexibilidad y dinamometría, los valores que presentaron los sujetos de estudio de acuerdo a la batería de pruebas físicas Eurofit podrían clasificarse dentro de los criterios recomendados, pero su uso no está validado para las personas con DI.^{15,16}

En una investigación realizada a deportistas infantiles y juveniles sin DI, se encontró que el 62.22% presentaba alteraciones en el estado de hidratación, lo cual difiere a lo reportado en el presente estudio, 56.42%.¹²

En lo que concierne a los conocimientos y hábitos de hidratación, cualitativamente se encontró que hay una diferencia estadísticamente significativa entre los resultados del cuestionario de conocimientos y los del de hábitos de hidratación. Esto coincide con Escalante, quien halló en un estudio realizado a deportistas niños y adolescentes sin DI que, aunque en conocimientos sobre hidratación se obtienen mejores calificaciones, el porcentaje de personas con adecuados hábitos de hidratación es menor.¹²

Sobre los hábitos saludables, en el presente trabajo se observa que el porcentaje más alto es de un 57%, que presentó un puntaje de 13 a 16; el 3% presentó un puntaje menor a 12, lo cual difiere de lo reportado por Adolfsson y Draheim: ambos reportan que las personas con discapacidad intelectual presentan pobres hábitos dietéticos.¹⁷

Finalmente, y ante el insuficiente nivel de conocimiento en temas de rendimiento físico, hidratación en deportistas y conocimientos de hidratación y nutrición en atletas con DI, es necesario continuar con esta línea de estudio, dado que el campo de investigación en el tema es amplio y se requiere que más profesionistas se involucren para estudios posteriores en la población mexicana.

CONCLUSIONES

El grupo de edad de 11 a 20 años presenta los valores más altos tanto en calorías como en macronutrientes.

Se pudieron categorizar las pruebas físicas de acuerdo al grupo de edad y sexo.

El 56.42% de la población evaluada presenta deshidratación, sin existir diferencias estadísticamente significativas por el tipo de discapacidad.

El 56% de los cuidadores encuestados muestra malos y mínimos conocimientos sobre hidratación en deportistas, y el 79% obtuvo la misma calificación en hábitos de hidratación aplicados a los atletas; además existe una diferencia estadísticamente significativa en los resultados entre ambos cuestionarios. En cuanto a la evaluación para la aplicación de buenos hábitos familiares, solo el 3% obtuvo menos de 12 de 22 como puntaje total.

Finalmente es importante resaltar que los atletas con discapacidad intelectual deben considerarse como un grupo de riesgo por presentar factores como alteraciones en el peso, además de que, debido a su condición, muchos de ellos dependen de su cuidador principal, cuya falta de conocimientos en nutrición e hidratación puede poner en riesgo la salud y desempeño deportivo del atleta.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Fondos Mixtos de CONACYT-CONCYTEG por su apoyo financiero. Proyecto No. 166400.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Discapacidades [Internet]. [Consultado el 30/02/12]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Porcentaje de la población con discapacidad según tipo de discapacidad para cada entidad federativa [Internet]. 2000. [Consultado el 21/02/12]. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>
3. Le Roy C, Rebollo RJ, Moraga F, Díaz J, Castillo C. Nutrición del niño con enfermedades neurológicas prevalentes. *Rev Chil Pediatr.* 2010; 81 (2): 103-113.
4. Zurita F, Martínez R, Ali OJ, Fernández R, Fernández M. Aportaciones a la determinación de la prevalencia de la obesidad entre el alumnado de educación especial. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2010; 12 (45): 15-31.
5. Fernández MC. Relación entre el consumo alimentario y rendimiento físico en atletas con síndrome de Down [Tesis de Licenciatura]. León, Guanajuato, México: Universidad Iberoamericana León; 2008. pp. 18, 25-28, 35-37.
6. Bofill AM. Educación física en personas con DI: una propuesta para evaluar manifestaciones de la condición física de manera inclusiva. *Edu y Diver.* 2010; 4 (2): 17-32.
7. Rivera AE, Sánchez JM, Escalante J, Caballero O. Utilidad de la densidad urinaria en la evaluación del rendimiento físico. *Rev Mex Patol Clin.* 2008; 44 (5): 239-253.
8. Sánchez G. Tratamiento nutricional a escolares obesos y orientación alimentaria a los padres y a estos para mejorar su estado nutricional [Tesis de Licenciatura]. León, Guanajuato, México: Universidad Iberoamericana León; 2008. p. 33.
9. Montes de Oca L. Identificación de conocimientos sobre hábitos alimentarios en niños con parálisis cerebral infantil del centro de rehabilitación infantil Teletón Aguascalientes, para el diseño de una guía de orientación alimentaria dirigida a padres de familia [Tesis de Licenciatura]. León, Guanajuato, México: Universidad Iberoamericana León; 2009. p. 33.
10. Censos de registros de atletas de las oficinas de Olimpiadas especiales. [Consultado el 03/03/2012.]
11. Secretaría de Salud. Título quinto: Investigación para la Salud [Internet]. [Consultado el 30/02/12]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t5.htm>
12. Escalante J. Conocimientos, hábitos y actitudes de la reposición de líquidos y su influencia en el estado de hidratación en deportistas selectivos infantiles y juveniles en León, Gto. [Tesis de Licenciatura]. León, Guanajuato, México: Universidad Iberoamericana León; 2007. pp. 6, 9-10, 20.
13. González A, Vicente G, Moreno L, Casajús A. Dimorfismo sexual en grasa corporal en adolescentes con síndrome de Down. *Rev Esp de Ob.* 2010; 8 (1): 214-219.
14. Emerson E. Underweight, obesity and exercise among adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. *J Intellect Disabil Res.* 2005; 49 (2): 134-143.
15. Cabeza R, Centeno R, Sánchez E et al. La fuerza de prensión manual en adultos deportistas con síndrome de Down. Influencia del género y la composición corporal. *Rev Andal Med Deporte.* 2009; 2 (4): 116-119.
16. George JD, Fisher AG, Vehrs PR. Testes y pruebas físicas. 4a ed. España: Editorial Padiotribo; 2002. p. 177.
17. Draheim CC, Stanish HI, Williams DP, McCubbin JA. Dietary intake of adults with mental retardation who reside in community settings. *Am J Ment Retard.* 2007; 112 (5): 392-400.

Presencia de conducta tipo “A” que refieren Friedman y Rosenman en enfermeras de hospitales de México

María Alberta García Jiménez, Gabriel Moreno Farías,** Luis Fernando Rivero Rodríguez**

RESUMEN

Introducción: Friedman y Rosenman (1974) definen la conducta tipo “A” como un complejo de acción-emoción que puede ser observado en toda persona involucrada en una lucha constante por lograr más en menos tiempo. Los enfermeros se encuentran expuestos en este clima laboral; por ello, en la presente investigación se pretende encontrar rasgos de conducta tipo “A” en personal directivo y operativo en hospitales de especialidad de la República Mexicana. **Objetivo:** Comparar la presencia de la misma como refieren Friedman y Rosenman, en enfermeras directivas y operativas en una muestra de dieciséis hospitales de especialidad de México. **Material y métodos:** La muestra se conformó de 100 sujetos de estudio con enfermeras en un 50% dirigentes y otro 50% de nivel operativo, en 16 hospitales de especialidad de los 13 estados de la República Mexicana. La recolección de datos se hizo previa prueba piloto con un cuestionario tipo Likert, con apoyo del programa Excel, para el análisis de frecuencias de las variables en estudio. **Resultados:** Se encontró que el 80% pertenece al sexo femenino; el 68% tiene un promedio de edad entre los 40-45 años; el 12% cuenta con postgrado. En relación a las variables, se encontró que en los componentes formales el porcentaje fue de 40%; actitud 78%, emociones 68%, conductas observables 60% y cognitivos 75%. **Discusión:** La teoría analizada está presente en directivos y operativos destacando la actitud y la emoción, así como los aspectos cognitivos, de lo cual se deduce la necesidad de profundizar en una muestra mayor para encontrar explicación del fenómeno estudiado. **Conclusión:** Se logró el objetivo planteado, identificando la presencia del fenómeno en enfermería, por lo que es necesario implementar programas preventivos que favorezcan la disminución del riesgo de estrés y propiciar una mejor calidad de vida a este grupo de profesionales, ya que no existe diferencia entre directivos y operativos.

Palabras clave: Estrés, conducta tipo “A”, enfermería, directivos, operativos.

Prevalence of type “A” behavior among nurses in hospitals in Mexico as referred by Friedman and Rosenman

ABSTRACT

Introduction: Friedman and Rosenmann (1974) define type “A” behavior as a competitive drive of action-emotion process suffered by a person constantly struggling to achieve a goal in few time. Nursing staff is exposed to this kind of working conditions in the everyday practice; therefore, this research aims to find prevalence of type “A” behavior among manager and operative nursing staff in specialty hospitals in Mexico. **Objective:** To compare the prevalence of Type “A” behavior among manager and operative nursing staff. The sample is focused in 16 specialty hospitals in Mexico. **Material and methods:** The data of the study was a number of 100 persons sample, from which, 50% was manager and 50% operative nursing

* *Profesores-Investigadores del Departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México.*

** *Profesor de la Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Contaduría y Administración, Unidad de Postgrado.*

Correspondencia: María Alberta García Jiménez. E-mail: ajimenez@correo.xoc.uam.mx

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

staff working in 16 specialty hospitals in 13 states in Mexico. Data collection was carried by prior Likert questionnaire, supported by the analysis in Excel program of the study's frequency variable scale. **Results:** The results show that 80% of the sample is female. 68% with an average between 40 and 45 years old; 12% has post-graduate level. In the variables the results were: 40% in formal components; 78% in attitude, 68% in emotions, 60% in observable behavior, and 75% in cognitive. **Discussion:** The applied theory is found in manager and operative nursing staff. There is an emphasis in the attitude, emotion, and cognitive aspects. Thus, a bigger and more detailed sample is needed in order to find an explanation of the analyzed phenomenon. **Conclusion:** The objective was fulfilled, when the study identified the prevalence of the phenomenon in nursing job. Hence, it is necessary to put into operation preventive programs to diminish the stress risk and improve the quality of live levels of these professionals, when there is no difference between manager and operative nursing staff.

Key words: Stress, type "A" behavior, nursing, manager, operative staff.

INTRODUCCIÓN

El proceso de trabajo de enfermería difiere de los métodos productivos porque la labor que realiza es de servicio, en donde predomina una combinación entre lo intelectual y lo técnico, con exposición a riesgos biológicos, psicológicos y a un alto nivel de exigencia. Por el tipo de acciones que demanda el cuidado de enfermería, existe una redistribución de alta complejidad en las tareas conforme los saberes, actitudes y aptitudes del personal para el logro de los cuidados que requieren las personas que han perdido la salud. Este compromiso produce un alto nivel de estrés como respuesta adaptativa, en el cual la psique de la persona se prepara y ajusta ante una situación amenazante, sin importar edad o sexo, lo cual provoca diferentes trastornos, entre otros cardiovasculares y digestivos (Martínez; Tomas-Sábado; 2010).

El personal de enfermería, durante el desempeño de su actividad profesional se enfrenta a una serie de situaciones: supervisiones estrictas, gran cantidad de pacientes por enfermera, jornadas con poco o nulo tiempo de descanso, entre otras. Dichas actividades se suman a las relaciones que la enfermera establece con personas como pacientes, familiares, compañeros de trabajo, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, nutriólogos, entre otras; esta hiperactividad produce un nivel elevado de estrés. Un estudio realizado en Madrid por Beltrán (2011) sobre estrés en el trabajo señala que el 35% de los empleados se sienten estresados, y aquellos que trabajan en el gobierno, la educación y la salud son los que presentan los mayores índices. El Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (2003) define el estrés en el trabajo como la respuesta física y emocional que ocurre cuando los requerimientos del trabajo no se igualan a las capacidades, recursos o necesidades de los trabajadores. Villegas (2012) hace referencia a los modelos teóricos sobre estrés ocupacional utilizados en las últimas dos décadas para responder las preguntas sobre cómo y

bajo qué circunstancias el estrés en el trabajo produce daño. Todo proceso de trabajo, para su realización, requiere de cuatro elementos: los objetos, los medios de trabajo, el trabajo en sí y la organización y división del trabajo; de la manera en que se combinen dependerán las características de salud y de enfermedad de los trabajadores.

Para reconocer los componentes del proceso laboral en enfermería tenemos que definir que en dicha actividad los objetos de trabajo son seres humanos (pacientes) que exponen a la enfermera a un mayor número de riesgos que pueden repercutir en su conducta. Si bien es cierto que este trabajo permite desarrollar las habilidades físicas y mentales, lo cierto es que las actividades que realizan las exponen a una serie de elementos potencialmente nocivos.

La enfermería no sólo enfrenta problemas relacionados a los riesgos derivados de la actividad propia: también conlleva un trato directo con sujetos sociales (pacientes, familiares), los cuales presentan diferentes historias, condiciones sociales, culturales y características geográficas que dan pauta a una trama compleja de relaciones, lo que provoca un desgaste emocional en las enfermeras.

La imposibilidad de la enfermera para responder satisfactoriamente a todas las exigencias que se presentan en su lugar de trabajo, por la multiplicidad de elementos burocráticos, cognitivos, organizativos, administrativos y en algunos casos por la poca experiencia y capacidad requerida para desempeñar la práctica diaria, hace que, en ocasiones, este personal vea su actividad como causa de sufrimiento, insatisfacción y frustración; de esta manera se intensifica el trabajo al aumentar su tiempo y energía para poder cubrir dichos requerimientos, pero en la medida que se compromete con el sujeto de su trabajo, el personal puede frustrarse y sufrir.

No obstante, las exigencias no son los únicos elementos que afectan al trabajador de la salud en el desarrollo de sus actividades; también pueden hacerlo la falta de creatividad y conjunción entre pensar y ejecutar, el control sobre el trabajo

y el desarrollo de potencialidades físicas y mentales, entre otros elementos. Estos aspectos tienen un papel importante en la salud del trabajador (Martínez, 2010).

Si bien la mente es una forma abstracta del cerebro que no puede ser medida mediante pruebas de laboratorio, lo cierto es que las funciones mentales (memoria a corto y largo plazo, atención, emociones, sentimientos, inteligencia, pensamiento y creatividad) sí pueden ser exploradas y valoradas mediante la aplicación de diferentes pruebas psicológicas, según lo requiera el caso. En este sentido, la conducta tipo "A" se puede estudiar mediante dichas pruebas (Martínez, 2005). La teoría de Friedman y Rosenman, mencionada en este estudio, se considera una guía para identificar patrones conductuales y proponer programas preventivos y profilácticos. El concepto de patrón de conducta tipo "A" (PCTA) fue identificado por primera vez en 1959. Friedman y Rosenman lo definen como un complejo de acción-emoción que se caracteriza por un impulso continuo para lograr metas autoseleccionadas pero normalmente definidas pobremente, una profunda inclinación a competir, persistentes deseos de reconocimiento, implicación en muchas y diversas tareas sujetas constantemente a fechas límite, propensión a acelerar la ejecución de dichas tareas y una alerta física y mental extraordinaria. Este concepto fue evolucionando y ambos autores parecen mantener ahora definiciones matizadamente distintas. Todavía, en 1974, en una de las últimas publicaciones que firman juntos: *Type A behavior and your heart*, Friedman y Rosenman sostienen que la CPTA es un complejo acción-emoción que puede observarse en personas envueltas en provocaciones y una lucha crónica e incesante por conseguir más cosas en cada vez menos tiempo, y si es preciso, contra las fuerzas opuestas de otras cosas o personas.

Por la literatura revisada se deduce que los factores de la conducta de Friedman y Rosenman, en principio, sólo relacionados con el riesgo de padecer una enfermedad cardiocoronaria, en determinadas situaciones se presentan como una medida válida de reactividad y riesgo de hipertensión; sin embargo, a través del tiempo Julios y Cotlier (2000) identificaron otros factores desencadenados por la competitividad, sobrecarga, dependencia social y pérdida de control, construyendo el perfil multidimensional actual del patrón de conducta tipo "A"; estos factores están constituidos de diversa naturaleza:

- Componentes formales: voz alta, hablar rápido, excesiva actividad psicomotora y gesticulaciones.
- Conductas abiertas o manifestadas: urgencia de tiempo, velocidad, hiperactividad o implicación en el trabajo.
- Aspectos motivacionales: motivación de logro, competitividad, orientación al éxito y ambición.

- Actividad emocional: impaciencia, ira y hostilidad.
- Aspectos cognitivos: necesidad de control ambiental.

Por el contrario, el patrón de conducta tipo "B" estaría definido por la ausencia relativa de las características antes descritas.

Las aportaciones mencionadas despertaron interés en diferentes áreas de conocimiento como en medicina, psicología, sociología, administración, comportamiento organizacional y enfermería, entre otras; algunos investigadores empezaron a relacionar los rasgos de la conducta tipo "A" con características que desarrollan personas muy emprendedoras con alto potencial para grandes realizaciones y triunfos. Quienes poseen estos rasgos pagan un alto precio en su calidad de vida por este continuo estrés. El Grupo de *Health Queendom* reunió la literatura específica del tópico, encontrando características comunes como son la intensidad hacia el logro de metas, el éxito y la competitividad. Este tipo de personalidad manifiesta una persistente necesidad de reconocimiento externo y complacencia, se involucra en diversas funciones que conllevan serias restricciones de tiempo, tiende a la aceleración física y mental en un estado constante de vigilancia y control.

Moreno (2005) refiere que las personas con personalidad tipo "A", pueden ser exitosas sin sacrificar su bienestar emocional, porque este tipo de personalidad es altamente propensa al estrés, por lo cual se le llama también conducta *estresora*.

Los factores que la predisponen pueden influir negativamente sobre la eficiencia del personal, pues si bien es cierto que hay atributos que favorecen la productividad, cuando rebasan el umbral de tolerancia se convierten en factores contraproducentes y no se tiende a prestar atención para no caer en extremos. Los resultados encontrados en varias investigaciones nos revelan que un 85% de la muestra estudiada que refiere García (2007) presenta atributos de la conducta tipo "A", lo que nos lleva a considerar la profilaxis y concientización de esta conducta para prevenir patologías integradas.

Existen estudios que nos muestran esta inclinación en México, por ejemplo los de Jamal (2011), Martínez (2009), Torres (2008) y García (2011). Estos estudios han sido realizados en organizaciones empresariales y de servicio y además se ha llegado a relacionar el ambiente laboral que contribuye al estrés con el desarrollo de la conducta tipo "A", especialmente en personal que desempeña cargos directivos. García Jiménez (2007) refiere en un estudio de enfermeras directivas de cincuenta Hospitales Generales que el 71% tenían rasgos de conducta tipo "A".

El Grupo *Queendom* (2005), afirma que el comportamiento tipo "A" se caracteriza por una intensa inclinación hacia

al alcance de metas, el éxito y la competitividad. Este tipo de conducta manifiesta una persistente necesidad de reconocimiento externo y complacencia, se involucra en diversas funciones que pueden llevar a serias restricciones de tiempo y tiende a la aceleración física y mental en un estado constante de vigilancia y control.

Simón y Kertész (2003) mencionan que a pesar de estas características hay muchos profesionales emprendedores que tienen gran potencial para sus realizaciones. Sin embargo, la conducta tipo "A" se manifiesta por el alto precio que por ella se debe pagar.

Ciertas características de esta conducta pueden inhibir la calidad de vida y aun quebrantar la salud; por ejemplo, sus metas con frecuencia están deficientemente definidas, lo cual, además de hacerlas difíciles de alcanzar, es un camino para el fracaso y que provoca gran ansiedad. Otra característica es la manifestación del impulso a exigir y criticar, siempre en busca de la perfección de sí mismo y de los demás. Estos aspectos negativos van acompañados de presión, hostilidad e impaciencia que terminan en sensación de culpa, remordimiento y ansiedad.

Lankton (2010) dice que la conducta tipo "A" está motivada por fuentes externas, tales como la recompensa material y la apreciación de otros. La persona tipo "A" experimenta una sensación de oposición y aprehensión que la mantiene en estado de alerta, lo que en forma constante altera la felicidad y rompe el equilibrio personal. Los profesionales que presentan las características de tipo "A", serían más felices y saludables siempre que perfilaran mejor los trazos de su conducta conforme presenta Moreno (2005).

García Jiménez (2007) refiere que en virtud de que el liderazgo depende, entre otros factores, de la conducta del líder, del ambiente y de los seguidores, es pertinente considerar la orientación de la personalidad del directivo de enfermería con prevención de la conducta tipo "A".

Con los referentes antes descritos se percibe que si este fenómeno de conducta se presenta en el área de gerencia, de enfermería, de hospitales de tercer nivel denominados institutos o de especialidad, se perciben los rasgos de conducta tipo "A". En la red de servicios de atención médica, el hospital de especialidad conforma el tercer nivel en donde se desarrollan acciones de reestructuración de la salud, superación de daños frecuentes, a través de la atención médica que involucra diversas especialidades y requiere de una combinación de recursos de alta complejidad; también se llevan a cabo programas de enseñanza y protocolos de investigación cuyos resultados favorecen programas de prevención de enfermedades específicas derivadas del estrés (García Moreno et al, 2010). En México se considera hospital de especialidad a una organización que forma parte del sistema de salud, con base

en la definición de niveles de atención médica sustentada en la teoría de sistemas. Con este marco teórico surge la interrogante científica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Habrá relación entre los rasgos de conducta tipo "A" que refiere Friedman y Rosenman en los niveles jerárquicos directivos y operativos de enfermeros que laboran en hospitales de especialidad en México?

OBJETIVO GENERAL

- Comparar la presencia de rasgos de conducta tipo "A" que refieren Friedman y Rosenman, en enfermeras directivas y operativas de los hospitales de especialidad en México.

HIPÓTESIS DESCRIPTIVA

Hay un mayor porcentaje de presencia de rasgos de conducta tipo "A" en el personal operativo en relación del directivo de enfermería, que laboran en hospitales de especialidad.

MÉTODO

Se trató de un estudio transeccional descriptivo, que tiene como objetivo la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables; para este estudio se tomó un grupo constituido por una muestra de 100 personas para identificar la conducta tipo "A", de las cuales el 50% pertenecía a dirigentes de enfermería, y 50% de nivel operativo en 16 hospitales de especialidad de 13 estados de la República Mexicana, los cuales fueron seleccionados con el método de conveniencia. Los criterios de inclusión para ambos puestos fueron que tuvieran más de seis meses en el cargo y que dieran su consentimiento libre; en cuanto al sexo, edad o área de trabajo no habría distinción. El estudio se apegó al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México (1987).

El instrumento utilizado fue un cuestionario tipo Likert que ya había sido validado en México por Moreno FG (UNAM, 2005); sólo se hicieron adaptaciones de tipo semántico para coincidir con la terminología de la profesión; se hizo una prueba piloto fuera de la muestra, la cual fue del 10% para asegurar la validez y confiabilidad. El instrumento contó con 23 declaraciones y la escala de medición fue tipo Likert. El análisis de resultados se hizo con tratamiento estadístico de frecuencias en un periodo correspondiente de enero de 2011 a diciembre de 2012, con apoyo financiero del CONACyT.

RESULTADOS

En relación a los datos de identidad, del personal directivo, constituido por 50 enfermeras, el 93% pertenece al sexo femenino y tiene un nivel académico de postgrado en el 39%; del personal operativo (un total de 50), el 73% fue de sexo femenino y su nivel de preparación fue universitario en el 75%.

El promedio de antigüedad para el personal directivo es de 12 años, mientras que para el personal operativo es de cinco. Con base en las declaraciones del instrumento aplicado de Friedman y Rosenman se encontró que en la categoría de formales el 78% de directivos acostumbra interrumpir a su interlocutor cuando le parece que está hablando más de la cuenta, y en el personal operativo fue del 13%; otra declaración fue que al terminar la frase de otras personas por la impaciencia se presenta en el 22% en directivos, y 8% en personal operativo. Esto nos da evidencia del fenómeno estudiado.

En los componentes de actitud se encontró que el 42% del personal directivo se siente impaciente en relación al ritmo lento en que se desarrollan los acontecimientos y con un porcentaje similar del 44% el personal operativo. El pensar o hacer varias cosas simultáneamente es una actividad cotidiana en el 72% del personal operativo, y en 55% del directivo. En relación a los aspectos motivacionales, el 20% del personal directivo se angustia por realizar fila al esperar su turno, mientras en el personal operativo el porcentaje es del 30%. Golpear la mesa en reuniones para enfatizar sus palabras es realizado por el 7% del personal directivo, y por el 2% del personal operativo.

En las conductas observables, se detectó que el 72% del personal operativo se moviliza, camina o come con rapidez al igual que el 58% de los directivos, con porcentajes similares que oscilan alrededor del 30%; ambos grupos estudiados se sienten culpables cuando descansan y no hacen nada durante varias horas y/o días.

En la categoría cognitiva, se detectó que 42% de los directivos y operativos se impacientan cuando el ritmo es lento; el 72% de los directivos se angustia cuando tiene la obligación de realizar tareas repetitivas, en contraste con el 29% del personal operativo.

El sentirse impaciente en relación al ritmo lento en que se desarrollan los acontecimientos es otra característica presente en las enfermeras que presentan conductas tipo "A", ya que el tiempo juega un factor importante para la realización de sus actividades, detectando que el 44% del personal operativo y el 42% del directivo, respectivamente, presentan ansiedad ante el tiempo y velocidad de las actividades.

La angustia también se presenta en el 30% del personal operativo y en el 20% del directivo cuando tienen la nece-

sidad de esperar su turno y/o hacer fila, lo que refleja que el personal de enfermería, por el ritmo acelerado que presenta durante sus ocho horas laborales, o por la doble jornada de actividades domésticas, desarrolla actitudes características y observables de acuerdo con Friedman y Rosenman.

El enojo también es una expresión que presenta el individuo con conducta tipo "A"; esto se ve reflejado en el grupo en estudio, ya que el 39% del personal operativo y el 22% del directivo desarrollan intolerancia al observar a otras personas realizar tareas a un ritmo más lento de lo que ellas podrían hacerlo.

DISCUSIÓN

La enfermería, durante su actividad profesional, se enfrenta a diversas exigencias, lo cual hace que su conducta se transforme en actitudes estresantes, como refiere García Jiménez, lo que se puede deducir en las actitudes formales en la declaración que acostumbra interrumpir a sus interlocutores cuando le parece que están hablando más de la cuenta, refiere el 78% de directivos y sólo el 13% en el personal operativo, lo cual marca una diferencia importante por el tipo de función que desempeña durante el trabajo.

En relación a actitudes de disposición, la enfermería forma parte de un grupo multi e interdisciplinario en donde se produce un nivel elevado de estrés, considerando una de las principales fuentes el ámbito laboral. Como lo describe Madrid sobre el estrés en el trabajo, claramente se distingue en la declaración "siente impaciencia por ritmo lento en que se desarrollan las cosas", notándose un discreto porcentaje en operativas, de esto se deduce que el personal operativo se siente estresado por el exceso de trabajo; esto lo refuerza Beltrán en un estudio de estrés en donde indica que el personal humano que trabaja en la educación, el gobierno y la salud es el que cuenta con condiciones laborales más estresantes.

En lo que se refiere a la actitud sobre aspectos motivacionales, Friedman y Rosenman afirman que la conducta tipo "A" es un complejo de acción y emoción que puede observarse en cualquier persona envuelta impulsivamente en una lucha incesante por conseguir cada vez más en menos tiempo, como se observa en los resultados de la muestra estudiada.

En relación a sentirse culpable cuando se descansa por varias horas o días, el 58% de directivos lo expresan; sin embargo, el personal operativo suma el 72%, lo cual revela una exigencia en el trabajo y por tanto ocasiona una conducta estresante.

En relación al ritmo lento, entre el personal operativo y el directivo está presente en el 42%, y en relación a las tareas repetitivas que causan ansiedad en las directivas se observa un porcentaje mayor, con el 72%, por lo que se deduce que

los factores que predisponen al personal de enfermería tienen alta influencia en actitudes descritas por Friedman y Rosenman con una influencia negativa en el rendimiento de las trabajadoras. Si bien es cierto que tales atributos favorecen la productividad, cuando rebasan el umbral de tolerancia se convierten en factores contraproducentes, por lo que se sugieren medidas higiénicas que contrarresten el distrés y favorezcan el eustrés.

CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio se logró al detectar la presencia de la conducta tipo "A" que refieren Friedman y Rosenman con mayor énfasis en el personal operativo; sin embargo, en el personal directivo hay declaraciones que tienen mayor carga en su actividad con actitudes como interrumpir a su interlocutor, lo cual influye por su cargo jerárquico.

En relación a la categoría cognición se observa que en el 72% de las directivas les insatisface hacer tareas repetitivas y les causa ansiedad.

Se logró comprobar la hipótesis identificando un mayor porcentaje en varias categorías que arrojó en el personal operativo, como se observa en los resultados.

Por todo lo anterior, se recomienda hacer muestreos en otras unidades de salud, para comparar organizaciones de diferentes niveles y sistemas de dependencia organizacional, y así tener una mejor identificación de las posibles causas de dicho problema de salud, del potencial humano directivo y operativo.

Se propone hacer programas de difusión para prevenir el estrés, distrés y eustrés, propiciar un nivel de vida saludable entre el personal de enfermería y ofrecer calidad de vida en la tercera edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez PCA. El estrés laboral como factor de riesgo I, II, III. Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención. 2010; 74: 12-41.
2. Tomás-Sábado J, Maynegre-Santaulària M, Pérez-Bartolomé M, Alsina-Rodríguez M, Quinta-Barbero R, Granell-Navas S. Síndrome de Burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. *Enfermería Clínica*. 2010; 20 (3): 173-178.
3. Beltrán-Jiménez BE, Ortiz-Acosta R. Síntomas depresivos, inteligencia emocional percibida y formas de afrontamiento en mujeres embarazadas. *Ansiedad y estrés*. 2011; 17 (2-3): 255-264.
4. NIOSH. Volunteer assistant chief dies in tanker rollover - New Mexico. Disponible en [<http://www.cdc.gov/niosh/fire/reports/face200323.html>].
5. Dongil CE. Reestructuración cognitiva: un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y estrés*. 2008; 14 (2-3): 265-287.
6. Martínez S. Proceso de trabajo. El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo. UAM. Serie Académicos, México. 2010; 23: 143-186.
7. Friedman M, Rosenman R. *Type A behavior and your heart*. Nueva York. 1974.
8. Dorta R. Validez del constructo de la conducta tipo A. Tesis de maestría, Universidad de la Laguna, México. 2012.
9. Moreno FG. Conducta tipo A y la efectividad en las organizaciones. Trabajo para examen de oposición. Facultad de Contaduría y Administración. UNAM. México. 2005.
10. Jamal M. Consecuencias personales y de organización relacionadas con el estrés laboral y el patrón de conducta tipo-A: un estudio de empleados canadienses y chinos. *Stress and Health*. 2011; 21 (2): 129-137.
11. Martínez MIM, Marques PA. Burnout en estudiantes universitarios de España y Portugal y su relación con variables académicas. *Aletheia*. 2009; 21: 21-30.
12. Martínez S. Proceso de trabajo. El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo. UAM. Serie Académicos, México. 2005; 23: 143-186.
13. Torres SJ. Estilo de dirección y la conducta tipo A en el directivo mexicano del sector financiero. XXX Asamblea, São Paulo, CLADEA, 2008.
14. García JMA, Monroy RA, Moreno FG. *Administración-Enfermería en las Organizaciones Hospitalarias*. México. 2011.
15. Moreno FG. Conducta tipo A y la efectividad en las organizaciones. Trabajo para examen de oposición. Facultad de Contaduría y Administración. México: UNAM. 2010.

Análisis de la productividad científica de la revista Enfermería Universitaria de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de 2007-2011: número y tipo de artículos publicados

María Guadalupe Ortega Ríos, Lasty Balseiro Almario,**
Federico Sacristán Ruíz,*** Gandhi Ponce Gómez,**** Silvia Hernández Rosas*****

RESUMEN

El **Objetivo** de esta investigación fue analizar la productividad científica de la Revista Enfermería Universitaria de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia durante el 2007 a 2011, con base en indicadores bibliométricos. **Marco teórico:** La publicación científica en el ámbito de las ciencias de la salud constituye un indicador importante, una herramienta básica en el desarrollo de las profesiones, dado que la ciencia se da a conocer a partir de la publicación científica, ya que constituye el medio para difundir los conocimientos, contrastar los hallazgos encontrados y utilizarlos en la construcción teórica o práctica de la ciencia. Para medir la productividad científica, se utiliza la bibliometría que permite con base en los indicadores bibliométricos medir la calidad editorial y científica de una revista. **Metodología:** La variable medida fue la calidad editorial y científica. En esta investigación, se midió la dimensión de la productividad científica con base en los indicadores bibliométricos. El tipo de estudio fue de corte cuantitativo no experimental, retrospectivo, transversal, comparativo, analítico, descriptivo y diagnóstico. **Resultados:** Del 2007 a 2011 se produjeron 20 revistas, de las cuales tres se editaron en el 2007, cuatro números en cada uno en los años 2008, 2009, y 2011, de los cuales se publicaron un total de 148 artículos. **Conclusiones:** La Revista Enfermería Universitaria ha mejorado considerablemente su calidad editorial, lo que le ha permitido mantener su posición en el ámbito nacional e internacional, y ser reconocida como un órgano importante para la difusión y la comunicación científica del quehacer de la enfermería.

Palabras clave: Evaluación, revista, enfermería universitaria, productividad científica, indicadores bibliométricos, publicaciones.

Scientific productivity analysis of college nursing journal of National School of Nursing and Obstetrics (ENEO) 2007-2011: number and type of articles

ABSTRACT

The **Objective** of this research was to analyze the scientific productivity of the College Nursing Journal of the National School of Nursing and Obstetrics (ENEO) during 2007-2011, based on bibliometric indicators. **Theoretical framework:**

** Pasante de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.*

*** Responsable del Proyecto de Investigación Folio 067 del Comité de Investigación de la ENEO.*

**** Corresponsable del Proyecto de Investigación Folio 067 del Comité de Investigación de la ENEO.*

***** Colaboradores del Proyecto.*

*Correspondencia: Dra. Lasty Balseiro Almario. Antiguo Camino Viejo a Xochimilco s/n
Viaducto Tlalpan, Col. San Lorenzo Huipulco, C.P. 14370, México, D.F. E- mail: lastybals@hotmail.com*

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

The scientific publication in the field of health sciences is an important indicator, an essential tool in the development of the professions, since science is disclosed from scientific publication and bibliometric indicators, because it is the means to disseminate knowledge, contrasting the findings and use them in the theoretical or practical construction of science. To measure scientific productivity is used the bibliometry, which allows based on bibliometric indicators measure the quality and scientific editorial of a journal. **Methodology:** The measured variable was scientific and editorial quality. In this research we measured the size of scientific productivity, based on bibliometric indicators. The type of study was a quantitative non-experimental, retrospective, cross-sectional, comparative, analytical, descriptive and diagnostic. **Results:** From 2007 to 2011 there were 20 journals, of which three were edited in 2007, four issues in each of the years 2008, 2009 and 2011 and published a total of 148 articles. **Conclusions:** College Nursing Journal has considerably improved its editorial quality which has enabled it to maintain its position in the national and international recognition as an important organ for the diffusion of scientific communication and practice of nursing.

Key words: Evaluation, journal, nursing college, scientific productivity, bibliometric indicators, publications.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta investigación fue analizar la productividad científica de la revista *Enfermería Universitaria* de la ENEO durante los años 2007-2011 con base en indicadores bibliométricos. Los objetivos específicos fueron examinar el número y tipo de artículos publicados por año.

MARCO TEÓRICO

Para Manuel Amezcua,¹ la construcción de la ciencia implica un proceso complejo, cuyo resultado final es una publicación. Así, la ciencia se da a conocer a partir de la publicación científica, ya que éste es el medio para difundir los conocimientos, contrastar los hallazgos encontrados y utilizar estos hallazgos en la construcción teórica o práctica de la ciencia. La ciencia, entonces, es un producto que se publica y se remite al estudio de una actividad llamada científica que refleja el pensamiento de esta comunidad, que pone al servicio de todos los hallazgos encontrados. Por ello, en una comunidad internacional que está globalizada, el conocimiento científico está al alcance de todos.

Por su parte, para Lourdes García Suárez,² la publicación científica en el ámbito de las ciencias de la salud constituye un indicador importante y una herramienta básica en el desarrollo de sus profesionales y en la elevación de la salud del pueblo. De ahí que se deba garantizar su validez y oportunidad, así como el cumplimiento de otros atributos que dan cuenta de su calidad. Tal es el caso del cumplimiento de las normas que dicta la ética de las publicaciones científicas. Para Gualberto Buena-Casal,³ la evaluación de las publicaciones científicas debería realizarse a dos niveles: artículos y revistas, siguiendo los criterios mencionados anteriormente. En un primer nivel, tal como se suele realizar en la actualidad con la participación de comités, aunque sería conveniente que éstos fuesen mejor seleccionados y quizá

debería plantearse también la cuestión de que las evaluaciones sean anónimas. En un segundo nivel, se pueden evaluar las revistas por un comité mixto de expertos profesionales. Cada revista se evaluaría anualmente y recibiría una puntuación sobre la calidad.

Por otra parte, para medir la productividad se utiliza la Bibliometría que es la ciencia que permite el análisis cuantitativo de la producción científica a través de la literatura, estudiando la naturaleza y el curso de una disciplina científica. Los indicadores bibliométricos se utilizan ampliamente para la evaluación de investigadores, instituciones y países, pero los datos que nos arrojan no deben interpretarse de manera aislada como se hace frecuente con el factor impacto.⁴ De igual forma, para María Isabel Orts,⁵ la producción científica, en términos bibliométricos, es la suma de productos científicos individualizados generados por una determinada comunidad (nacional, internacional, sectorial) durante un periodo convenido, y físicamente identificables como publicaciones, cualquiera que sea su forma: artículos y notas aparecidas en revistas, monografías, libros, ponencias presentadas a congresos, etc.

Una herramienta utilizada para evaluar dicha producción científica, y más concretamente el estudio de las publicaciones científicas, es la Bibliometría. Así, los indicadores bibliométricos son “datos numéricos sobre fenómenos sociales de la actividad científica relativos a la producción, transmisión y consumo de la información en el seno de comunidades determinadas”. Los indicadores bibliométricos se clasifican en cuatro categorías correspondientes a la producción (número de artículos, autores, revistas), a la circulación y dispersión (análisis de las bases de datos de información bibliográfica y de la distribución de la literatura a distintas disciplinas), al consumo (análisis de las referencias) y a la repercusión (análisis de las citas) de las publicaciones y de la información que contienen. Así, para L. Ferreiro (1993),⁶ la “Bibliometría es el método

científico de la ciencia de la información o ciencia de la documentación y constituye la aproximación cuantitativa que permite el desarrollo de la teoría general de esta ciencia y el estudio descriptivo e inferencial o inductivo de todas las formas de la comunicación escrita, adoptadas por la literatura científica". La Bibliometría se encarga, por tanto, del estudio de los aspectos cuantitativos de la producción científica, así como de su diseminación y uso. Para llevar a cabo esta función, emplea modelos y medidas matemáticas que permiten cuantificar la información bibliográfica susceptible de ser analizada (Garfield, 1978). Para Alberto Gálvez Toro,⁷ la globalización del conocimiento en el campo de la enfermería ha demostrado que hay comunidades científicas cuya producción es poco visible más allá de sus fronteras, mientras que otras comunidades ejercen un poder hegemónico en el ámbito de la comunicación científica. Esto es lo que ocurre a las comunidades lingüísticas del español y del portugués frente a las comunidades que utilizan el inglés como medio de transmisión del conocimiento. Esta es una observación común entre los investigadores que se expresan en español y en portugués. Así, las enfermeras españolas desconocen la existencia de revistas brasileñas o mexicanas, las enfermeras colombianas consumen poca prensa científica española, argentina o mexicana. Sin embargo, todas estas enfermeras consumen abundante literatura periódica anglosajona. Es absurdo e incluso contradictorio que comunidades científicas cultural y lingüísticamente próximas y con una producción científica de calidad, carezcan de un conocimiento mutuo y de una transferencia efectiva del conocimiento entre ellas. Obviamente, esta conducta es negligente y supone un menosprecio del valor del conocimiento propio.

Por ello, al realizar la evaluación interna de la revista, midiendo la productividad científica con base en los indicadores bibliométricos, daremos cuenta de los aspectos cuantitativos de esta producción y de cómo las enfermeras mexicanas están realizando literatura científica para mostrar la calidad de su productividad.

METODOLOGÍA

La variable medida fue calidad editorial y científica de la revista *Enfermería Universitaria*. Se realizó una evaluación interna. Las dimensiones de la variable para la evaluación interna de la revista fueron: productividad, citación, visibilidad, obsolescencia y áreas del conocimiento de enfermería. En cada una de las dimensiones de la variable se analizaron sus indicadores, en el caso de la dimensión de productividad científica que se describe en este artículo se consideraron los siguientes: el número de revistas y de artículos publicados, por año y por revista. Según el tipo

de artículo publicado: editorial, de opinión, de revisión, ensayo o reseña. En cuanto al personal académico de la ENEO que publica en la revista, se identificó la división de adscripción: Estudios de Posgrado, Estudios Profesionales, Educación Continua y el Sistema de Educación Abierta y a Distancia (SUAYED).

El diseño metodológico fue de corte cuantitativo no experimental, retrospectivo, transversal, comparativo, analítico, descriptivo y diagnóstico. La muestra de estudio fue el total de artículos de revistas editadas desde los años 2007 hasta 2011. Como criterio de inclusión, se consideraron todos los números de la revista *Enfermería Universitaria* publicados en esos años. Se excluyeron todos los artículos de las revistas publicadas en los números anteriores a 2007 y posteriores a 2011. En esta investigación, ningún artículo, sección o número de revista publicado en el periodo citado fue eliminado. Las técnicas consideradas en la evaluación interna fueron la observación y el análisis directo mediante una revisión detallada de cada una de las revistas.

En el proceso de evaluación interna se hizo un análisis exhaustivo de cada una de las revistas, ordenando y clasificando los datos en una base, para la aplicación posterior del paquete estadístico SPSS v.14 y análisis de la información. En los lineamientos éticos no se consideró ningún riesgo y, desde luego, se tomó en cuenta el principio de anonimato y privacidad de autores, suscriptores y jueces, conforme al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación (1987) título II, capítulo XIII, XVI y C de la Secretaría de Salud que se refiere al principio de la privacidad y en donde prevalece el criterio de respeto a la dignidad y a la protección de los derechos y bienestar de los seres humanos.

Los recursos utilizados en esta investigación corresponden a los humanos con dos profesores de carrera de tiempo completo: uno titular B, y otro asociado C; dos pasantes egresados de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia y uno de la licenciatura en Enfermería. Los recursos físicos y tecnológicos fueron los propios de la División de Estudios de Posgrado de la ENEO, específicamente de la Unidad de Investigación. Por último, el aspecto financiero fue cubierto por el grupo de investigación.

RESULTADOS

Respecto a la dimensión productividad científica, se obtuvo que de 2007 a 2011 se produjeron 20 revistas, de las cuales tres se editaron en el 2007, cuatro números en cada uno de los años 2008, 2009, y 2011, excepto en el año 2010 cuando se editaron cinco números, uno de ellos extraordinario dedicado al aniversario de la Revolución Mexicana (*Cuadro I*). Se publicaron 148 artículos, todos

en idioma español, distribuidos por año y número de revista: 30 fueron en el 2007, 31 en el 2008, 27 en 2009, 33 en 2010 y 27 en el 2011 (*Cuadro II*). Respecto al tipo de artículos publicados, el 13.64% (20) fueron editoriales, el 11.47% (11) de opinión, el 5.40% (8) de revisión; el 4.72% (7) ensayos; el 1.35% (2) de reseña. Según el campo de conocimiento, el 41.62% (61) fueron artículos de investigación; el 19.59% (29) de innovación a la práctica, y con un 6.70% (10), los de docencia. No se publicaron artículos de estudios de caso (*Cuadro III*).

DISCUSIÓN

Las revistas científicas desempeñan un papel importante en el proceso de comunicación científica, ya que constituyen la principal vía para la validación del nuevo conocimiento y hacen posible su difusión dentro de la comunidad de

investigadores, siendo el principal medio de comunicación en muchas áreas científicas. La comunicación científica se realiza tradicionalmente a través de la publicación de artículos en revistas especializadas, que constituyen el vehículo por excelencia de la comunicación del conocimiento científico. Por este motivo, el estudio de las publicaciones de un centro, área, comunidad o país es un indicador válido para cuantificar la actividad científica de dichas unidades.⁸ En este contexto, la revista *Enfermería Universitaria* de la ENEO se ha constituido en una de las fuentes de información de la disciplina de enfermería que dan cuenta de la práctica profesional, por lo que es considerada como un referente de consulta para los profesionales en ejercicio y los recursos humanos en formación. Así lo avalan sus 20 revistas con 148 artículos en las publicaciones que han sido periódicas y continuas durante los cinco años del lapso evaluado, lo que coincide con el estudio de Serrano⁹ de la revista *Metas de Enfermería*, en el cual señala que dar a conocer los hallazgos de las investigaciones es de crucial importancia para que se siga produciendo conocimiento científico. Sin duda, las publicaciones periódicas son el vehículo por excelencia para este menester. Las publicaciones periódicas constituyen actualmente la fuente de información de cualquier disciplina, dado que en ellas se vierten los contenidos de mayor vigencia, y permiten estar al día en todo aquello que se necesita para una práctica profesional de calidad. Al respecto, María Bordons y María Ángeles¹⁰ plantean que el número de publicaciones de un

Cuadro I. Número de revistas de *Enfermería Universitaria* producidas por año, de 2007 a 2011 (México, D.F., 2013).

Año de la Revista	Núm. de revistas por año	%
2007	3	15
2008	4	20
2009	4	20
2010	5	25
2011	4	20
Total	20	100%

Fuente: Revista *Enfermería Universitaria*.

Cuadro II. Número de artículos publicados por año en la revista *Enfermería Universitaria*, de 2007 a 2011 (México, D.F., 2013).

Año	Núm. 1	Núm. 2	Núm. 3	Núm. 4	Núm. 5	Total	%
2007	11	12	7	0	0	30	20.27
2008	8	8	8	7	0	31	20.94
2009	7	6	7	7	0	27	18.25
2010	5	6	7	8	7	33	22.29
2011	8	7	7	5	0	27	18.25
Total	39	39	36	27	7	148	100.00

Fuente: Revista *Enfermería Universitaria*.

Cuadro III. Tipo de artículo publicado en la revista *Enfermería Universitaria* de 2007 a 2011 (México, D.F., 2013).

Año	Editorial	Investigación	Opinión	Revisión	Estudio de caso	Ensayo	Innovación a la práctica	Reseña	Docencia	Fo	%
2007	3	8	6	0	0	7	6	0	0	30	20.28
2008	4	13	3	0	0	0	7	0	4	31	20.95
2009	4	12	0	0	0	0	5	0	6	27	18.24
2010	5	17	2	2	0	0	5	2	0	33	22.29
2011	4	11	0	6	0	0	6	0	0	27	18.24
Total	20	61	11	8	0	7	29	2	10	148	100%
%	13.64	41.62	7.43	5.40	0	4.72	19.59	1.35	6.70	100%	

Fuente: Revista *Enfermería Universitaria*.

centro, área o país es un indicador útil para cuantificar la actividad científica de dichas unidades. Su mayor utilidad se obtiene al efectuar comparaciones con la actividad de otros centros, áreas o países pues se hace necesario tener un marco de referencia en el que se pueda ubicar nuestro objeto de estudio; también es interesante realizar seguimientos de la producción científica a lo largo del tiempo.

En cuanto al tipo de artículos publicados en la revista *Enfermería Universitaria*, el 41.62% corresponden a investigación; 19.59% son de innovación a la práctica; 13.64% a editoriales; 11.47% de opinión; 4.72% a ensayos; 1.35% a reseñas y 6.70% de docencia. En estas cifras destaca que no se publicaron estudios de caso, lo que significa un elemento restrictivo en la aportación de enfermería y en su contribución a la publicación de esta metodología. Estos datos contrastan con los del análisis cuantitativo de la revista *Enfermería Neurológica* de Martín Rodríguez y Cristina Toledo,¹¹ quienes encontraron que los artículos más publicados en esta revista corresponden a los de revisión (34%) seguido de artículos de investigación (64%), programa y protocolos (14.55%), de opinión (9.09%), y de técnicas y procedimiento (3.64%).

En otro estudio bibliométrico realizado por Diego Camps¹² en la *Revista Universitaria Médica* durante el periodo 2002-2006, se detectó que los porcentajes de artículos publicados comparados con el resto de artículos es bajo si se compara con los de otras revistas, en los que se estima que 50% son artículos originales. Sin embargo, es difícil la comparación en este ítem por varios factores. Al analizar la contribución científica por autores a la revista *Enfermería Universitaria*, el 77.80% han escrito un artículo, el 16.70%, dos artículos; el 2.71%, tres artículos, y el 1.85%, que son sólo dos autores, han escrito cinco artículos. Esto da idea que la gran mayoría de los autores publican una vez en la revista dado que también existen otras revistas donde también pueden publicar. Estas cifras son similares al estudio realizado de la producción científica de la revista *Enfermería Neurológica* y publicado por Martín Rodríguez y Cristina Toledo,¹³ en el que plantean que al analizar la autoría y colaboración, no encontraron autores únicos por artículo, en ningún número de los publicados se llegó a una media de tres autores (la media más elevada está en el núm. 0 con un promedio de 2.7 de autores firmando el artículo). La endogamia editorial bruta (artículos publicados por miembros del comité asesor de la revista), la sitúa en un 42.27%, aunque es necesario tener en cuenta que en su análisis consideran secciones como casos clínicos, historia de la enfermería y metodología enfermera con producción fija de colaboradores. Sin embargo, para Eduardo Figueredo¹⁴ en los artículos previos en los que se evalúa la producción científica, se manifiesta que el

simple recuento de publicaciones de cada investigador es un indicador poco fiable para medir las aportaciones que ha hecho al progreso de la ciencia. Por tal motivo, sería deseable encontrar indicadores que puedan medir de forma más pormenorizada la contribución individual de cada investigador.

CONCLUSIONES

La evaluación de la actividad científica medida con indicadores bibliométricos se ha constituido en los últimos años como los instrumentos útiles para estudiar los resultados de la producción científica a través de las publicaciones en las revistas. Por ello, la evaluación de la producción científica de la revista *Enfermería Universitaria* tiene la intención de identificar aciertos e insuficiencias a fin de apoyar la toma de decisiones para su mejora y fincar nuevas trayectorias para la investigación. Es destacable señalar que el 41.62% de los artículos publicados correspondieron al campo de investigación, lo cual está acorde con los propósitos y la clasificación de la revista de la ENEO, catalogada como científica, ya que promueve la divulgación del conocimiento de la disciplina en ese ámbito. No obstante, es deseable también que se incremente el número de publicaciones en este rubro.

Por otra parte, respecto a los estudios de caso, se debe exhortar e invitar a los especialistas de enfermería para que publiquen sus experiencias, ya que éstas constituyen una metodología en el ejercicio práctico del cuidado y que, por tanto, aportan evidencias para enriquecer y consolidar el conocimiento que sustenta el quehacer de la enfermería. En los años evaluados de la revista *Enfermería Universitaria* se ha podido constatar que si se continúa mostrando la literatura científica de las enfermeras(os), al difundir sus conocimientos, tanto a nivel nacional como internacional, será considerada aun más como un referente de consulta para los profesionales en ejercicio y los recursos humanos en formación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balseiro L y cols. Evaluación interna y externa de la revista *Enfermería Universitaria* de la ENEO-UNAM durante el periodo 2006-2006. *Revista Enfermería Universitaria*. 2009; 6 (1): 13.
2. García SL y cols. Análisis bibliométrico de los artículos científicos publicados en la *Revista Médica Electrónica* (2003-2009). *Revista Médica Electrónica*. 2010; 32 (3). Disponible en URL: <http://bit.ly/QG98RP>
3. Buena CG. Evaluación de la calidad de los artículos y de las revistas científicas: propuesta del factor de impacto ponderado y de un índice de calidad. *Psicothema*. 2008; 1 (15): 30.
4. Camps D. El análisis bibliométrico de *Universitas Scientiarum*. *Universitas Scientiarum*. 2009; 14 (1):
5. Ortiz MI y cols. Factor de impacto en las revistas de enfermería. *Enfermería Clínica*. 2002; 12 (6): 266-267.

6. Armero B. Análisis cuantitativo de la revista *Enfermería Global* 2002-2004. *Enfermería Global [sine anno]*; 7: 2.
7. Gálvez TA y cols. Consumo de información de las revistas de enfermería del área lingüística del español y del portugués en 2002. *Desarrollo Científico De Enfermería*. 2004; 12 (3): 70.
8. Tomás CV y cols. Estudio bibliométrico de la producción científica y uso de la *Revista Chilena de Nutrición* a través de la red Scielo (de 2002 a 2007). *Revista Chilena de Nutrición*. 2010; 37 (3): 331.
9. Serrano GP y cols. Análisis de la producción científica. *Revista Metas de Enfermería*. 2004; 14 (48-49): 79.
10. Bordons M, Zulueta MA. La actividad científica a través de indicadores bibliométricos. *Rev ESE Cardiol*. 1999; 52: 790-800.
11. Rodríguez M, Toledo C. Análisis de la producción científica de la revista enfermería, revista *Enfermería Neurológica* en los años 2007-2009. *ENE*. 2009; 3 (2): 18.
12. Camps D. Estudio bibliométrico general de colaboración y consumo de la información en artículos originales de la revista *Universitas Médica*, período 2002 a 2006. *Universitas Medica*. 2007; 48 (4): 362.
13. Op. Cit. Rodríguez M, Toledo C. :2009;3(2) 17.
14. Figueredo E. Valoración curricular de las publicaciones científicas. *Medicina Clínica de Barcelona*. 2005; 125 (17): 661-663.

Desafíos de la Unidad de Investigación del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Achievements and Challenges of the Research Unit of the National Institute of Neurology and Neurosurgery

Ma. Guadalupe Nava Galán

El surgimiento de la investigación en enfermería inició con los registros detallados de las observaciones de Florencia Nightingale, quien aplicó sus conocimientos al estudio de la realidad a través de la historia y la filosofía. Esto constituyó el centro de su vida, es decir, el cuidado de la salud de las personas. Ella analizó la lógica del pensamiento de enfermería, las bases filosóficas, epistemológicas y éticas a través de su teoría, a partir del análisis del contexto histórico sociocultural en el cual se desarrolló su principal obra. Sus bitácoras están plasmadas a través de sus notas — éstas parten de la lógica del pensamiento Nightingaleano — las cuales han servido de punto de partida para desarrollar todas y cada una de las actuales teorías de enfermería. Sobre todo, Florencia Nightingale merecen el profundo reconocimiento de haber sido la pionera del pensamiento científico, así como de cuestiones éticas en enfermería y del desarrollo disciplinar actual.¹

Por las consideraciones anteriores, cabe destacar que en la evolución de la investigación de enfermería en América sus aportaciones son reconocidas desde los años cincuenta, al fundar la primera Asociación de Enfermería —la primera revista de investigación— la cual se publicó y difundió en la misma década; para los años sesenta, las prioridades de investigación y los objetivos se orientaron a la práctica, la educación y el desarrollo curricular, sin embargo, en los setenta fue este último el que tuvo mayor impulso para el desarrollo de la investigación. En los años ochenta se estableció el Centro Nacional para la Investigación de Enfermería (CNIE), el cual se considera una de las primeras

unidades de investigación en enfermería; fue hasta los noventa cuando se planteó la necesidad de incorporar hallazgos de la investigación a la práctica clínica.²

Así mismo, Espinoza-Ortega refiere que los avances de enfermería en EE.UU. se han dado por etapas, las cuales son:

Primera etapa. Diferenciación de la enfermería como ciencia. Aquí se describe qué estudia la enfermería, su dominio, enfoque, límites y por qué es diferente de otras disciplinas.

Segunda etapa. Legitimidad de la enfermería como academia. En esta etapa se definen las características de la teoría y se formulan criterios para evaluarla.

Tercera etapa. En ésta se considera la base de los conocimientos científicos de enfermería, centrándose en la interrogante sobre las teorías que puedan guiar la investigación.

De igual manera los mismos autores refieren que la Investigación de la enfermería en México está basada en las siguientes temáticas de estudio: el 40% refiere la formación de los recursos humanos, el 32% los factores que influyen en la práctica profesional, el 18% la asistencia de la enfermería en el diagnóstico, el 14% la administración, el 12% la asistencia en la promoción, mantenimiento y prevención y el 8% la asistencia de la enfermería en el tratamiento y la recuperación. En cuanto a las publicaciones se reportan, las siguientes: publicaciones clínicas 54%, epidemiológicas 20%, de servicios de salud 17% y educativas 9%.

Desde entonces el perfil de las investigaciones de enfermería en México está enfocado principalmente en la

*Correspondencia: Ma. Guadalupe Nava Galán. Insurgentes Sur 3877, Colonia La Fama, Delegación Tlalpan, C.P. 14269
E-mail: magpengalan@hotmail.com*

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

asistencia, la calidad de la atención y los aspectos educativos y de administración. En cuanto a los diseños de investigación, éstos son de tipo descriptivos en 30%, no especificados en 27% y de otro tipo en 17%; también 12% tipo correlacionales y 5% cuasi experimentales. En cuanto a las poblaciones y áreas de investigación en México se enfocan más al adulto joven, adulto mayor, adolescentes, niños y mujeres.

Las áreas de interés son las enfermedades neurológicas, las neuroquirúrgicas y las neuropsiquiátricas, así como las áreas crónicas, los estados críticos, las drogas lícitas, la calidad de vida, el autocuidado, la autoestima, el crecimiento y el desarrollo y agotamiento, entre otros. En el ámbito Internacional, la investigación en enfermería tiene como finalidad el desarrollo del conocimiento y la validación de lo ya existente, como consecuencia se genera la ciencia propia de cada disciplina; esto permite validar su práctica profesional.³ Así mismo, Moreno-Casbas enfatiza que la investigación se caracteriza por la utilización del método científico y la obtención de respuestas; él refiere también, que no es una actividad de élite, ni un lujo, sino una necesidad y, por lo tanto, debe formar parte del quehacer cotidiano de todo profesional. Es un deber de la enfermería reflexionar sobre la realidad en la que actúa, obtener conocimientos y aplicarlos. La profesionalización va más allá de marcar competencias o remarcar su identidad; ser profesional, significa poner al servicio de la sociedad la producción y uso responsable del conocimiento.

En los últimos 10 años, las instituciones los hospitales las escuelas y las facultades donde se desarrollan los profesionales de enfermería impulsan la investigación desde donde se encuentren; si cuentan con unidades destinadas a la investigación de enfermería la desarrollarán y, con asesoría para dar inicio a los protocolos, estos son asesorados, registrados y evaluados por pares.

La investigación debe surgir de las necesidades en la clínica, en la gestión y la educación, dando continuidad a las líneas establecidas por los profesionales interesados en llevar a cabo el proceso en las diferentes metodologías, sin perder el objeto de estudio («el cuidado») desde diferentes enfoques. Lo que se pretende al hacer investigación es que los resultados sean propositivos para intervenir oportunamente y que sean competitivos en diferentes niveles de atención a nivel interdisciplinar, a través de la práctica clínica, gestión y enseñanza, no sólo nacional sino internacional.⁴

Manfredi destaca la importancia que tienen las unidades de investigación; éstas permiten desarrollar la exploración de la enfermería en América Latina para poder conocer qué está permeando en la práctica clínica, en la educación y la gestión. La creación de unidades específicas de enfermería

que basan su investigación en evidencia, identifican las siguientes ventajas: a) clarificación de metas de educación, b) identificación de vacíos en los planes de estudios y c) facilitación para desarrollar sistemas de evaluación de los programas educativos entre otros.⁵

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2003, puntualizó que la investigación es una de las cinco prioridades para el desarrollo de la práctica de enfermería y, además puntualizó sobre la necesidad de establecer una base disciplinar de evidencia para la práctica de enfermería;⁶ propuso como estrategia, desarrollar un trabajo colaborativo entre organizaciones de enfermería pertenecientes a diferentes países. Esta idea fue también propuesta en la VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería.⁷

En este sentido, es necesario impulsar la investigación en el ámbito local para incrementar el conocimiento que permita comparar y considerar las particularidades de los diferentes países. La investigación es necesaria para hacer uso de los recursos en forma eficiente sin afectar la calidad, al tener una definición clara de las prioridades en la producción de conocimiento de enfermería, de tal forma, que respondan tanto a la necesidad de fundamentar la ciencia de enfermería, como a las necesidades en salud.⁸

En Chile, el Ministerio de Educación se preocupó por desarrollar proyectos de renovación curricular con el propósito de generar profesionales capacitados con una metodología para el desarrollo curricular comparable, considerando las competencias y teniendo en cuenta la autonomía de cada profesión, para proponer así, profesionales con estudios de postgrado que sean capaces de desarrollar una metodología investigativa en la que se basen las denominadas competencias genéricas de habilidades y destrezas, las cuales buscan información, conocimiento, comunicación, trabajo en equipo, liderazgo, competencias específicas y, sobre todo, competencias necesarias para cada profesión.⁹

La creación de Unidades de Investigación en Enfermería es primordial para desarrollar, evaluar y difundir el conocimiento de enfermería; éstas constituyen una parte trascendental de la práctica clínica, la enseñanza y la gestión del cuidado. El propósito fundamental es beneficiar directamente a los enfermos y brindar una óptima calidad de atención a través de la investigación. La enfermería puede documentar el costo efectividad de los cuidados basados en evidencia.¹⁰

Por las consideraciones anteriores, las unidades de investigación son fundamentales para que la práctica clínica de enfermería brinde una atención basada en evidencia; esto asegurará un cuidado de la calidad costo-efectivo y es, a la vez, un distintivo de la enfermería profesional;¹¹

actualmente es necesario llevar a cabo investigación en torno a los enfermos que se les brinda un cuidado con recursos escasos.^{12*} Es necesario que los profesionales de enfermería identifiquen y utilicen la mejor evidencia en su ejercicio profesional cuando falte la evidencia o ésta sea débil; deben ser capaces de generar el conocimiento necesario y fortalecer a la disciplina, implementando estrategias con pocos recursos.¹³ Actualmente es necesario impulsar la investigación en el ámbito donde se desarrolle cada profesional de enfermería para incrementar el conocimiento que permita considerar las particularidades de los diferentes países. Asimismo se debe hacer uso de los recursos de forma eficiente, sin afectar la calidad de la atención, teniendo las prioridades en la producción de conocimiento de enfermería, de tal forma que respondan a la necesidad de fundamentar la ciencia de la enfermería de acuerdo con las necesidades en salud.¹⁴ De igual forma la Organización Panamericana de la Salud (OPS) identifica los valores y las competencias en el profesional de enfermería, definiendo la competencia de acuerdo con lo propuesto por Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas, como «aquellas destrezas, conocimientos, conductas y características necesarias para lograr un buen desempeño en el ámbito laboral». Él destacó de igual manera la importancia de tomar en cuenta la cultura y el contexto para identificar las competencias.¹⁵

Las competencias son conocimientos, habilidades y actitudes que a) afectan el rol o responsabilidad en el trabajo, b) corresponden con la realización del trabajo, c) pueden ser medidas con estándares aceptados y d) pueden ser mejoradas mediante el entrenamiento y el desarrollo.¹⁶

Las unidades de investigación en enfermería deben ser consideradas como «la fuente de desarrollo de conocimiento» que da la característica de disciplina y que están presentes en la práctica clínica y en el desarrollo de la administración y la educación, dando respuesta a las necesidades sociales que están relacionadas con los procesos de salud-enfermedad, con las condiciones y con la calidad de vida de las personas, familias y comunidades.

Actualmente, hacia el siglo XXI, emergieron tres temas generales para investigar lo que el profesional de enfermería y los estudiantes deben enfocarse, esto es, en lo siguiente: 1) principios y leyes que gobiernan los procesos de la vida, bienestar y funcionamiento óptimo de los seres humanos enfermos o sanos; 2) patrones de comportamiento humano y su interacción con el medio ambiente en situaciones

críticas de la vida, y 3) procesos por los cuales se afectan los campos positivos del estado de salud.¹⁷ Sin embargo, en sus artículos, Donaldson y Bottorff proponen -de acuerdo con lo que se localiza en la producción investigativa de Colombia, Latinoamérica y el mundo- que hay todavía una gran distancia frente a las líneas propuestas. Los trabajos desarrollados según el CIE, y las prioridades de investigación en enfermería para el presente son:

- 1) Generar conocimiento disciplinar, que se relacione con el desarrollo y aplicación de modelos conceptuales y teorías de enfermería.
- 2) Desarrollar estrategias para mejorar los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en especial, las que corresponden con la determinación de factores de riesgo, incluyendo la vigilancia y control de los mismos.
- 3) Establecer características de las poblaciones y evaluar las estrategias encaminadas a la modificación de factores de riesgo, puesto que se han dinamizado y transformado en los últimos años.
- 4) Analizar aspectos relacionados con la prestación de servicios de salud, dentro de lo cual se sugiere mejorar la calidad del cuidado de enfermería y estudiar el impacto de las intervenciones de enfermería en las metas de salud y bienestar.
- 5) Analizar la calidad de vida laboral de las enfermeras, la retención, la movilidad local, regional e internacional, la satisfacción laboral y el estrés laboral, así como la relación de enfermeras con la población, entre otros.
- 6) Participar en el desarrollo de políticas encaminadas a la equitativa, oportuna y eficiente prestación de servicios de salud.
- 7) Integrar la práctica basada en la evidencia, lo cual dinamiza y amplía los horizontes de cuidado, puesto que surge desde escenarios distintos y promueve el trabajo en equipo entre la docencia y la asistencia. Alrededor de estos planteamientos existe una mayor sincronía en torno a los trabajos desarrollados por las enfermeras en la producción nacional e internacional.

En el ámbito nacional, los planes curriculares de los diferentes niveles de formación deberían organizarse para exponer a los alumnos a situaciones que los impulsen a adquirir una actitud de cuestionamiento de la realidad, así como una actitud de rigor científico e interés por la verdad. Al incorporar estrategias que desarrollen el espíritu científico desde el primer semestre de la carrera, se construye un terreno digno de crédito, para que en los niveles de formación superior, los alumnos, ya con una actitud indagatoria y un interés científico, adquieran los

* Lamelas EF. La investigación en el currículum de enfermería. Grado de influencia y límites de la enfermería basada en evidencia. *Enfermería Clínica*. 2002; 1 (4): 182-187.

conocimientos y habilidades necesarios para hacer de la investigación parte de la formación escolar y, para que la apliquen en el ámbito laboral insertando la cultura de la investigación formal e institucional.¹⁸ Es importante destacar que para dirigir una unidad de investigación se debe contar con el perfil y la experiencia disciplinar y escolaridad de postgrado, pues esto asegura que el dirigente posea el dominio y los conocimientos para formar y capacitar nuevos investigadores y así, cumplir con los objetivos propuestos en los programas de trabajo.¹⁹

Los programas de trabajo deberán contar con un organigrama, una misión y una visión; deben basarse en líneas de investigación, y éstas a su vez, en las áreas de interés que van vinculándolos en un mismo eje temático. Por ejemplo, con respecto a los profesionales de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, sus áreas de interés son las neurociencias y su eje temático es el cuidado que debe incluir metodología cuantitativa o cualitativa con actividades de investigación realizadas por diferentes grupos que muestren resultados visibles en su producción de protocolos que sean propositivos.

Así mismo, las líneas de investigación deberán corresponder a un área del conocimiento lo suficientemente amplia para que no agote los temas de interés inherentes, sobre todo, considerando que se requiere de un trabajo interdisciplinario y multidisciplinario, así como transdisciplinario; esto va a permitir diferentes puntos de vista respecto de un mismo aspecto, sobre todo, si se tiene coherencia en torno a una orientación central, lo que permite así, el surgimiento de nuevas líneas de investigación.²⁰

Cabe destacar que estas unidades de investigación deberán contar con un área específica que cuenten con recursos humanos y materiales para desarrollar los protocolos de investigación y, éstos a su vez, basarse en formatos institucionales ya establecidos; sobre todo que sean evaluados para enriquecer la investigación desde diferentes sugerencias o desde la evaluación del rigor metodológico. Es importante, también, que los resultados se den a conocer en foro, cartel o en una publicación, para dar respuesta a las necesidades que originaron la investigación de salud; lo ideal es que de las unidades de investigación surjan sus propias revistas.

Para desarrollar la investigación se debe contar en las instituciones de salud con el perfil y personal específico para generar nuevos recursos humanos, para ello —y a pesar de contar con una formación básica en el área— la investigación debe ser la vía por la cual se evidencie y guíe la práctica del cuidado. En este sentido el planteamiento de los lineamientos básicos para la creación de espacios donde se propicie ésta, se han convertido en una necesidad que deberá consolidarse de manera natural como requisito

indispensable y como la formación prioritaria de los profesionales de la enfermería, ya que se requiere establecer desafíos y culminarlos como logros en el ámbito institucional. No se debe perder de vista claramente que las Unidades de Investigación son espacios en los cuales se debe llevar a cabo proyectos disciplinares basados en las necesidades institucionales y, éstos deben ser dirigidos por profesionales de enfermería que apoyen el cuidado desde el punto de vista clínico, educativo y administrativo que innoven las líneas de investigación.

La profesión de enfermería en los últimos años ha sido una de las disciplinas de mayor desarrollo en el proceso de profesionalización; éste es uno de los elementos medibles que reflejan los resultados de diferentes respuestas ante una necesidad social urgente de salud al ser investigados.

Actualmente existen indicadores en las unidades de investigación que reportan un número considerable de protocolos que se están desarrollando, en el pregrado y en las áreas clínicas. Las nuevas generaciones de profesionistas con estudios de postgrado a cargo de las unidades de investigación en las instituciones han generado nuevos resultados e investigaciones y han dado respuesta a las problemáticas planteadas al desarrollar protocolos que generen impacto al dar a conocer la problemática con resultados finales en foro, carteles y en publicaciones de las revistas que se desarrollan y dirigen por los responsables las unidades.

Éstos son sin duda datos tangibles de la transformación y grado de alcance de la enfermería actual, sin embargo, el mayor reflejo del desarrollo de las (os) enfermeros de cualquier institución debe soportarse con la evidencia científica aplicada a la calidad de atención de las personas que lo requieren, en éste sentido se ven reflejadas intervenciones y cuidados de las más alta calidad científica y humanística proporcionados a las personas y sus familias en el procesos de salud y/o enfermedad éste es el sentido de la profesión.

Si bien es cierto que en los últimos años la investigación su productividad y su aplicación han sido en el mundo entero motivos de transformación no sólo de una profesión, sino de la sociedad misma. En materia de salud, la aplicación de la investigación ha ido encaminada al descubrimientos de intervenciones oportunas de enfermería en el tratamientos para ciertas condiciones de salud y/o enfermedad así como de la prevención, promoción y bienestar de la salud; así, la investigación cobra mayor importancia al ser el proceso de sustentabilidad de la práctica clínica diaria, pues ésta arroja evidencias para guiar o planear los diferentes planes o intervenciones del cuidado que se debe otorgar.

En este sentido la metodología de investigación que utiliza el profesional de enfermería debe basarse en la implemen-

tación del método científico basado en la mejor evidencia científica con la aplicación y rigor metodológico; ésta es la manera de hacer ciencia.

Actualmente la formación de los profesionistas de enfermería deberán basarse en el proceso de profesionalización, no obstante, estudios realizados demuestran que los planes de estudio existentes en diferentes países de centro y Latinoamérica no han considerado la formación investigativa en sus niveles básicos sino hasta los niveles de especialización y, en algunos otros, hasta el nivel de maestría, de tal manera que el impulso a la investigación en la disciplina desde el pregrado es débil; éste es un factor que está permeando en la escasez de publicaciones así como en la resolución de problemas en la práctica diaria.

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud señala que una de las principales barreras para la investigación en enfermería es la falta de conocimiento y la experiencia en el tema, así mismo en la discusión que se genera en su publicación establece tres líneas a desarrollar en el cumplimiento de la misión del profesional de enfermería, éstas son:

1. La investigación centrada en la persona.
2. El desarrollo de programas formales de investigación en enfermería.
3. El fomento a la investigación interdisciplinaria y multidisciplinaria.²¹

CONCLUSIÓN

En las instituciones y centros de salud el reto es aún mayor, ya que el concepto de calidad de atención debe basarse en cuidados personalizados de cada enfermo, no obstante, la atención directa debe basarse en la mejor evidencia científica, el trato digno y en los estándares e indicadores actuales. Estos datos actualmente son medibles en cada enfermo y su familia.

El cuidado, actualmente, ha significando un elemento invaluable para investigar y mejorar la atención, al prevenir, planear y proporcionar en cada persona —bajo las condiciones de salud actuales— que se favorezcan la continuidad del mismo por los profesionales de enfermería a cargo de los diferentes servicios.

REFERENCIAS

1. Amaro-Cano MC. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. *Rev Cubana Enfermer*. 2004; 20 (3): 2-3.
2. Espinoza-Ortega S. Tendencias actuales de la investigación de enfermería en salud pública. VI Congreso Regional de Salud Pública Facultad de Enfermería, UANL.
3. Moreno-Casbas M. Boletín IDEA. Investigación, Docencia, Enfermera Avanzada. 2005; 4.
4. Calhoun JG, Davidson PL, Sinioris ME, Vincent ET, Griffith JR. Toward an understanding of competency identification and assessment in health care management. *Quality Management in Health Care*. 2002; 17 (1): 14-28.
5. Manfredi M. La investigación en enfermería en América Latina. *Educación Médica y Salud*. 1991; 25 (2): 154-166.
6. Organización Panamericana de Salud. Nuevos retos en el campo de la educación avanzada del personal de enfermería en América Latina. *Pan American Journal of Public Health*. 199; 2(1): 51-56.
7. Romero MN. Formación de Investigadores en enfermería. Conclusiones de Simposios. VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería [Internet]. [acceso el 1° de septiembre]. 2004. Disponible en: http://www.aladefe.org/indexfiles/docs/conclusiones_cidee/formacioninvestigadores_enfermeros.doc
8. Castrillón C. Trends and priorities in nursing research. *Revista Latinoamericana Enfermagem*. 2004; 12 (4): 583-588.
9. Araneda G. Proyecto especial MECESUP 2004 curricular ¿es el cambio que debemos tomar? (N° 3). Santiago: Asociación Chilena de Educación en Enfermería; 2004.
10. Registered Nurses Association of British Columbia. Nursing and Research Policy Statement (Report N° 94). Vancouver: RNABC; 2003.
11. Consejo Internacional de Enfermeras. Declaración de posición: Investigación en Enfermería [Internet]. 1999 [Revisado el 1° de septiembre, 2004]. Disponible en: <http://www.icn.ch/psresearch99sp.htm>
12. Lamelas EF. La investigación en el currículum de enfermería. Grado de influencia y límites de la enfermería basada en la evidencia. *Enfermería Clínica*. 2002; 1 (4): 182-187.
13. Registered Nurses Association of British Columbia. Nursing and Research Policy Statement (Report N° 94). Vancouver: RNABC; 2003.
14. *Op. Cit.* Castrillón, p. 585.
15. Organización Panamericana de la Salud. Valores y competencias corporativas para el personal profesional en la Organización Panamericana de la Salud (Documento de síntesis). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
16. *Op. Cit.* Colhoun, p. 26.
17. Donaldson B. La investigación en el conocimiento y la práctica de enfermería [Internet]. Disponible en: www.sonico.com/...enfermeria/.../la-investigacion-en-enfermeria-en-america-latina
18. *Op. Cit.* Espinoza-Ortega.
19. Harrison L, Hernández R. Competencias para Investigación en diferentes niveles de formación de enfermeras: Una perspectiva Latinoamericana. *Cienc. Enferm*. 2005; 11 (1).
20. Suing A. Definición de líneas de investigación. *Compilación para insu-mos CITTES*. España: Universidad técnica particular de Loja; 2008.
21. Stacciarini, Investigación en enfermería en Brasil: es el momento de un cambio.
22. Abel Suing. Establecimiento de líneas y temas de investigación.