

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez



Revista de Enfermería Neurológica

Volumen 13, No.2 mayo - agosto 2014



**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
Enf. Neurol. Hortensia Loza Vidal

EDITORIA ADJUNTA
MCE Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar

EDITORES ASOCIADOS
Dra. Teresa Corona Vázquez
Dr. Humberto Mateos Gómez

CONSEJO EDITORIAL
Miguel Ángel Celis López
Dr. Nicasio Arriada Mendicoa
Ma. Lucinda Aguirre Cruz

DISEÑO Y FORMACIÓN EDITORIAL
Graphimedic, S. A. de C. V.

Comité Editorial

Dora Lucía Gaviria Noreña
(Colombia)

Isabel Silva Quiroga
(Uruguay)

Klara Stensing
(Suecia)

Sofía Cheverría Rivera
(San Luis Potosí)

María Elsa Rodríguez Padilla
(San Luis Potosí)

Alejandro Belmont Molina
(INNN)

Mtra. Sylvia Claudine Ramírez Sánchez
(IMSS, Siglo XXI)

Dra. Silvia Crespo Knopfler
(Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, FESZ UNAM)

Dra. Susana González Velázquez
(Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, FESZ UNAM)

MHEO Alejandra Ibarra Rangel
(INNN)

MEE Ma. Guadalupe Nava Galán
(INNN)

Lic. Enf. Irene Quiza Tomich
(INNN)

MEE Araceli Sánchez Ramos
(INNN)

MEE Sara Santiago García
(INNN)

MEE Rosa A. Zárate Grajales
(Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia ENEO-UNAM)

*Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
La Revista de Enfermería Neurológica (México) 2014*

Presenta material científico que deriva de la investigación relacionada con las neurociencias en enfermería. Esta revista inicia en enero 2002. Publicación cuatrimestral. Editada por Subdirección de Enfermería. Los manuscritos para publicación, correspondencia relativa al material editorial y cartas al editor, se enviarán a la coordinación de investigación en enfermería a la MCE Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar, 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, 2099 y 5031. Planta baja Edificio de Investigación sociomédica, laboratorio de investigación en enfermería. 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. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2004-051117043800-102, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. ISSN L "En trámite". Todos los derechos reservados por escrito de la institución. coord.inu. enf@inn.edu.mx subdireccionenfermeriainn@yahoo.com.mx rev.enf.neurol@gmail.com Diseñada, producida e impresa en México por Graphimedic, S.A. de C.V. Tels.: 8589-8527 al 31.

E-mail enyc@medigraphic.com

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

REVISTA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ



CONTENIDO

Editorial

Reunión Anual de Investigación en su décima edición 56
Angélica Gpe. Dávalos Alcázar

Artículos originales

Áreas del conocimiento de enfermería en la calidad científica de la Revista de Enfermería Universitaria de la ENEO 58
2007-2011
Rebeca Esquivel Escobar, Lasy Balseiro Almarino, Federico Sacristán Ruíz, Gandby Ponce Gómez, Silvia Hernández Rosas

Interacción madre-hijo durante la alimentación en niños con hipotiroidismo congénito 64
Rolando Rivera González, Miriam Figueroa Olea, Citlali Soto Ramos, Fabiola Soto Villaseñor, Carmen Sánchez

Responsabilidad en la labor que asumí. 70
Un requisito para las enfermeras en el cuidado humanizado
Oscar Alberto Beltrán Salazar

El cotidiano del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia: reconfigurando el espacio 81
Virginia Reyes Audiffred, Zoila Esperanza Leitón Espinoza

Estudio de caso

Intervenciones de la enfermería en un agente de cuidado dependiente con malformación de Arnold. Chiari 87
Belinda de la Peña León, Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar, Rocio Valdez Labastida

Ensayo

Corrientes educativas que han permedado la formación de enfermería en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 95
Araceli Sánchez Ramos

REVISTA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ



CONTENTS

Editorial	56
Annual Research Meeting in its tenth year <i>Angélica Gpe. Dávalos Alcázar</i>	
Original articles	58
Nursing knowledge areas in scientific quality of the ENEO's Enfermería Universitaria Journal from 2007-2011 <i>Rebeca Esquivel Escobar, Lasy Balseiro Almarío, Federico Sacristán Ruíz, Gandby Ponce Gómez, Silvia Hernández Rosas</i>	
Mother-infant interaction during feeding time in children with congenital hypothyroidism <i>Rolando Rivera González, Miriam Figueroa Olea, Citlali Soto Ramos, Fabiola Soto Villaseñor, Carmen Sánchez</i>	64
Responsability for the assumed work A requirement for nurses in humanized care <i>Oscar Alberto Beltrán Salazar</i>	70
Everyday family caregiver of older adults with dependence: reconfiguring space <i>Virginia Reyes Audiffred, Zoila Esperanza Leirón Espinoza</i>	81
Case study	
Nursing interventions in a dependent care agent with Arnold-Chiari malformation <i>Belinda de la Peña León, Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar, Rocío Valdez Labastida</i>	87
Ensayo	
Educational flows that have permeated the nursing education in the Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia <i>Araceli Sánchez Ramos</i>	95

Reunión Anual de Investigación en su décima edición

La enfermera, al ser el profesionista más próximo a la persona que se encuentra en un proceso de enfermedad, es aquella que en los últimos años ha tenido un impulso académico que se refleja y se proyecta a través de la presencia social y profesional en materia de salud, tanto en nuestro país como en el mundo. Es importante destacar que por ello los avances que son generados en materia asistencial, docencia y de gestión de los servicios de enfermería, se han difundido a través de la investigación mediante ciertos procesos y protocolos, los cuales han sido publicados en la *Revista de Enfermería Neurológica* que comenzó desde el año 2002. De inicio, únicamente eran divulgados los proyectos a investigar, sin embargo, a través de estos diez años han incursionado en este ámbito profesionistas enfermeras como la Lic. Nidia Coronado García, la Lic. Enf. Beatriz Trejo Casañas, la MEE. Araceli Sánchez Ramos, la MEE. María Guadalupe Nava Galán, la MCE. Araceli Jiménez Mendoza, que han contribuido y dado cimientos invaluable que en pleno siglo XXI dan credibilidad a la actual *Revista de Enfermería Neurológica*, que por iniciativa de la Enfermera Neuróloga Hortensia Loza Vidal se instauró y se lleva a cabo en la Unidad de Investigación e inició su primer ejemplar con el Vol. 1 Núm. 1 enero-diciembre, 2003. Hasta el momento, la revista ha tenido diferentes modificaciones en diseño, tanto en el interior como en el exterior. Sin embargo, lo más relevante es el avance en el contenido investigativo y creador de una revista científica que es difundida en bases de datos como **CUIDEN**, sustentado por el proceso editorial de **Medigraphic**, lo cual nos permite y proporciona visibilidad al acceder a la web; de igual forma, está siendo evaluada por **Latindex**, **Redalyc** para en un futuro cercano se visualice a través de plataformas como **Scielo**, **LILACS**, **BIREME** y **Scopus**, así como también para que se gestione lo propio para formar parte de la **Biblioteca Virtual en Salud (BVS)**.

Este trabajo, como se mencionó con anterioridad, se lleva día con día en la Unidad de Investigación en Enfermería (UIE), ubicada en el Edificio de Investigación Sociomédica, y representa desde hace ya varios años un espacio que

promueve, fomenta, impulsa, desarrolla, promociona y difunde el avance científico del profesional de enfermería. Esto se ve respaldado por la presentación de conferencias en el marco de la investigación en salud en la Reunión de Investigación en Enfermería.

En un inicio, ésta se llevaba a cabo en un solo día, sin embargo, a consideración de la actual Subdirectora de Enfermería, la MRN. Rocio Valdez Labastida, y la producción en investigación que es recibida, se incrementaron a dos días. En el último lustro, se han tenido avances significativos en la proyección del evento coordinado hasta diciembre de 2013, por la MEE. María Guadalupe Nava Galán, Coordinadora de Investigación en Enfermería.

De manera simultánea, la Unidad de Investigación ha sido participe en la conformación de la Red de Investigación en Enfermería, siendo sede del VII Encuentro de la Red en octubre de 2013, como proyectos de investigación propia en red que están en proceso de conclusión y difusión de resultados, así como la instauración del proyecto **Red de Editoras de Revistas Científicas en enfermería** a partir de enero del presente año.

En esta ocasión, la **X Reunión de Investigación en Enfermería** se llevó a cabo los días 5 y 6 de junio, y de inicio contó con la presencia de dos conferencistas: el **Mtro. Alejandro Machorro Nieves**, quien como tercer vocal de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas (AMER-BAC), brindó la conferencia **“Bioética en investigación y publicación”**, y el **Dr. Óscar Alberto Beltrán Salazar**, Catedrático de la Universidad de Antioquia Colombia, que ofreció la ponencia **“Modelo de reloj de arena: Esfuerzos humanizadores para el cuidado”**.

En este foro académico se presentaron 28 investigadores de diversas disciplinas, entre ellos doctores, doctorantes, maestras y licenciadas en enfermería, en educación, pedagogos, nutriólogos, psicólogos, químico farmacobiólogos, filósofos y especialistas en enfermería neurológica, quienes brindaron una diversidad de conocimiento de las diferentes disciplinas. Asimismo, se obtuvo un registro de 220 asistentes, tanto del personal del instituto como de diferentes instituciones

de salud, tales como el Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Pediatría, así como de universidades invitadas, entre ellas la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), quien en esta ocasión nos brindó y alojó en sus instalaciones, la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES Zaragoza), la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, la Benemérita Universidad de Puebla, la Universidad Tecnológica Nezahualcóyotl, la Universidad Veracruzana, la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Instituto de la Región Oriente, sede regional de la Universidad del Valle y Universidad Autónoma de Guanajuato.

Por la importancia del evento, en esta ocasión se otorgaron tres premios económicos proporcionados por la Fundación Armstrong, misma que desde su inicio avala y respalda este tipo de eventos con gran fuerza y distinción. Siendo los premiados:

1^{er} lugar: Indicadores tempranos de dificultades del comportamiento en los primeros 2 años de vida por Est. Lic. Psic. Tania Ivonne Hernández Coloa, Dra. Dora Elizabeth

Granados Ramos y Ma. Magdalena Álvarez Ramírez de la Universidad Veracruzana.

2^o lugar: Protocolo de manejo de paciente con corazón izquierdo hipoplásico por la Lic. Enf. María del Socorro Rodríguez Ramos y la Lic. Yolanda Velázquez Godoy del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

3^{er} lugar: Impacto en el nivel de eficiencia de los registros de atención de enfermería en cuidados críticos e intermedios posterior a un programa de Mejora por el Mtro. Noé Sánchez Cisneros del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Dichas investigaciones proyectan el hacer del cuidado a través de una mirada compartida y respaldada por las diferentes disciplinas e instituciones de educación así como de salud, que proporcionan y dan razón al propio cuidado, mismo que fundamenta el título de la X Reunión de Investigación en Enfermería.

“Cuidado, una visión transdisciplinar”

MCE. Angélica Guadalupe Dávalos-Alcázar

Áreas del conocimiento de enfermería en la calidad científica de la Revista Enfermería Universitaria de la ENEO 2007-2011

Rebeca Esquivel-Escobar,* Lasty Balseiro-Almarino,** Federico Sacristán-Ruiz,*** Gandhi Ponce-Gómez,****
Silvia Hernández-Rosas*****

RESUMEN

El problema de estudio que se planteó fue: ¿cuáles son las áreas del conocimiento de la enfermería en la evaluación de la calidad científica de la *Revista Enfermería Universitaria* teniendo como base los indicadores bibliométricos empleados durante el periodo 2007-2011? **Marco teórico:** La revista científica tiene como función, además de la certificación de la ciencia, establecer e implementar los criterios de calidad que se utilizan para la realización y divulgación de las investigaciones, así como ayudar a consolidar las áreas de investigación, constituirse en el depósito de las informaciones de interés internacionales, nacional o regional y entrenar revisores y autores en análisis y crítica, mejorando la calidad de la ciencia. **Material y métodos:** La variable medida fue: las áreas del conocimiento de enfermería en la *Revista Enfermería Universitaria*. El diseño metodológico fue de corte cuantitativo, no experimental, transversal, retrospectivo, comparativo, analítico, descriptivo y diagnóstico. La muestra de estudio fue el total de artículos de la revista editados en los años 2007-2011. **Resultados:** En las áreas de apoyo del conocimiento de enfermería en los aspectos de enfermería comunitaria y de administración de los servicios de enfermería se publicaron 15 artículos en cada rubro. **Conclusiones:** En la *Revista Enfermería Universitaria* las áreas temáticas del conocimiento de enfermería que predominan son las de los artículos de aspectos metodológicos de la profesión, administración de los servicios de enfermería y enfermería comunitaria.

Palabras clave: Evaluación, indicadores bibliométricos, áreas del conocimiento, enfermería.

Nursing knowledge areas in scientific quality of the ENEO's *Enfermería Universitaria* Journal from 2007-2011

ABSTRACT

The study question is based on nursing knowledge areas analysis in scientific quality assessment of the ENEO's *Enfermería Universitaria* Journal scientific quality during the period 2007-2011. **Theoretical framework:** Among the journal functions are to establish health criteria for the development and publishing of research works, to help strengthen the areas of research, to become a reservoir of information of national and international interest, to train authors and reviewers in analysis and critic, all to include the quality of the science. **Materials and methods:** The measured variable of interest was the ENEO's *Enfermería Universitaria* Journal scientific and the areas of nursing knowledge were assessed. The methodological

* *Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO-UNAM.*
** *Profesor de Carrera Titular "B" de la ENEO-UNAM. Responsable del proyecto.*
*** *Profesor Asociado "C" de la ENEO-UNAM. Corresponsable del proyecto.*
**** *Colaboradores del proyecto.*

Recibido para publicación: 04/04/2014. Aceptado: 06/05/2014.

*Correspondencia: Rebeca Esquivel-Escobar.
E-mail: rbeses@hotmail.com*

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

design was quantitative, not experimental, transversal, retrospective comparative, analytical, descriptive and diagnostic. The study sample was the total of issues published from 2007-2011. **Results:** In relation to the areas of support of nursing knowledge, there were 15 articles on communitarian nursing and 15 of nursing service management. **Conclusions:** The articles which is prevalent in the *Enfermería Universitaria* Journal are about methodological issues on care, service administration and communitarian nursing.

Key words: Assessment, bibliometric indicators, knowledge areas, nursing.

INTRODUCCIÓN

El problema de estudio que se planteó fue conocer cuáles son las áreas del conocimiento de enfermería en la evaluación interna de la *Revista Enfermería Universitaria*, teniendo como base los indicadores bibliométricos durante el periodo 2007-2011. El objetivo fue evaluar por áreas la dimensión del conocimiento de enfermería durante los años 2007-2011 con base en los indicadores bibliométricos. El objetivo específico fue identificar los artículos publicados por áreas del conocimiento de enfermería.

Marco teórico. Para Gálvez Toro y cols.,¹ la construcción de la ciencia es un proceso complejo en el que la publicación del producto de su actividad es un hecho culminante y el resultado final de la actividad científica. Sin embargo, este resultado es parte de un fenómeno más amplio denominado ciclo de la producción científica; según éste, la publicación de un producto científico es el inicio y condición necesaria para su difusión.

Así, para Lorenzini Erdmann y cols.,² el periódico científico es una publicación en serie que tiene una periodicidad definida. Éste también es designado como revista científica o técnico-científica. En el medio académico, se observa que hay una preferencia por la denominación de revista científica. Así, la revista científica tiene como función, además de la certificación de la ciencia, establecer e implementar los criterios de calidad para la realización y divulgación de investigaciones y ayudar a consolidar las áreas de investigación para constituirse en depósito de las informaciones de interés internacionales, nacional o regional, además de entrenar a los revisores y autores en el análisis y crítica, lo que mejora la calidad de la ciencia.

Así, para Serrano Gallardo y cols.,³ la comunicación de la información científica es un rasgo esencial de la ciencia moderna y 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.

Para Araujo-Pulido y cols.,⁴ las publicaciones científicas en el campo de la salud van cada día en aumento en lo que a número de revistas periódicas y artículos se refiere; por ello, es indispensable evaluar la calidad, repercusión y visibilidad de éstas en la comunidad científica para que

puedan ser incluidas e indizadas en distintas bases de datos nacionales e internacionales.

La publicación de un artículo en una revista científica requiere de un proceso riguroso de revisión y validación para asegurar la calidad y el aporte de su contenido. De hecho, la evaluación de la calidad y de la repercusión de las revistas científicas constituye uno de los métodos más habitualmente empleados para obtener información sobre su impacto entre los miembros de la comunidad científica.

Para Pardo Serrano y cols.⁵ la metodología bibliométrica constituye un instrumento esencial para evaluar el producto de la ciencia y, en el caso de disciplinas incipientes en materia de investigación como lo es la enfermería, esta disciplina se constituye como una herramienta esencial para determinar su avance y estado de consolidación, ya que permite analizar diferentes aspectos relativos a la producción, consumo de la información y repercusión de ésta. De hecho, para M. Sobrido Prieto y cols.⁶ los estudios bibliométricos permiten, entre otras cuestiones, evaluar la calidad de las revistas científicas y determinar el estado de la cuestión en una disciplina.

En la ciencia de la enfermería estos estudios son relativamente recientes, pues se iniciaron hace poco más de una década; se han publicado estudios relativos a las áreas concretas de la enfermería, como el realizado por Barreda y cols. en el área materno infantil o el llevado a cabo por Asiaín y Marín que está centrado en la enfermería intensiva. También se han publicado estudios sobre la producción enfermera a través de las revistas de mayor difusión; entre éstos se encuentra el realizado por Torra i Bou, quien analizó tres publicaciones enfermeras en el trienio 1991-1993. Gálvez Toro y cols., basándose en el análisis de referencias y de citas, llegaron a la conclusión de que las enfermeras consultan pocas revistas de enfermería al escribir sus artículos. En cuanto al área temática, existen artículos por ámbito que incluyen la asistencial, gestión, docencia e investigación; también de colaboración que incluyen un solo autor-coautoría y un número de firmas por trabajo; de área temática que incluye a la historia y fundamentos de enfermería, ética y legislación, enfermería psicosocial, salud mental, enfermería psiquiátrica, ecología humana, enfermería comunitaria y bioestadística y demografía, además de microbiología, salud pública, farmacología, nutrición y

dietética, cuidados básicos, enfermería médico-quirúrgica, materno-infantil, geriatría y gerontología y administración en la revisión del área de especialidad de enfermería.

La Fundación Index⁷ considera que las áreas de especialidad de la enfermería son los cuidados intensivos, geriatría y gerontología, nefrología, urología, radiología, cardiología y obstetricia. Además existe el área lingüística, cultural y geográfica. Finalmente, para Gómez Caridad y Bordons Gangas⁸ los resultados de la investigación pueden ser publicados, según su tema y alcance, en revistas nacionales o internacionales. Las publicaciones internacionales están escritas preferentemente en lengua inglesa y su destino es la comunidad científica internacional, mientras que las revistas nacionales, destinadas a una audiencia local, suelen estar en el idioma del país de origen. Podría decirse, entonces, que la ciencia básica es la ciencia “internacional” por excelencia y que, por tanto, tiende a transmitirse en revistas internacionales. Sin embargo, la ciencia aplicada, extendida como una explotación local de la ciencia básica, puede encontrar un buen vehículo de transmisión en las revistas de carácter nacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

La variable medida correspondió a las áreas del conocimiento de la enfermería en calidad científica de la *Revista Enfermería Universitaria*. A esta dimensión se le consideraron los siguientes indicadores: cuidados básicos de enfermería, aspectos metodológicos, docencia, médico-quirúrgica, materno-infantil, historia y filosofía del cuidado, así como ética y legislación, bioética, ecología y demografía, ecología y salud laboral, enfermería comunitaria, administración de los servicios de enfermería y otros.

El diseño metodológico fue de corte cuantitativo no experimental, transversal, retrospectivo, comparativo, analítico, descriptivo y diagnóstico. La muestra de estudio fue el total de los artículos de la revista editados en los años 2007-2011, los cuales fueron un total de 148. Como criterio de inclusión

se consideraron todos los números de la *Revista Universitaria* publicados en esos años. Se excluyeron todos los artículos de la revista publicados en los números anteriores al 2007 y posteriores al 2011.

En esta investigación ningún artículo, sección o número de la revista publicada 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. Para realizar el proceso de evaluación interna, se hizo un análisis exhaustivo de cada uno de los números de la revista, ordenando y clasificando los datos en una base diseñada previamente para la aplicación posterior del paquete estadístico SPSSV-14 que se utilizó para el análisis de la información.

En las consideraciones éticas no existió ningún riesgo para los pares y, desde luego, se tomó en cuenta el principio de anonimato y privacidad conforme al reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación, título 2 capítulo XIII, XVI, C de la Secretaría de Salud, el cual 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 fueron los humanos, con dos profesores de carrera de tiempo completo; uno titular “B” y dos asociados “C”, así como una pasante de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Los recursos físicos y tecnológicos fueron los propios de la División de Estudios de Postgrado de la ENEO, específicamente de la Unidad de Investigación; finalmente el aspecto financiero fue cubierto en su totalidad por el propio grupo de investigación.

RESULTADOS

En cuanto a la dimensión de las áreas del conocimiento de la enfermería en cuidados básicos se refiere, fueron publicados 12 artículos; sobre los aspectos metodológicos de la profesión se publicaron 33 artículos y en docencia se pu-

Cuadro I. Artículos por áreas de conocimiento de enfermería: cuidados básicos.

Año	Cuidados básicos		Metodología		Docencia en enfermería		Médico QCA		Materno infantil		Historia y filosofía del cuidado	
	FO	%	FO	%	FO	%	FO	%	FO	%	FO	%
2007	4	33.33	3	9.09	5	14.70	0	0	0	0	3	30
2008	5	41.66	11	33.33	10	29.41	0	0	0	0	1	10
2009	0	0	6	18.18	7	20.58	0	0	0	0	2	20
2010	0	0	4	12.12	8	14.81	0	0	3	100	4	40
2011	3	25	9	27.27	4	11.76	0	0	0	0	0	0
	12	100	33	100	34	100	0	0	3	100	10	100

Fuente: Balseiro L. y cols. Evaluación interna de la Revista Enfermería Universitaria 2007-2011. México, 2013.

blicaron 34 artículos; en médico-quirúrgica cero artículos, en materno-infantil tres artículos y en historia y filosofía del cuidado 10 artículos (*Cuadro I*).

Es posible observar, en estos resultados, que las áreas del conocimiento de mayor publicación son las metodológicas e instrumentales, las de docencia y las de cuidados básicos. Por el contrario, las áreas de materno infantil, médico-quirúrgica e historia y filosofía del cuidado quedan con poca o nula visibilidad en las publicaciones revisadas (*Figura 1*). En cuanto a las áreas de apoyo del conocimiento de enfermería en los aspectos de ética y legislación se publicaron cuatro artículos, en el área de bioética, cero artículos, en ecología y demografía, cero artículos, en salud laboral de enfermería siete artículos, en enfermería comunitaria 15 artículos, en administración de los servicios de enfermería 15 artículos y en otros de temá-

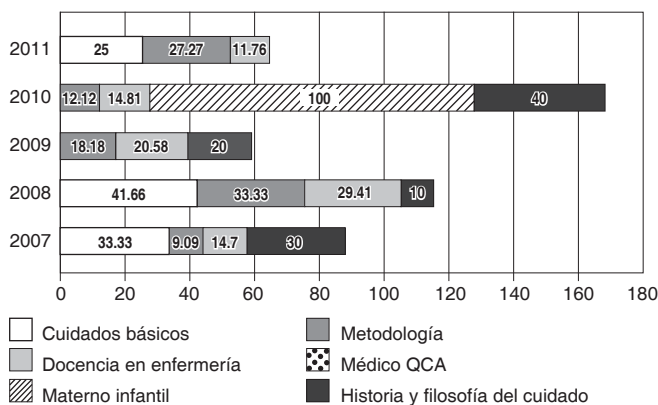


Figura 1. Cuidados básicos, metodología y docencia de enfermería. En esta figura se puede observar que el 42% de los artículos de cuidados básicos fueron publicados en el 2008, así como el 33% de artículos sobre metodología de investigación y el 29.41% de artículos de docencia en enfermería en el mismo año. El 100% de los artículos referentes a materno infantil fueron publicados en el 2010; acerca de la historia y filosofía del cuidado, el 40% fueron publicados en el año 2010. Fuente: Balseiro L. y Cols. *Evaluación interna de la Revista Enfermería Universitaria 2007-2011*. México, 2013.

ticas diferentes ocho artículos (*Cuadro II*). En este cuadro llaman poderosamente la atención que fueron publicados en el 2007-2008 y 2010, los artículos publicados de ética y legislación; sin embargo, no existen publicaciones de bioética, ecología y demografía.

La salud laboral de las enfermeras ha sido también un tema poco estudiado, ya que sólo se tienen siete artículos en los cinco años estudiados. Por el contrario, los artículos de mayor publicación han sido de enfermería comunitaria y de administración de los servicios de enfermería, áreas temáticas de apoyo que han tenido una mayor publicación en los años 2010-2011 (*Figura 2*). En relación con

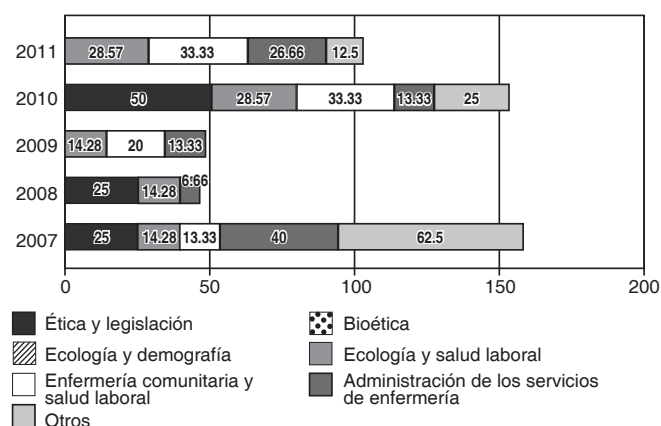


Figura 2. Distribución de las áreas de apoyo y del conocimiento de enfermería. En la presente figura podemos observar que el 50% de los artículos sobre ética y legislación se publicaron en la Revista Enfermería Universitaria en el 2010; no existen publicaciones en las temáticas de bioética, ecología y demografía. Hablando del área de ecología y salud laboral, se puede visualizar que el 60% de los artículos se encuentran publicados en el 2010 y 2011. En el área de enfermería comunitaria y salud laboral, cerca del 67% de las publicaciones están ubicadas entre el 2010 y 2011. En lo que se refiere a administración el 40% fueron publicados en el año de 2007; asimismo, en otras áreas de apoyo el 62% aparece en los números de la revista del año 2007. Fuente: Balseiro L. y Cols. *Evaluación interna de la Revista Enfermería Universitaria 2007-2011*. México, 2013.

Cuadro II. Artículos por áreas de conocimiento de enfermería: áreas de apoyo I.

Año	Ética y legislación		Bioética		Ecología y demografía		Ecología y salud laboral		Enfermería comunitaria y salud laboral		Administración de los servicios de enfermería		Otros	
	FO	%	FO	%	FO	0	FO	%	FO	%	FO	%	FO	%
2007	1	25	0	0	0	0	1	14.28	2	13.33	6	40.00	5	62.5
2008	1	25	0	0	0	0	1	14.28	0	0	1	6.66	0	0
2009	0	0	0	0	0	0	1	14.28	3	20	2	13.33	0	0
2010	2	50	0	0	0	0	2	28.57	5	33.33	2	13.33	2	25
2011	0	0	0	0	0	0	2	28.57	5	33.33	4	26.66	1	12.5
	4	100	0	0	0	0	7	100	15	100	15	100	8	100

Fuente: Balseiro L. y Cols. *Evaluación interna de la Revista Enfermería Universitaria 2007-2011*. México, 2013.

Cuadro III. Artículos por áreas de conocimiento de enfermería: áreas de apoyo II.

Año	Salud mental y psiquiatría		Microbiología		Nutrición y dietética		Geronto-geriatria	
	FO	%	FO	%	FO	%	FO	%
2007	0	0	0	0	0	0	0	0
2008	0	0	0	0	0	0	0	0
2009	0	0	3	75	0	0	3	100
2010	0	0	1	25	0	0	0	0
2011	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	4	100	0	0	3	100

Fuente: Balseiro L. y Cols. Evaluación interna de la Revista Enfermería Universitaria 2007-2011. México, 2013.

otras áreas de apoyo del conocimiento de enfermería en salud mental y psiquiatría no se publicó ningún artículo en esos años y en temáticas de microbiología sólo hubo cuatro artículos; en nutrición y dietética cero artículos y en geronto-geriatria sólo tres artículos. El panorama que muestran estos resultados da una idea de que estas son temáticas de poco interés de los autores que escriben en la revista (*Cuadro III*).

DISCUSIÓN

En cuanto a las áreas de conocimiento de enfermería, la *Revista Enfermería Universitaria* publicó 12 artículos relativos a los cuidados básicos, 33 de metodologías de enfermería, 34 de docencia, cero de médico-quirúrgicas, tres de materno infantil y diez de historia del cuidado. Estos datos fueron comparados con los publicados por Pilar Serrano Gallardo y cols., quienes analizaron la productividad científica de la *Revista Metas de Enfermería* mostrando que en la ciencia de enfermería, las investigaciones son relativamente recientes, las cuales fueron iniciadas hace poco más de una década; se han publicado estudios relativos a las áreas concretas de la enfermería, como el realizado por Barreda y cols., en el área de materno-infantil, o el llevado a cabo por Asiaín y Marín centrado en la enfermería intensiva. También se han publicado estudios sobre la producción enfermera a través de las revistas de mayor difusión: entre éstos se encuentra el realizado por Torra i Bou, que analiza tres publicaciones enfermeras en el trienio 1991-1993. Gálvez Toro y cols., basándose en el análisis de referencias y de citas, llegan a la conclusión de que las enfermeras consultan poco las revistas de enfermería al escribir sus artículos. En relación con las áreas de apoyo de enfermería, la *Revista de Enfermería Universitaria* en el periodo estudiado, sólo publicó cuatro artículos de las temáticas de ética y legislación, cero de bioética, cero de biología y demografía, siete de ecología y salud laboral, quince de enfermería comunitaria y quince de administración de los servicios. Desde luego, esto representa un reto importante para los autores y la propia revista,

dado que es necesario incrementar los autores que escriben artículos relacionados con el conocimiento de enfermería en estas áreas.

CONCLUSIONES

En cuanto a las áreas del conocimiento de enfermería, la revista publicó 12 artículos relativos a los cuidados básicos, metodología de enfermería, docencia, enfermería infantil e historia del cuidado. No hubo publicaciones del área médico-quirúrgica. En las áreas de apoyo predominan los artículos sobre cuidados básicos y aspectos metodológicos de la profesión, administración en los servicios de enfermería y de enfermería comunitaria, aunque existe una nula productividad en artículos de ética, legislación, ecología y demografía. Aunque la publicación de un artículo para una revista científica constituye un proceso riguroso de revisión, arbitraje y validación para asegurar la calidad y aporte de su cantidad, es menester continuar realizando el esfuerzo de los autores por escribir en las áreas del conocimiento de enfermería poco exploradas, a fin de lograr publicaciones que evidencien y enriquezcan la práctica profesional de enfermería en estos campos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gálvez T, López IM, Sánchez V, Poyatos E. Evaluación de la actividad científica de la enfermería española. Impacto y aislamiento en el año 2000. *Index de Enfermería*. 2001; 10 (34): 54-64. Disponible en: <http://bit.ly/ljRwPsn>
2. Lorenzini A, Paluccini MH, Goncalves ML, Félix FC, Freitag LM, Itayra M et al. La evaluación de periódicos científicos qualis y la producción brasileña de artículos del área de enfermería. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009; 17 (3): 1-9. Disponible en: <http://bit.ly/1fHIJ9>
3. Serrano G. Análisis de la producción científica de la Revista Metas de Enfermería. *Index de Enfermería*. 2005; 14 (48): 78-82. Disponible en: <http://bit.ly/lhMIQzC>
4. Araujo GT, Vieyra JA, Mesa MA. La evaluación de revistas biomédicas mexicanas: una descripción del proceso 2005 para el índice Artemisa. *Acta Ortopédica Mexicana*. 2009; 23 (6): 366-375. Disponible en: <http://bit.ly/1mVrQLL>

5. Pardo C, Mallebrera E, García MJ, Reolid M, Delicado MV. Características de la Producción científica en enfermería en la década de 1985-1994. *Enfermería Clínica*. 2001; 2 (2): 51-63. Disponible en: <http://bit.ly/1g0FvMf>
6. Sobrido M, Sobrido N, González C, Pichel MJ, García MM, Prieto A. Revistas españolas de enfermería en bases de datos nacionales e internacionales. *Index de Enfermería*. 2005; 14 (48-49): 74-77. Disponible en: <http://bit.ly/1garAj3>
7. Fundación Index. Revistas Núcleo de Enfermería: la elección de la mejor revista para publicar un trabajo. Fundación Index. Disponible en: <http://bit.ly/1i9HUDd>
8. Gómez I, Bordons M. Limitaciones en el uso de los indicadores bibliométricos para la evaluación científica. Instituto de Estudios Documentales sobre Ciencia y Tecnología. 2009. Disponible en: <http://bit.ly/11z9HSs>

Interacción madre-hijo durante la alimentación en niños con hipotiroidismo congénito

Rolando Rivera González, Miriam Figueroa Olea,* Citlali Soto Ramos,**
Fabiola Soto Villaseñor,** Carmen Sánchez****

RESUMEN

Introducción: La interacción madre-hijo es un elemento esencial para el desarrollo integral del niño, especialmente durante los primeros años de vida y en presencia de enfermedades como el hipotiroidismo congénito o condiciones socioemocionales del cuidador y la familia. **Objetivo:** Evaluar la interacción madre-hijo durante la alimentación en díadas con niños con hipotiroidismo congénito e intervención temprana, y compararla respecto a díadas con niños sanos. **Material y métodos:** Estudio observacional, comparativo, transversal y prospectivo. Se formaron tres grupos: 1) díadas con niños con hipotiroidismo congénito e intervención temprana bajo tratamiento hormonal sustitutivo; 2) díadas con niños sanos sin intervención temprana; 3) díadas con niños sanos (sin hipotiroidismo) con intervención temprana. La edad de los niños fue de 0 a 12 meses. Se visitaron los hogares para videografiar la interacción durante la alimentación del niño. Se comparó la interacción entre los tres grupos con las puntuaciones totales y por subescalas de la Nursing Caregiver Assessment Feeding Scales. **Resultados:** El Grupo 1 obtuvo calificaciones más altas en la interacción, seguido por el Grupo 3 y con menores puntajes el Grupo 2. **Conclusiones:** La intervención temprana favorece la interacción madre-hijo. Las diferencias esperadas en la interacción por la condición socioeconómica o la escolaridad materna fueron menores ante la exposición a la intervención temprana.

Palabras clave: Interacción madre-hijo, intervención temprana, hipotiroidismo congénito.

Mother-infant interaction during feeding time in children with congenital hypothyroidism

ABSTRACT

Introduction: Mother-infant interaction is essential for the overall infant development, especially during the first years of life, and in the presence of diseases such as congenital hypothyroidism or socio-emotional adverse conditions of the caregiver or the family. **Objective:** To evaluate the mother-infant interaction during feeding sessions in dyads with children with congenital hypothyroidism included in an early intervention program and compare dyads with healthy children. **Materials and methods:** Observational, comparative, cross-sectional and prospective study. Three groups were formed: 1) 159 dyads, children with congenital hypothyroidism who received early hormone replacement therapy and early intervention program; 2) 254 dyads with healthy children without early intervention program, and 3) 59 dyads with healthy children (no hypothyroidism) with early intervention program. The age of the children was 0-12 months. Dyads home were visited

* *Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo. Instituto Nacional de Pediatría;*
** *Maestría en Rehabilitación Neurológica. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.*

Recibido para publicación: 02/05/2014. Aceptado: 19/05/2014.

*Correspondencia: Citlali Soto Ramos. Universidad Autónoma Metropolitana, Prolongación Canal de Miramontes 3855,
Col. Ex-Hacienda San Juan de Dios, Delegación Tlalpan, C.P. 14387, México, D.F.
E-mail: sotocitlalienf08i@hotmail.com*

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

to videotape the interaction during feeding moment of the child. Interaction between three groups with total scores and subscales of Nursing Caregiver Assessment Feeding Scales was compared. **Results:** Group 1 scored higher on interaction, followed by Group 3 and Group 2, with lower scores. Birth order and maternal age had greater association with scores on the total test ($p < 0.01$). **Conclusions:** Major differences in the children's scores were observed. Early intervention program strategies promote mother-infant interaction. The expected differences in interaction related with socioeconomic status or maternal education were lower with the effect of the exposure to an early intervention program.

Key words: Mother-child interaction, early intervention, congenital hypothyroidism.

ANTECEDENTES

La interacción entre el niño y su madre u otros cuidadores es reconocida como un factor promotor y de bienestar para el desarrollo infantil;¹ la importancia de las interacciones tempranas para el funcionamiento socio-emocional posterior del niño² y las formas de interacción que se establecen entre los niños y sus padres repercuten en el desarrollo temprano del lactante^{3,4} y en crecimiento socioemocional de los niños de 12 a 24 meses.⁵ Barnard (1976) y sus colegas de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Washington generaron un modelo de evaluación de la interacción durante la alimentación al que denominaron *Nursing Caregiver Assessment Feeding Scales* (NCAFS),⁶ que describe la interacción madre-hijo como un diálogo recíproco donde cada uno de los participantes tiene responsabilidad para mantener fluyendo el proceso interactivo, destacando **respuestas contingentes** del uno al otro (vocalizaciones, contacto visual y físico, gesticulaciones faciales, lenguaje corporal, afecto, estimulación de respuestas cognitivas y motrices) y **patrones comunicativos** (pausas maternas, toma de turnos, la claridad de las señales y la sensibilidad y responsabilidad a las mismas).⁶ Se han realizado investigaciones con la NCAFS, asociándola con el desarrollo, como indicador de impacto de programas de intervención o como resultante de condiciones socioemocionales específicas. Morisset demostró la importancia de la interacción madre-hijo como predictor del desarrollo cognitivo y del lenguaje;⁷ otros autores han estudiado la interacción madre-hijo a través de la calidad de las respuestas maternas a las señales del niño y su relación con el desarrollo infantil;^{2,8} Barnard (1996) estudió la relación entre la intervención temprana, la responsabilidad del cuidador hacia las necesidades del niño y cómo ambas favorecen su desarrollo.⁹ Las interacciones no sólo deben ubicarse en un contexto biológico sino además, se debe considerar la complejidad del contexto de las relaciones sociales en las cuales se realiza la interacción;^{10,11} Evans y colaboradores² describen a la pobreza como generador de estrés materno y que las madres en esa condición disminuyen la responsabilidad hacia su hijo, debilitando su capacidad para atender las

necesidades tanto básicas como favorecedoras de un óptimo desarrollo.

El hipotiroidismo congénito (HC) se puede definir como el evento resultante de la disminución de la actividad biológica de las hormonas tiroideas a nivel tisular, ya sea por producción deficiente o bien, por resistencia a su acción en los tejidos diana.¹² El HC es la primera causa de retardo mental prevenible, lo cual es posible sólo si se detecta a tiempo, pues permite un tratamiento temprano.

Pese a un inicio de tratamiento precoz, se han reportado en la literatura diversas alteraciones en el desarrollo de estos niños, como trastornos en la percepción visuoespacial, psicomotricidad y lenguaje, así como en la atención y memoria. El inicio tardío del tratamiento o la severidad del hipotiroidismo determinan que los niños con ese padecimiento se consideren aún como una población de riesgo para alteraciones en el desarrollo, a lo que se suman condiciones psicosociales adversas, frecuentes en la población de bajos recursos, éstas son contrarrestadas incorporándolos en un programa de intervención temprana (IT) para favorecer su desarrollo, cuyas principales características son facilitar las interacciones tempranas, la exposición a experiencias de aprendizaje, relaciones de juego y exploración del medio. Dicho programa enfatiza las funciones del cuidador primario, que generalmente es la madre, para favorecer las expectativas de desarrollo posterior del niño en las acciones cotidianas de su cuidado y crianza.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la interacción madre-hijo durante la alimentación en días con niños que tuvieron diagnóstico de HC y participaron en un programa de intervención temprana (IT), comparándola respecto a días con niños sanos con y sin (IT).

MATERIAL Y MÉTODOS

La población objetivo fueron días con niños diagnosticados con HC que acudieron al Instituto Nacional de Pediatría (INP) para su manejo y control hormonal sustitutivo y al programa de intervención temprana (IT) del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo de ese instituto entre los años 2003 y 2010. El programa es un

modelo orientado a promover el desarrollo integral del niño durante los primeros años de vida, así como las competencias de cuidado y crianza organizadoras del desarrollo;¹³ una de sus bases es favorecer las interacciones tempranas del niño con su entorno. También se incluyeron otros dos grupos de comparación: un segundo grupo formado por díadas con niños sin HC y sin IT (sinHC/sinIT) y un tercer grupo formado por díadas con niños sin HC pero que sí recibieron IT (sinHC/conIT).

Se explicaron los procedimientos a realizar y se solicitó consentimiento informado, incluyendo la visita domiciliaria en un horario regular de alimentación del niño para la videograbación de la interacción; se solicitó a la madre que la realizara como lo hace de manera cotidiana, según los criterios expuestos en el manual de la NCAFS¹⁴ y el entrenamiento de certificación del mismo para su aplicación.

La NCAFS es una prueba utilizada para valorar la interacción madre-hijo durante la alimentación, consta de 76 reactivos que se califican en una escala binaria (observado o no observado), los reactivos se encuentran divididos en seis subescalas. Los primeros 50 reactivos se dividen en las cuatro primeras subescalas, y califican a la madre en relación con la actitud hacia el niño (sensibilidad a las señales, respuesta a la angustia, fomento al crecimiento socioemocional y fomento al crecimiento cognitivo); los 26 reactivos restantes califican al niño en relación con la actitud hacia el cuidador y se distribuyen en dos subescalas (claridad de las señales y responsabilidad al cuidador). De los 76 reactivos, 18 se consideran contingentes (15 provienen de las subescalas del cuidador y tres del niño), consistentes en comportamientos interactivos sincrónicos entre los miembros de la díada, en los cuales no basta que la interacción sea propuesta por uno de ellos, sino que, además, debe obtenerse la respuesta correspondiente del otro.¹⁴

RESULTADOS

Se evaluó la interacción madre-niño en 472 díadas, divididas en los tres grupos descritos en la metodología. No se observaron diferencias entre los grupos por edad, escolaridad, estado civil o condición socioeconómica de las madres; en el grupo con HC predominó el sexo femenino (es propio de la epidemiología del padecimiento).

Las puntuaciones alcanzadas en los totales y subescalas de la NCAFS en cada uno de los grupos se presentan en el *cuadro I*. Las puntuaciones fueron mayores en el Grupo 1 respecto a los otros dos grupos ($p < 0.001$); fueron significativamente más altas que las del Grupo 2 en todos los totales y puntuaciones por subescalas. Respecto a las diferencias entre los Grupos 1 y 3, ambos con IT, se observan mejores puntuaciones de manera global en los niños con HC/IT, pero la diferencia sólo fue estadísticamente significativa entre estos dos grupos en las siete puntuaciones indicadas con las letras “a” y “c” de la columna de significancias del *cuadro I*. Las puntuaciones del grupo 3 fueron superiores a las del Grupo 2 en 9 de las 12 puntuaciones estimadas indicadas con las letras “a” y “b” de la columna de significancia del *cuadro I*, excepto “Total del niño”, “Fomento al Crecimiento Cognitivo” y “Claridad de las Señales”.

Al ser la población de niños con HC de especial interés en nuestro estudio, se analizaron diferencias en los resultados de la NCAFS según las características del HC, no encontrándose diferencias por los niveles hormonales al inicio del tratamiento, tipo de hipotiroidismo, ni por edad de inicio del tratamiento.

Se analizó la relación entre las variables generales de la madre con la puntuación total de la NCAFS; se observó (*Cuadro II*) una tendencia que reflejó que entre mayor escolaridad, mejores puntuaciones en la NCAFS; sin embar-

Cuadro I. Promedios totales y por subescalas del *Nursing Caregiver Assessment Feeding Scales* en los tres grupos.

Grupo Puntuación NCAFS	1. conHC/conIT (159)	2. sinHC/sinIT (254)	3. sinHC/conIT (59)	Total (472)	<i>P</i> ^{&}
Total	59.6 ± 12.4	47.1 ± 10.6	52.3 ± 10.6	52.0 ± 12.6	a
Total madre	39.0 ± 8.4	31.9 ± 7.4	36.3 ± 6.9	34.9 ± 8.3	b
Total niño	20.6 ± 5.2	15.1 ± 4.0	16.0 ± 4.4	17.1 ± 5.2	c
Total contingencia	13.2 ± 4.2	9.6 ± 3.7	12.1 ± 3.7	11.1 ± 4.2	b
Total contingencia madre	11.0 ± 3.5	8.5 ± 3.2	10.3 ± 2.9	9.6 ± 3.5	b
Total contingencia niño	2.2 ± 1.0	1.1 ± 0.9	1.8 ± 1.0	1.6 ± 1.0	a
1. Sensibilidad a las señales	12.8 ± 2.7	9.8 ± 2.6	11.4 ± 2.1	11.0 ± 2.9	a
2. Respuesta a la angustia	9.2 ± 1.6	8.6 ± 1.7	9.4 ± 1.5	8.9 ± 1.7	b
3. Fomento socioemocional	11.1 ± 2.7	8.9 ± 2.6	10.1 ± 2.4	9.8 ± 2.8	a
4. Fomento cognitivo	6.0 ± 2.5	4.6 ± 2.3	5.4 ± 2.5	5.2 ± 2.5	d
5. Claridad de las señales	12.5 ± 2.8	9.9 ± 2.2	9.5 ± 2.5	10.7 ± 2.8	c
6. Responsabilidad al cuidador	8.1 ± 2.7	5.2 ± 2.3	6.5 ± 2.2	6.4 ± 2.7	a

[&] p de F en la diferencia de medias, ANOVA $p < 0.001$, prueba post hoc de Tukey compara los tres grupos a: 1≠2≠3, b: 1 y 3≠2, c: 1≠2 y 3, d: 1≠2

Cuadro II. Promedios de puntaje total del *Nursing Caregiver Assessment Feeding Scales* en los tres grupos, según las variables de la madre.

Grupo	1. conHC/conIT (159)	P ^{&}	2. sinHC/sinIT (254)	P ^{&}	3. sinHC/con IT (59)	P ^{&}	Total (472)	P ^{&}
Escolaridad								
Analfabeta/incompleta	57.6 ± 11.8		41.8 ± 11.2		45.0 ± 7.5		47.9 ± 13.4	
Primaria	59.0 ± 12.6		47.2 ± 10.5		54.3 ± 13.8		53.4 ± 12.9	
Secundaria	59.1 ± 12.9	0.4235	46.9 ± 10.1	0.1106	52.0 ± 11.6	0.8173	51.0 ± 12.2	0.0899
Preparatoria	62.9 ± 11.2		48.62 ± 11.2		52.9 ± 9.5		53.9 ± 12.6	
Universidad	61.0 ± 14.9		49.7 ± 9.8		56.5 ± 0.7		53.0 ± 11.2	
Estado civil								
Casada	63.7 ± 10.0		48.2 ± 9.9		50.86 ± 9.0		52.8 ± 11.9	
Unión libre	57.2 ± 13.2	0.0020*	46.4 ± 11.2	0.0112*	51.71 ± 11.0	0.3780	51.6 ± 13.0	0.1354
Soltera/sep.	54.0 ± 11.8		40.6 ± 10.6		55.92 ± 12.3		48.6 ± 13.3	
Nivel socioeconómico								
Medio bajo	58.8 ± 12		48.5 ± 9.7		58.3 ± 6.0		50.8 ± 10.9	
Bajo	60.0 ± 13	0.5891	44.6 ± 11.1	0.0026*	52.0 ± 10.7	0.3196	53.4 ± 13.5	0.0010*
Muy bajo			39.6 ± 15.0				39.6 ± 15.0	

[&] p de F en el análisis univariado para la diferencia de medias. *p < 0.05

go, las diferencias no son estadísticamente significativas utilizando la comparación de medias. Adicionalmente, se estimó esta relación mediante análisis de correlación, observándose correlaciones significativas sólo en el Grupo 2. Respecto a la edad materna, no se encontraron relaciones importantes, pero sí con el estado conyugal de la madre: las madres solteras presentan puntuaciones significativamente más bajas en los dos primeros grupos respecto a las casadas ($p > 0.05$); no se observa esa relación en el Grupo 3. Respecto a la ocupación de la madre, no se encontraron diferencias estadísticas; respecto a la condición socioeconómica, se observaron sólo diferencias en el Grupo 2, que no recibió estimulación, en el que a mejor condición socioeconómica, mayores puntuaciones en la NCAFS.

DISCUSIÓN

La interacción cuidador-niño se ha considerado como un organizador del desarrollo infantil en edades tempranas. Adicionalmente, la presencia de un padecimiento como el HC puede afectar las formas de relacionamiento de la madre con el niño, siendo ello un factor de riesgo para presentar alteraciones en el desarrollo¹⁵ o afectar la implementación eficiente de las estrategias impartidas desde el programa de IT. Se eligió la prueba NCAFS por ser una prueba con la que se han realizado múltiples reportes en la literatura internacional y muestra adecuada capacidad de diferenciar condiciones de riesgo que están descritas como vinculadas con la interacción temprana.

Los resultados de los niños con HC se comportan cercanos a los estándares de otros reportes y al manual de la NCAFS (61.30 puntos),¹⁴ y por encima de los grupos

de referencia que se utilizaron como controles, siendo las díadas sinHC/sinIT las que obtuvieron la puntuación más baja (47.1) y las díadas con HC/IT quienes obtuvieron la puntuación más alta (59.6). Debe señalarse que el grupo de referencia descrito en el manual de la NCAFS es tres años mayor al de las madres de los niños de nuestro estudio.

Las diferencias en la interacción entre el grupo HC/IT respecto al grupo sin HC ni IT son mayores en el segundo semestre de vida, en el que los niños tienen mayor exposición al programa. Pensamos que las orientaciones que se proporcionan en un programa con las características descritas favorecen la capacidad del cuidador de mostrarse más responsivo a las demandas del niño, interpretar las señales que emite, incorporar estrategias de juego y aprendizaje en las acciones y contener la ansiedad del niño cuando ésta se produce. La capacidad de los programas de estimulación, intervención o atención temprana para impactar en la interacción ha sido descrita como variable de interés en algunos trabajos.^{9,16-18}

El que las correlaciones entre la escolaridad de la madre y la puntuación en la NCAST sólo fueran significativas en el grupo sin IT (Grupo 2), indica que el tener un mayor grado de educación influye positivamente en la interacción madre-hijo,^{19,20} pero esta correlación disminuye cuando la díada se expone a un programa de IT; la escala en la que se observó que la escolaridad influyó positivamente fue en la de sensibilidad a las señales.²¹

Respecto a la edad de la madre, observamos que –al igual que en otros reportes– las madres adolescentes del grupo sin IT califican más bajo respecto a las madres adultas. Sin embargo, esa tendencia no se observó cuando las madres asisten al programa de IT; ello puede interpretarse

nuevamente como un beneficio de la IT sobre las madres adolescentes y las redes de apoyo que se propician cuando se integran al programa, además de las estrategias de interacción.

Finalmente, el nivel socioeconómico de la familia se relacionó de manera global con la interacción; tomando los tres grupos juntos, se observó menor puntuación general en el nivel socioeconómico más bajo; sin embargo, los Grupos 1 y 3, que recibieron IT, no mostraron diferencias significativas, lo cual interpretamos como un beneficio de la intervención de reducir diferencias derivadas de la condición socioeconómica, ya que en el Grupo 2 (sin IT), se presentaron diferencias cercanas a los nueve puntos entre las condiciones socioeconómicas muy baja y medio baja.

Como se refirió anteriormente, la capacidad del programa de IT de impactar positivamente en la interacción depende de un tiempo de exposición; sin embargo, existen casos en los que el efecto del programa sobre la interacción puede ser mayor en algunas dñadas que otras, lo que nos lleva a preguntar sobre otras condiciones que faciliten o limiten el efecto de la IT sobre la interacción. En nuestras dñadas, la interacción fue menor en el grupo con baja escolaridad, madres solteras y el nivel socioeconómico muy bajo. Sin embargo, se observó que el programa benefició más la interacción precisamente en las dñadas con baja escolaridad y de condición socioeconómica muy baja; ello puede reflejar que las carencias de información y formas de interactuar en las madres en estas condiciones obtienen mayores beneficios de la asistencia al programa, logrando diferenciarse positivamente de sus similares que no asisten.^{19,20}

Los mejores resultados en los niños con IT indican que el programa tiene un importante impacto. Este tipo de programas provee elementos esenciales que facilitan los estilos de crianza e interacción de la madre,²² lo cual se podría observar cualitativamente si se hiciera un análisis de los reactivos en los que se presentaron las mayores diferencias por la exposición a la IT, y que pueden verse como fortalezas logradas a partir de la inserción en el programa –aspecto que no se incluye en el presente reporte pero que consideramos necesario integrar en futuras comunicaciones–.

Los hallazgos encontrados en nuestra investigación expresan principalmente que la inclusión de dñadas a un programa de IT favorece la interacción y contribuye con el desarrollo del niño, incorporándola como estrategia promotora en tales programas para reforzar las competencias maternas en la crianza.

Propiciar una buena interacción madre-hijo desde los primeros momentos²³ dará pauta para que el desarrollo

del niño sea integral, además de forjarse evolutivamente desde las primeras etapas del ciclo vital para, posteriormente, poder relacionarse con sus semejantes, su medio y sus intereses, contribuyendo a constituirse como un ser íntegro en una sociedad en la cual pueda desenvolverse plenamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fonagy P. Attachment, the development of the self, and its pathology in personality disorders: PSYCHOMEDIA Telematic Review 1997 [citado octubre de 2005]. Available from: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/fonagy2.htm>.
2. Evans G, Boxhill L, Pinkava M. Poverty and maternal responsiveness: The role of maternal stress and social resources. *Int J Behav Dev.* 2008; 32: 232-237.
3. Maldonado J, Feintuch M. Salud mental del bebé. Intervenciones durante el embarazo. *Perinatol Reprod Hum.* 2001; 15 (1): 31-41.
4. Lartigue T. Relación materno fetal en México: aspectos transculturales. *Perinatol Reprod Hum.* 2001; 15 (1): 75-88.
5. Hodges EA, Houck GM, Kindermann T. Reliability of the nursing child assessment feeding scale during toddlerhood. *Issues Compr Pediat Nur.* 2007; 30: 109-130.
6. Barnard K. NCAST II learner's resource manual. In: Sumner GSA, editor. Seattle: NCAST Publications; 1976. p. 8.
7. Morisset CE. It takes two to communicate: The role of interpersonal experience in child language acquisition. Seattle: University of Washington; 1988.
8. Mc L, Snyder L. A transaccional approach to early language training. Columbus: Merriell; 1978.
9. Barnard K, Osofsky J, Beckwith L, Hammond M, Appelbaum M. A collaborative effort to study mother-child interaction in three risk groups: Social risk mother, adolescent mother, preterm infant. *Infant Ment Health J.* 1996; 17 (4): 293-301.
10. Juárez MC. Influencia cultural en el vínculo madre-infante. México: UPN; 2004.
11. Cravioto J, Arrieta R. Nutrición, desarrollo mental, conducta y aprendizaje. 2a ed. México: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Instituto Nacional de Ciencias y Tecnologías; 1985.
12. Mayayo E. Hipotiroidismo y bocio. Asociación Española de Pediatría [Internet]. 2011; 77: 1: [150-65 pp.]. Available from: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/13_hipotiroidismo_y_bocio.pdf.
13. Rivera GR, Sánchez C, Figueroa OM. Vigilancia y promoción del desarrollo infantil. México, DF: Textos Mexicanos; 2009.
14. Sumner G, Spietz A. NCAST caregiver/parent-child interaction feeding manual. Seattle: NCAST Publications, School of Nursing, University of Washington; 2004.
15. Figueroa OM. Interacción madre-hijo en niños con hipotiroidismo congénito menores de un año de edad que reciben el programa de intervención temprana. *Rev Cienc Clin.* 2004; 5 (2): 57-67.
16. Badr LK, Garg M, Kamath M. Interaction for infants with brain injury: result of a randomized controlled study. *Infant Behav Dev.* 2006; 29 (1): 80-90.
17. Han KJ, Kwon M. Effects of a mother-fetus interaction promotion program on the mother-infant interaction during feeding. *J Korean Acad Child Health Nurs.* 2007; 13 (2): 191-200.
18. Brady JE. Los oscuros secretos de los mayas: la exploración arqueológica de las cuevas. In: Grube N et al, editors. Mayas, una civilización milenaria. China: Könemann; 2006. pp. 297-307.
19. Leigh D, Helen E, Heather M. Mother-infant interaction in premature infants at three months after nursery discharge. *Int J Nurs Pract.* 2003; 9 (6): 374-381.

20. Brandt KA, Andrews CM, Kvale J. Mother-infant interaction and breast-feeding outcome 6 weeks after birth. *J Obst Gynecologic Neonatal Nurs.* 1998; 27 (2): 169-174.
21. Cho K. A study on the mother-infant interaction in teaching and feeding situations. *Taehan Kanho.* 1990; 29 (5): 54-68.
22. Muñoz-Ledo P, Sánchez C, Méndez I, Mandujano M. Sistemas diádicos (madre-hijo) y secuela al año de edad en niños con daño neurológico de origen perinatal. *Perinatol Reprod Hum.* 2003; 17 (1): 10-19.
23. Bryan A. Enhancing parent-child interaction with a prenatal couple intervention. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2002; 25 (3): 139-145.

Responsabilidad en la labor que asumió. Un requisito para las enfermeras en el cuidado humanizado

Oscar Alberto Beltrán Salazar*

RESUMEN

Objetivo: Comprender el significado de la experiencia de cuidado de enfermería humanizado para pacientes, familiares y enfermeras. **Metodología:** Estudio fenomenológico interpretativo que incluyó a 16 participantes adultos y se basó en entrevistas en profundidad para la construcción de la información. **Resultados:** La responsabilidad de las enfermeras en el cuidado es un requisito para pasar de la atención impersonal al cuidado humanizado y se refleja en el interés por actuar bien y hacer bien las cosas, en lograr las habilidades comunicativas y relacionales, en basar las actuaciones en enfoques teóricos y en estudiar para conocer sobre nuevas orientaciones y prácticas en el cuidado. **Conclusiones:** La concordancia en las enfermeras entre saber lo que se hace y actuar con orientación al bien favorece el cuidado humanizado.

Palabras clave: Humanización de la atención, cuidado de enfermería, significado, fenomenología.

Responsibility for the assumed work. A requirement for nurses in humanized care

ABSTRACT

Objective: To understand the meaning of the experience of humanized nursing care for patients, families and nurses. **Methodology:** Interpretative phenomenological study involving 16 adult participants, based on in-depth interviews for building information. **Results:** The responsibility of nurses in care as a requirement to move from an impersonal attention to a humanized care is reflected in the interest in acting well and doing things well, achieving communicative and relational skills, in performing care based on theoretical proposals, in studying and learning about new approaches and practices in the care. **Conclusions:** The nurses' concordance between knowing what to do and acting with orientation towards the good contributes to humanized care.

Key words: Humanization of care, nursing care, meaning, phenomenology.

INTRODUCCIÓN

La forma como se lleve a cabo el cuidado de enfermería es responsable de la forma como es vivido y percibido por los pacientes y sus familiares; por este motivo, las fallas en la labor de las enfermeras que impiden

que el cuidado sea humanizado pueden ser responsables en gran parte del malogro de los objetivos terapéuticos. Watson¹ plantea una categoría denominada “no cuidado”, la cual contrasta con el cuidado. Respecto a este último, afirma que está basado en “una relación transpersonal que depende de un compromiso moral para proteger y

* *Magister en Enfermería, aspirante a Doctor en Enfermería. Profesor titular de la Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia, Colombia.*

Recibido para publicación: 06/05/2014. Aceptado: 19/05/2014.

Correspondencia: Oscar Alberto Beltrán Salazar. Calle 26 Sur Núm. 43 A 41, Apto 731. Villa Santa Teresa, Envigado, Colombia. Tel: 574 2196350, E-mail: oscar4242@udea.edu.co

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

resaltar la dignidad humana, en la cual a las personas se les mire como seres humanos y se les permita determinar sus propios significados”, condición que no está presente en el “no cuidado”.

Varios estudios muestran las dificultades que se tienen en la realidad para asegurar las condiciones ideales del cuidado de enfermería; por este motivo, Poblete y colaboradores² afirman que “se ha observado en Latinoamérica la necesidad de buscar el significado que tiene el cuidado para las personas y los aspectos que muestran deficiencias en su aplicación, como son el cuidado centrado en el paciente, que éste sea humanizado y que ambos conceptos se incorporen a la praxis”; también plantean que “los estudios revelan que los pacientes valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación y el afecto durante su estancia en las instituciones hospitalarias, es decir, cuando el cuidado es humanizado y transpersonal”.² Además, afirman los autores que “es difícil mantener los valores humanitarios en el acto de cuidar en las instituciones públicas de salud, en donde parecen invisibilizarse los cuidados de enfermería por las labores biomédicas, pero las enfermeras deben mantener, aún entonces, las virtudes de comunicarse con el otro, ayudarlo y sostenerlo en la difícil etapa de su vida”² que representa la enfermedad.

Henderson y colaboradores³ reportan que a pesar de que las enfermeras están encargadas de velar por la integridad de los pacientes, ellos se sienten desamparados y se quejan cuando sienten amenazada dicha integridad, porque debido a múltiples factores burocráticos y a la sobrecarga de trabajo, el tiempo que las enfermeras interactúan con ellos se reduce notablemente, lo que impide una adecuada interacción enfermera-paciente; entonces, los pacientes perciben que las enfermeras no están disponibles para responder a sus solicitudes; en estas condiciones, consideran el cuidado como deshumanizado y que hay cierta devaluación de ellos en su condición de seres humanos. En el mismo sentido de la queja de los pacientes, Forsyth y MacKenzie⁴ reportan que, a su vez, las enfermeras se quejan de la falta de oportunidades para ofrecer un verdadero y comprensivo cuidado a los pacientes, lo que –entre otros motivos de frustración– ha conducido a las enfermeras a retirarse de su labor; por ello, consideran importante que se analicen las condiciones en las cuales trabajan las enfermeras y se realicen los correctivos necesarios para que el desempeño de su trabajo esté de acuerdo con lo esperado.

Con el fin de conocer el significado que tiene para los pacientes, los familiares y las enfermeras el cuidado humanizado, se realizó el presente estudio, guiado por la preocupación que es compatible con la expresada por

Roy y colaboradores,⁵ quienes plantean que a pesar de la “rica historia de desarrollo del conocimiento”, sigue habiendo ambigüedad sobre el foco central unificador de la disciplina; por este motivo, es imperativo definir y articular claramente lo que somos y lo que ofrecemos en este momento de nuestra historia. La confusión acerca de un enfoque unificador central es un problema significativo para la práctica, dado el entorno sanitario actual y los problemas mundiales que afectan a la salud y la curación;⁵ también es fundamental ser capaces de “explicar los conceptos básicos y sus interrelaciones que se derivaron de nuestras experiencias y una síntesis de la literatura teórica de la enfermería”. Los autores resaltan la importancia del cuidado humanizado al proponer unificar la disciplina en torno a un foco integrador que –según ellos– debe ser “facilitar la humanización, los significados, las decisiones, la calidad de vida y el cuidado en la vida y muerte”.⁵

El presente estudio no pretendió humanizar el cuidado de enfermería, que de hecho y por definición debe serlo; tampoco realizar una definición de dicho fenómeno, sino que buscó establecer el sentido del cuidado humanizado en la experiencia de las personas que participan en él, mediante la exploración de su significado con una metodología fenomenológica que permitió “mirar la experiencia desde afuera pero involucrarse en ella”;⁶ es decir, comprender las experiencias de cuidado humanizado, revisar su significado en la visión de los participantes y reflexionar sobre lo que debe ser y será e, incluso, sobre lo que falta y las desviaciones que han impedido lograr un consenso en la práctica acerca de este fundamental atributo del cuidado. “Comprender” se entiende tal como es descrito por Levinas,⁷ como un acto de existencia según el cual la comprensión de las experiencias ayuda a comprenderse uno mismo.

La mirada fenomenológica condujo a una profunda reflexión sobre aspectos del cuidado presentes en las descripciones que los participantes en el estudio realizaron sobre las experiencias de cuidado percibidas como humanizadas según las condiciones en las cuales se vivieron, el tipo de interacciones con las enfermeras y las relaciones con las instituciones de salud. El fenómeno representado por el cuidado humanizado tiene sentido en la medida en que es conocido por los sujetos, y para lograrlo, se identificaron los comportamientos, las respuestas, las emociones y las motivaciones, de la misma manera como fue posible aclarar e identificar conceptos y presuposiciones que se consideraban poco claras en relación con dicho cuidado.

METODOLOGÍA

Estudio con enfoque fenomenológico, que incluyó a 16 personas adultas entre 29 y 62 años de edad, cuatro hombres y

12 mujeres. Seis de ellos eran profesionales que habían tenido experiencia como pacientes en el pasado cuando fueron hospitalizados por situaciones de urgencia, enfermedad crítica o para ser intervenidos quirúrgicamente. De los participantes, siete eran familiares cercanos de pacientes hospitalizados y otros tres eran enfermeras, quienes aceptaron voluntariamente su participación sin recibir estímulos económicos. El muestreo con propósito⁸ permitió seleccionar los mejores informantes para los requerimientos del estudio.

La técnica para lograr la información fue la entrevista conversacional en profundidad, cuya duración fue entre una hora y hora y media. Las entrevistas fueron identificadas con un código para preservar la confidencialidad; en dicho código, se adoptó la letra N seguida de las iniciales del nombre para identificar a las enfermeras participantes, la letra P para los pacientes y la letra S para los familiares de pacientes. Los participantes fueron invitados a compartir sus experiencias en relación con el cuidado en sus propias palabras y organizando la descripción en la forma de su elección. La pregunta inicial, “Describa cómo fue su experiencia en el cuidado durante la hospitalización por episodio o episodios de enfermedad propio(s) o de un miembro de la familia”, para el caso de los pacientes y familiares y “Describa su experiencia como cuidador con personas enfermas y familiares en el hospital”, para las enfermeras, invitó a las personas a realizar su descripción de la experiencia; las preguntas subsiguientes, que fueron específicas para cada una de las entrevistas y dependientes de los contenidos de la información, surgieron de acuerdo con lo expresado para aclarar conceptos manifestados. La pregunta “¿Qué es para usted haber sido cuidado o cuidar humanizadamente en el ambiente hospitalario?” fue la que motivó a hablar sobre los significados del fenómeno en forma específica. Un relato de los hechos durante las interacciones de cuidado, que incluía los pensamientos, sentimientos, emociones, respuestas y comportamientos que tuvieron lugar durante la experiencia de hospitalización, fue importante para comprenderla, así como las percepciones y auto-interpretaciones realizadas por los participantes. También se buscó que se expresaran las percepciones sobre las condiciones del cuidado en relación con las instituciones de salud donde se vivió la experiencia.

El análisis de la información se realizó en forma manual con base en los procedimientos interpretativos de la fenomenología hermenéutica propuestos por Cohen, Kahn y Steeves;⁹ desde la primera entrevista, se inició el análisis al escuchar y reflexionar sobre lo que se expresaba con el fin de captar significados que se pudieron validar con el participante mismo; se transcribieron fielmente las

entrevistas y, a continuación, se realizó una inmersión en la información mediante la lectura reiterada, línea por línea, para tener una visión general de lo que se reportaba y de las particularidades de cada experiencia y para lograr un movimiento dialéctico entre el todo y las partes. El producto de esta revisión fue la codificación, el análisis temático y la determinación de unidades de significado y de ejemplares –aquellas porciones de texto con información textual–; esto permitió identificar la presencia de incidentes recurrentes o de temas comunes, así como los casos atípicos o negativos que no encajaban en la línea interpretativa y mostraban variaciones en el análisis; después, los temas y subtemas que fueron significativos en las entrevistas se separaron y se realizaron memos analíticos y diagramas sobre cada uno y sobre las relaciones entre ellos; paso seguido, se realizó una narrativa que describió la forma como se comprendían los temas en relación con la experiencia de los participantes. La interpretación fue validada permitiendo a varios de los participantes leer la descripción para determinar su correspondencia con lo que ellos querían decir, asegurar la fidelidad y credibilidad en el análisis, rescatar lo omitido, favorecer las inferencias y mejorar la descripción final y la validez interna.¹⁰ Estos textos, producidos a partir de la interpretación de los datos, también fueron revisados por el asesor con título doctoral y amplia experiencia investigativa y 10 miembros del grupo de investigación “Emergencia y desastres” de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, quienes hicieron sugerencias y recomendaciones que fueron tenidas en cuenta para mejorar el informe y para favorecer la validez externa y la confirmabilidad. A continuación, se realizó la contrastación de los resultados con la literatura y la discusión. Para contribuir a la aplicabilidad del estudio, se presentaron los resultados en diferentes audiencias, lo que también contribuye a la transferibilidad. En todas las entrevistas se consideraron de igual importancia los datos suministrados, sin darles preponderancia por razones de poder social, riqueza, nivel educativo o importancia política de quien los expresaba. El estudio se llevó a cabo en Medellín, Colombia, entre diciembre de 2012 y marzo de 2013. Para su realización se contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (Acta CEI-FE 2012-4).

RESULTADOS

Responsabilidad en la labor que asumió

Según las descripciones de los participantes, el papel que desempeñan las instituciones en la posibilidad de

poner en práctica un cuidado humanizado es definitivo para promover los esfuerzos humanizadores y motivar en todo el personal asistencial el interés en la adopción de una forma de proceder que siempre esté orientada hacia el bienestar de los pacientes, el cumplimiento de principios éticos y la preponderancia del ser humano sobre las enfermedades, los procedimientos y los costos. Sin embargo, las personas entrevistadas también hacen referencia a la importancia que le conceden al hecho de que las enfermeras llevan a cabo una práctica real y pertinente de la enfermería basada en sus postulados disciplinares y, en consecuencia, logren aproximarse a un cuidado que pueda llamarse, en toda la extensión de la palabra, de enfermería:

“Humanizar el cuidado, para mí, yo creo que es fácil si no tuviéramos las trabas que nos ponen las instituciones y si nosotros estamos convencidos de que queremos ser enfermeros y amamos la enfermería y su riqueza teórica.” NJT

Varios aspectos son importantes en relación con el trabajo que desempeñan las enfermeras en la actualidad; el primero, se refiere a la necesidad de humanizar la atención que prestan con miras a dar un verdadero cuidado, tal como es planteado por la disciplina enfermera y que, por supuesto, debe ser humanizado; el segundo aspecto tiene que ver con la identificación de ciertas fallas que se presentan en el ejercicio de las enfermeras y que no han permitido que la atención que ofrecen pueda considerarse “cuidado de enfermería”, porque no corresponde a tal, sino que está compuesto de una serie de acciones descontextualizadas y aisladas donde el paciente no es el protagonista como lo proponen algunas autoras, entre ellas, Henderson.¹¹ El tercero, y no menos importante, tiene que ver con ciertas características que deben tener las enfermeras, que son dependientes de los patrones de conocimiento personal y ético y permiten tener el acercamiento necesario para brindar cuidado de enfermería, aceptar a las personas y concederles importancia como seres humanos:

“Desde que usted está montado en este barco es porque le gusta y va a satisfacer unas necesidades de las personas, si usted ya satisfizo las suyas; o sea, porque es que uno no va a satisfacer las necesidades del otro si no tiene satisfechas las de uno mismo.” NJT

Las descripciones de los participantes dejan ver la necesidad de integrar todos los patrones de conocimiento en la

labor diaria de las enfermeras. La importancia del patrón empírico es evidente para guiar lo que se hace, establecer lo que es recomendable para tomar decisiones acertadas y convenientes en cada una de las situaciones que se presentan; este patrón contribuye a la experticia y seguridad en el desempeño de las funciones, porque si se conoce lo que se hace, es posible hacerlo bien. Así mismo, el patrón de conocimiento personal –que, según algunos autores, es el más importante de los descritos por Carper porque permite integrar los demás patrones y enfocar las actitudes e intencionalidades del cuidado– también es reclamado por las personas que han sido enfrentadas a la atención impersonal de enfermería:

“Uno tiene que ser consciente de que el sistema de salud ha hecho que las enfermeras tengan que delegar muchas funciones y que hoy en día la enfermería no se vea como una vocación sino como un negocio y entonces, eso muchas veces, ni siquiera lo hacen por amor a la profesión sino por amor al dinero y al final es el paciente quien sufre, porque son cuidados sin amor y sin paciencia y la enfermería es de paciencia y amor.” SD

En relación con el patrón ético, también se puede inferir una especie de reclamación por parte de los participantes en el estudio, porque basar la práctica del cuidado en dicho patrón, permite asegurar la mejor manera de llevar a cabo las interacciones propias del cuidado entre las enfermeras y los pacientes:

“Ummm, ¿la ética? En la universidad imparten muchos seminarios de ética a las enfermeras, pero a la hora del ejercicio pleno de la profesión muchas veces se hace uso de ella y muchas otras se olvida y no se tiene, supuestamente, tanta ética.” NG

Estas condiciones propias de las enfermeras pueden fortalecerse con la preparación académica, las reflexiones sobre la práctica y el análisis de contenidos de las propuestas disciplinares y de otras disciplinas, como la ética, la antropología y la sociología, pero es evidente que se requiere empeño, dedicación e inversión de tiempo para acompañar y ayudar:

“Sí, considero que es vocación; primero, que quien está cuidando a un paciente lo hace porque lo quiere hacer y si se sometió a esa situación, la tiene que respetar, porque es algo a lo que uno se compromete de por vida; ya llevo muchos años de ejercicio y le puedo decir que esa es la razón de ser, que nos comprometimos a eso, con

mayor razón a través de los años y los conocimientos adquiridos.” NGG

Así las cosas, la capacitación es vista por los participantes como una manera de actualizar los conocimientos, avanzar hacia otros nuevos y lograr nuevas formas de actuar, acordes con las necesidades que surgen con el progreso, con el avanzar de los años y con los cambios sociales, lo cual, de cierta manera, supera lo esperado por la simple vocación:

“Uno tiene que hacer las cosas bien hechas y para eso uno se preocupa por cualificarse, por estar bien y hacer las cosas bien; sería bueno que las enfermeras se capacitaran más, porque hay gente que salió hace 20 años y sigue haciendo las cosas iguales y no se ha preocupado por mirar qué hay de nuevo; actualizarse da herramientas para hacer todo bien.” PGM

La capacitación, también, pone al alcance de las enfermeras de servicio propuestas para promover reflexiones que busquen apropiarse de nuevos temas en relación con los enfoques del cuidado, tales como los derechos de los pacientes, los aspectos culturales y sociales, y las formas específicas de abordar las situaciones individuales de las personas según el tipo de enfermedad y las respuestas a la misma:

“Pienso que es muy importante que el personal debe recibir charlas que no sean muy esporádicas, sino que sean relativamente frecuentes.” PJE

La capacitación informal y los estudios de postgrado son vías recomendables para avanzar en el conocimiento e informarse de los nuevos avances y técnicas que se implementan en el cuidado de la salud, y que enfermería debe conocer para adaptar los cuidados necesarios en cada caso. Los conocimientos y la preparación académica son tan importantes como la actitud para cuidar; es decir, lo que se hace y la forma cómo se hace permiten una vivencia del cuidado que en determinadas condiciones es aceptado y bien evaluado, y en otras es criticado y rechazado cuando las interacciones no dan respuesta a las expectativas de los pacientes y sus familias:

“Le preguntan a uno, le hablan y por ejemplo, en la experiencia que he tenido, cuando el paciente es el que está ahí y ellas, las enfermeras, van y es como muy mecánico el asunto.” PJE

La forma de llevar a cabo un cuidado de enfermería humanizado refleja el interés en lo que se hace y en hacerlo bien;

además, en buscar la capacitación permanente y desarrollar habilidades comunicativas que favorezcan el acceso a las condiciones de los pacientes, la identificación de sus necesidades y la resolución de sus problemas:

“Tener siempre presente qué es lo que van a hacer, hacerlo bien hecho y preocuparse por ello; proponerse atender bien a los pacientes y porque los resultados no sólo estén enfocados a dar cuenta de indicadores, sino que sean buenos, satisfactorios.” PGM

Los participantes consideran importantes las habilidades comunicativas de los miembros del equipo de enfermería, debido a que las formas de hablar y expresarse frente a los pacientes y sus familiares pueden tener impactos positivos, como es lo esperado cuando son formas de comunicación adecuadas que contribuyen a la tranquilidad y bienestar; sin embargo, no hay que perder de vista que también producen efectos negativos de acuerdo con las actitudes, el lenguaje y los modales o formas de comunicación no verbal que los pacientes pueden interpretar como señales de rechazo o falta de interés por parte de las enfermeras, guiados por su estado de salud, las molestias que causa la enfermedad y las condiciones de ansiedad y sufrimiento:

“Todos debemos estar preparados y sensibilizados respecto al tipo de personas que cuidamos, para saberle llegar a la gente, a los que están más sensibles o más susceptibles o a los que están renuentes; yo no digo que para acercamientos dirigidos a entablar amistades, pero sí para conocer y ayudar.” NA

El patrón de conocimiento personal es, en este aspecto de la comunicación con los pacientes, un elemento muy importante, debido a que ciertas actitudes y comportamientos de los cuidadores –en este caso, de los miembros del equipo de enfermería– pueden entorpecer la comunicación, limitar las interacciones y perjudicar los resultados del cuidado. En contraste, algunas actitudes son necesarias para favorecer la comunicación y el acercamiento con las personas:

“Yo creo que algunas formas de ser de las personas, su timidez o falta de conocimientos, no las dejan trabajar bien; ellas piensan que es normal para ellas, pero sea como sea, no se comunican bien, mientras que otras que son más extrovertidas sí saben llegar a los pacientes.” NA

Puede no ser fácil lograr las habilidades para comunicarse, llegar a las personas, seleccionar las palabras

que permitan el entendimiento, transmitan calma y tranquilidad cuando sea necesario, y logren el aprendizaje y la comprensión que se requieren para asegurar la participación del paciente mismo y de la familia en la recuperación y bienestar. Sin embargo, algunos errores pueden presentarse asociados a los términos que se usan, en las actitudes, el lenguaje postural, no verbal, que no son bien recibidos por las personas y pueden corregirse para lograr el respeto por la dignidad y los derechos de pacientes y los familiares, lo cual es un requisito indispensable para el cuidado humanizado:

“No igualarse con el paciente y usar un lenguaje comprensible; algunos, por su condición, llegan exaltados, agresivos y con un lenguaje rudo, entonces uno no se iguala con ellos y el propósito es lograr que se calmen.” PGM

Así mismo, para los participantes, el conocimiento mutuo entre enfermeras y pacientes, el tiempo o la duración de los contactos y el grado de confianza que se logre en las interacciones permiten al paciente apreciar las cualidades de la enfermera y hasta evaluar su desempeño; y permiten a la enfermera saber quién es en profundidad el paciente, su familia, y detectar todos los elementos e informaciones necesarias para elaborar los planes de cuidado y llevarlos a cabo, también para fijar y personalizar las metas que se esperan en cada caso y la forma de evaluar su cumplimiento:

“Uno tiene que entender al paciente porque puede estar alterado por su enfermedad, puesto que es el paciente el que sufre; si yo no sé de qué está enfermo debo estudiar, tengo que preguntar, pero siempre estar seguro de lo que voy a hacer y a decir, para no ir a perjudicarlo.” PJE

Conocer a los pacientes permite establecer cuáles son los problemas o necesidades que requieren atención inmediata y cuáles no, así como los gustos y preferencias que pueden influir en el cuidado; conocerlos permite reconocerlos e interesarse por ellos y por su situación:

“Se debe tener un conocimiento previo, mirar su historia, conversar con la persona para saber con quién se está tratando; conocer lo que le gusta, la profesión que tiene, la actividad que realiza, incluso su historia familiar sirven para acercarse y para llegar prevenidos.” NA

Este conocimiento hace posible reconocer la individualidad de las personas, que indispensablemente ha de ser tomada en cuenta durante el cuidado de enfermería

humanizado; esto permite sentir que no se trata a cada persona como si fuera igual a todas, como si la categoría “paciente” igualara a las personas, no sólo por el diagnóstico o la enfermedad que padecen, sino también por sus gustos, sus respuestas, sus preferencias y su historia personal; de esta manera, es posible que el paciente perciba que está ocupando un lugar único, irreplicable, que su experiencia personal con la enfermera es exclusiva y su caso y las acciones que recibe también estén revestidas de una exclusividad que permita evitar los errores, realizar acciones pertinentes y confiables y obtener resultados específicos y personales:

“Los pacientes son seres humanos que requieren de todo el cuidado y que nosotros pongamos todo de nuestra parte, considerándolos como los protagonistas de las acciones de cuidado; estar cerca de ellos, tener conciencia de sus necesidades y acompañarlos.” NJT

El conocimiento sobre el paciente también permite adecuar las explicaciones y los momentos educativos, establecer el nivel del diálogo y su contenido, y promover aspectos fundamentales como la ubicación en la realidad, la forma de controlar la enfermedad, de entender y familiarizarse con la situación para enfrentarla mejor y lograr el afrontamiento:

“Explicarle cada situación, así uno crea que no está entendiendo, buscar las palabras o los gestos necesarios; hablarle a pesar de que pueda no estar oyendo o que uno sepa que está inconsciente.” NA

Se resalta en las interacciones la centralidad del diálogo, que permite captar la proximidad con las personas y promueve la confianza del paciente al sentir que alguien está cerca cuando es necesario; la proximidad, las explicaciones y las actividades educativas relacionadas con la enfermedad, el tratamiento y el rol que los pacientes deben desempeñar para recuperar el bienestar, ineludiblemente deben incluir a los familiares y personas cercanas que requieren explicaciones y entrenamiento respecto a dudas e inquietudes y a la forma como deben integrarse en el cuidado del paciente:

“Desde mi punto de vista personal, considero importantísima a la familia, la enseñanza que necesitan, porque en mi experiencia las familias son muy angustiadas y demasiado preocupadas y también pienso que involucrar a la familia es una forma de acercarse al paciente; hay que explicarles con palabras sencillas y ayudarles a calmarse.” NA

En esta forma de enfocar el cuidado, los indicadores de calidad y humanización pueden ser más flexibles y basarse en las expresiones de agrado y satisfacción de las personas por el cuidado recibido y no sólo por índices de complicaciones, morbilidad o eventos adversos:

“Muy importante que logren que el paciente pueda decir: es que fulanita es muy querida y siempre me trata muy bien; recomiendo mucho preocuparse por la calidad y estar enamoradas de su profesión.” PJE

En el otro polo del cuidado humanizado, los participantes en el estudio reportan la existencia de orientaciones al cuidado no humanizadas, que reflejan enfoques individuales de las enfermeras más que lineamientos disciplinares, centradas en los procesos y conocimientos técnicos, que no favorecen el clima de confianza mutua en las relaciones con los pacientes ni benefician el proceso de cuidado y sus resultados; por el contrario, favorecen las interacciones basadas en el temor y en la desconfianza:

“Uno ve que a veces tiene que pagar promesas arrodillado en dos corozos para saber en manos de quién cae, porque puede ser una persona que no sea cualificada y que, obviamente, hace las cosas de mala gana debido a que está insegura.” PGM

La confluencia de los enfoques individualizados y los problemas actitudinales da como resultado una práctica del cuidado por parte de las enfermeras que es fraccionada, orientada a tareas y que desconoce la integralidad del ser humano y de los procesos que se orientan a contribuir al bienestar de las personas, que supone un trabajo en todas las esferas, para no reducirlo y parcializarlo:

“Dentro de la función que ellas tienen con los pacientes no está hablar con ellos, sino que es ir, ponerles las inyecciones o ir a cambiarles el pañal o cualquier cosa que haya que hacer.” PJE

En este marco de ideas, con una oferta de cuidado exento de condiciones como una verdadera comunicación, se restringe la labor de enfermería a cumplir las órdenes que se relacionan con las actividades del médico y de otros profesionales, y posiblemente se descuidan otras que, por partir de una valoración de enfermería y de la determinación correcta de los problemas, no se realizan en forma responsable. Por lo tanto, no se satisfacen las necesidades o se hace parcialmente y con deficiencias:

“Yo pienso que si estando la familia, de pronto hay negligencia, dígame por ejemplo, en el caso de que no

dejen ingresar a la familia y por lo tanto ellos no puedan estar al cuidado del paciente, pienso que es muy posible que lo dejen mojado 4 o 5 horas o lo cambian por allá, no sé, cada que cambien el turno.” SDE

Frente a este tipo de práctica no se hacen esperar las reacciones de los pacientes y sus familiares, quienes expresan su insatisfacción con un reclamo para que la práctica del cuidado se revise, se analicen los aciertos y las desviaciones, y se oriente de manera que ofrezca una mejor respuesta a las necesidades de los pacientes y sus acompañantes en condiciones humanizadas y con criterios de calidad más firmes:

“Yo pienso que eso nace más como de una crítica que hacen los mismos pacientes, que dicen que las enfermeras no se acercan, no se toman suficiente tiempo para estar con nosotros y conversar sobre mi diagnóstico, mi pronóstico, mi enfermedad y mi tratamiento.” NG

La necesidad de un esfuerzo transformador y humanizador en la práctica de la enfermería es evidente para los participantes en el estudio, así como ajustar las orientaciones laborales al propósito de la enfermería y ofrecer un verdadero servicio a las personas que solicitan el cuidado y a sus familias:

“Entonces es un llamado a toda enfermera para que siempre sea responsable con lo que asumió.” PJE

El cuidado humanizado de enfermería evitará la presencia de la atención impersonal cuando se logre una decisión y un propósito de grupo en el que estén involucrados todos los miembros del equipo de enfermería e incluso otros profesionales, con el apoyo de las instituciones. Se precisa dejar de lado la atención basada en rutinas, en tradiciones y en posiciones personales para adoptar formas de actuar con base en las necesidades reales, ubicadas en el contexto y en un engranaje que permita a todos desempeñar sus funciones coordinadamente, con propósitos comunes, orientados al paciente y su familia:

“El trato al paciente puede ser adecuado tanto como las expectativas del personal de salud lo permitan; depende de si les interesa, porque uno ve que hay ciertas personas que sólo se dedican a realizar acciones aisladas.” NJT

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio mostraron la importancia de una práctica de cuidado basada en planteamientos

disciplinarias que ofrezcan un marco contextual, base para las reflexiones, para revisar y evaluar teorías anteriores, lo que permitiría que el cuidado se enriqueciera con las múltiples propuestas teóricas existentes y podrían lograrse los mejores resultados; en este aspecto, Duran¹² plantea, en relación con la enfermería, que “la naturaleza de la práctica disciplinar sugiere que ésta debe ser guiada por teorías científicas. La idea de que la práctica y la teoría están separadas es errónea; más bien hay una estrecha relación entre la práctica y la teoría; porque la segunda le da forma a la primera, a la vez que estructura la investigación”. Para la autora, “la teoría y la práctica no son entidades diferentes, más bien, son diferentes aspectos del mismo fenómeno”.¹² Lo que parece importante, en el estado de desarrollo de la ciencia de enfermería, es que las estructuras paradigmáticas y teóricas presentan una nueva perspectiva para la consideración de los fenómenos y los problemas relacionados con el dominio de la disciplina, y aspectos tan importantes como el bienestar, la salud, la evolución de los procesos de vida y otros se han legitimado y son aceptados como elementos de estudio inherentes a la enfermería.¹³ Éstos, de ser estudiados y retomados en la práctica del cuidado, permiten comprender mejor las experiencias de los pacientes y los familiares, guiar las acciones y una mayor contribución a la solución de los problemas, lo que no puede lograrse con tareas aisladas y descontextualizadas o basadas simplemente en el enfoque biomédico, renunciando a la riqueza y profundidad de la disciplina enfermera.

A propósito de estos planteamientos, Fawcett¹⁴ propone, a manera de ejemplo, que “el baño en cama ha sido declarado una actividad demasiado simple y poco importante para las enfermeras registradas”; por lo tanto, las auxiliares de enfermería o personal de apoyo ahora realizan lo que antes se pensaba que era una actividad “sagrada” que fomentaba la intimidad entre la enfermera y el paciente, permitía evaluarlo a fondo, hacer planes para otras intervenciones, iniciar la enseñanza y otras acciones de enfermería.¹⁴ El resultado ha sido renunciar a estar presente al lado de la cama del paciente, lo que también ocurrió con múltiples intervenciones propias del cuidado directo de enfermería, muy posiblemente para asumir funciones en escritorios u oficinas que nada tienen que ver con la relación enfermera-paciente y, por tanto, no están relacionadas con el cuidado. Según la misma autora, “algunas enfermeras han declarado que los modelos conceptuales de enfermería son “dinosaurios”, irrelevantes para la investigación y la práctica contemporánea, recomendando que los libros sobre los modelos conceptuales de enfermería sean relegados a los polvorientos anaqueles

y estanterías de la biblioteca. Cada vez más, las enfermeras están recurriendo a los modelos conceptuales de otras disciplinas como guías para su investigación y su práctica”.¹⁴ Esto refleja una situación que amerita reflexión y un nuevo enfoque porque influye negativamente en el cuidado, trayendo como resultado una atención impersonal muy alejada del verdadero cuidado. “En este marco de ideas, la definición de prioridades realizadas por los enfermeros está basada en las expectativas institucionales y, en consecuencia, se deja a los pacientes al cuidado de auxiliares de enfermería, de los familiares o de ellos mismos, en una especie de descuido intrahospitalario”¹⁵ por parte de las enfermeras, lo que desdibuja, a su vez, el que debería ser el verdadero aporte de las instituciones al cuidado humanizado.

Nelson y Gordon¹⁶ también hacen referencia a la relación entre conocimiento y práctica en enfermería al afirmar que “a pesar de la vasta información de la disciplina, las enfermeras hacen poco uso de ella y prefieren hacer uso de las virtudes y no del conocimiento, incluso acogiendo como propio el conocimiento de la medicina, mientras que el conocimiento de enfermería se tilda de “*mere skill*” o “*tedious drudge work*” (simple habilidad o trabajo esclavo tedioso) que no requiere conocimiento especial”.¹⁶

Dos formas de respuesta que se encuentran referenciadas pueden citarse a manera de ejemplo para ilustrar el impacto que producen en las personas las formas de llevar a cabo el cuidado. En primer lugar, cuando los pacientes y familiares no se muestran acordes con la orientación del cuidado, se pueden presentar actitudes de rechazo, que se “relaciona con el tipo de interacciones que establecen las enfermeras, las actitudes que asumen y las respuestas que ofrecen a los pacientes y familiares, quienes valoran los comportamientos y responden con la no aceptación o el rechazo al cuidado, además expresan diversas reacciones y emociones, como rabia y ansiedad”.¹⁷ Comportamientos como “la frialdad, la falta de diálogo y de las explicaciones necesarias no favorecen la aceptación y la confianza hacia la enfermera, pero sí facilitan el rechazo”.¹⁷ En segundo lugar, cuando la forma de cuidar de las enfermeras responde a las expectativas de pacientes y familiares, las manifestaciones “dan la idea de la calidad del servicio”, la cual se expresa “con base en el desempeño, las actitudes, las conductas, la experiencia y el conocimiento de las enfermeras, así como por las intervenciones realizadas. También depende del ambiente del servicio, las condiciones ambientales, los tiempos de espera, los elementos tangibles y el tipo de resultados”.¹⁸ En estas interacciones, “la aceptación y la confianza hacia la enfermera no son gratuitas, sino que

deben ser construidas desde los primeros acercamientos y reforzadas, a su vez, en los contactos diarios”.¹⁷

Lograr la confianza en las relaciones de cuidado trae beneficios tanto para enfermeras como para los pacientes y sus familiares. Hay varios aspectos importantes de considerar en relación con la confianza; el primero es un componente del cuidado descrito por Roach¹⁹ al afirmar que son necesarios para cuidar “la compasión, la competencia, la confianza, la conciencia y el compromiso”. El mismo autor resalta la importancia de la confianza en el cuidado y afirma que “es una cualidad que fomenta relaciones confiadas y favorece la veracidad y el respeto mutuo que son fundamentales para la consecución de los objetivos”. La confianza en el cuidado es “recíproca”,¹⁹ se logra y se acrecienta con el contacto directo, sincero y honesto, porque “las dos partes de la relación necesitan sentirse seguras y respetadas”.¹⁹ Sin embargo, también plantea el autor que en la realidad de la práctica de cuidado actual “existen ciertas dificultades porque en muchas instituciones de salud impera la desconfianza por la manipulación de la información”, por las deficiencias en el cuidado, en su calidad y humanización; también plantea que en una relación de confianza “no pueden existir ni la coacción, ni la manipulación, ni actitudes paternalistas que anulen la autonomía de las personas”.¹⁹

También se pudo ver en los resultados que para “hacer las cosas bien” es necesario tener preparación y formación, además de buena voluntad e interés, conocer los criterios de calidad para dar respuesta a ella y así mismo, los criterios y requisitos para la humanización si se quiere dar respuesta a esta característica del cuidado. Según Aristóteles,²⁰ una persona –y para el caso de este estudio, la enfermera, si se quiere extrapolar el planteamiento del autor– “necesita toda una vida para perfeccionar su quehacer” y “el tiempo es un buen descubridor y coadyuvante para cumplir una función porque conforme avanza, unos y otros van adicionando lo que falta, para lograr el bien de desarrollar la función propia y esto es lo que determina el progreso”; sin embargo, hay que tener en cuenta, en relación con la enfermería, que desde el punto de vista teórico, el avance ha sido inconmensurable, pero desde el punto de vista práctico, aún falta progresar en diferentes áreas y replantear usos y costumbres poco prácticos. Por eso no se ha logrado la excelencia ni la virtud y, por el contrario, las fallas en cuestión de calidad y humanización son notorias, lo que ha obligado a las enfermeras mismas, a las instituciones hospitalarias y a los organismos nacionales e internacionales a proponer medidas para corregir todas las desviaciones que se presentan en la atención de sa-

lud y en el cuidado enfermero. Esta misma trayectoria de trabajo arduo y continuo se requiere por parte de las enfermeras para lograr el desarrollo de la interioridad y la capacidad para dar, recibir e interactuar, que tanta falta hacen en la práctica del cuidado

Al considerar y analizar “la parte humana de las enfermeras” en el cuidado, coinciden algunos autores, entre los cuales se puede mencionar a Tschudin, al hablar de la conciencia como atributo del cuidado, respecto a lo cual plantea que “puede definirse como una brújula que dirige nuestra conducta de acuerdo con el estado moral de las cosas; es una instancia fundamental del ser humano que pertenece a su dimensión interior y tiene un valor integrador”.²¹ Para Roach,¹⁹ por su parte, se puede entender la conciencia como “virtud y no como atributo de la interioridad humana”, que hace posible lograr la reflexión en el actuar, la prudencia, la cautela; “el conocimiento de las cosas permite actuar según la recta conducta, es decir, la buena, creativa y compasiva manera de relacionarse”.

Respecto a la “parte humana” que se requiere en las enfermeras para el cuidado, juegan un papel importante los patrones de conocimiento definidos por Carper;²² el patrón de conocimiento personal permite “conocerse a sí mismo y actualizar las relaciones auténticas entre la enfermera y el cuidado”;²² además, hace posible que “el paciente no sea visto como un objeto sino como una persona y permite reconocer que la misma enfermera está siempre aprendiendo y creciendo como persona en una práctica profesional”, y se pone en contacto con el paciente mediante interacciones de cuidado. El conocimiento personal es considerado el patrón más importante para “comprender el significado de la salud en términos de bienestar individual”.²³ Las personas vivencian el patrón de conocimiento personal simultáneamente con los otros patrones a medida que participan en su auto-preparación²³ y en las reflexiones sobre el actuar y sobre el conocimiento mismo.

Palazzani,²⁴ refiriéndose al cuidado y a la importancia de la parte humana de la enfermera al relacionarse con los pacientes –que, en suma, se trata de la humanización de las enfermeras, de su actuar y, por lo tanto, del cuidado–, afirma que este último “se podría definir como actitud interior y compromiso activo de preocupación y atención responsable a quien es vulnerable, en el cual siempre ha existido tensión entre elementos positivos y negativos”.²⁴

Asumir el gran reto que representa combatir la atención impersonal imperante en las instituciones y favorecida por las enfermeras se apoya en la reflexión sobre muchos aspectos del cuidado, lo que servirá de base para

lograr el cuidado humanizado que la reemplace; a este respecto, Chesnay²⁵ resalta la importancia de enfrentar los cambios sociales, los nuevos riesgos y las variaciones en las poblaciones, al afirmar que “la profesión de enfermería enfrenta retos complejos porque tiene que proveer cuidado a personas y grupos en riesgo. Los roles tradicionales en enfermería y los escenarios de cuidado están cambiando, y de igual forma deben cambiar las respuestas de la enfermería a las necesidades de los diferentes grupos sociales, y estos cambios tienen implicación en los conceptos, las teorías, la ética y la práctica del cuidado”. El predominio de la vejez, las enfermedades transmisibles, los cambios ambientales, las altas temperaturas y el recorte de los servicios hacen que un nuevo esquema de enfermería sea necesario.²⁶ En este marco de acción “la enfermera distante e impersonal, orientada a demostrar habilidad técnica y que no se afecta por el sufrimiento de los demás será reemplazada por una enfermera consciente, que es introspectiva, con capacidad de afrontar y aprender, y con la habilidad para desarrollar relaciones interpersonales, con responsabilidad relacional y honestidad con los pacientes que tienen menos poder que ellas”; dicho de otra manera, “la eficiencia fría será reemplazada con enfermeras que desarrollen intimidad, empatía, relaciones recíprocas con pacientes que son mirados y aceptados como iguales.²⁷

CONCLUSIÓN

Las características personales de la enfermera que conjugan el saber y el hacer o la ciencia y la práctica son esenciales para el cuidado; en este sentido, los enfoques del cuidado obedecen a dos corrientes diferentes: la primera, dirigida a hacer todo bien hecho y hacer el bien, a un ejercicio basado en teorías y planteamientos disciplinares y al desarrollo de habilidades cuidativas y comunicativas; la otra, a poner en acción posiciones personales y enfoques propios que no dan la respuesta esperada por los pacientes, la sociedad ni las mismas enfermeras. En la primera corriente se apoya el cuidado humanizado y en la segunda, la atención impersonal, lo que refleja una forma de lucha interna de la disciplina de enfermería, la cual será resuelta con esfuerzo, interés, capacitación y reflexión constantes. La responsabilidad en enfermería se refleja en estar pendiente y presente, asumir el rol como enfermeras; además de gustarle lo que hace, tener la vocación y el interés por ayudar con gusto y satisfacción, lo cual es una actitud reconocida por los participantes, como también reconocieron que dialogar, escuchar, comprender, creer la queja e interactuar con afecto y empatía son

pilares de la humanización. La formación académica, la experiencia y la actualización contribuyen a la habilidad para interactuar y para asumir una cultura humanizada, que refleje un comportamiento constante y no sólo se oriente a programas, campañas o intenciones temporales y aisladas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Watson J. *Nursing: Human Science and Human Care. A theory of Nursing*. Boston, Massachusetts: Jones and Bartlett Publisher, 1999. pp. 33-34.
2. Poblete M, Troncoso L, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20 (4): 499-503.
3. Henderson A, Van Eps MA, Pearson K, James K, Henderson P, Osborne Y. “Caring for” behaviors that indicate to patients that nurses “care about”. *Jour Adv Nurs*. 2007; 60 (2): 146-153.
4. Forsyth S, MacKenzie H. A comparative analysis of contemporary nurses ‘discontents’. *Jour Adv Nurs*. 2006; 56 (2): 209-216.
5. Willis DG, Grace PJ, Roy C. A central unifying focus for the discipline facilitating humanization, meaning, choice, quality of life, and healing in living and dying. *Adv Nurs Sci*. 2008; 31 (1): E28-E40.
6. Heidegger M. *Ser y tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica; 1951.
7. Levinas E. *¿Es fundamental la ontología? Entre nosotros*. Ensayos para pensar en otro. Valencia: Pre-Textos, 2001. pp. 13-23.
8. De la Cuesta C. *Cuidado artesanal. La invención ante la adversidad*. Medellín: Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, 2004. p. 38.
9. Cohen M, Kahn D, Steeves R. *Hermeneutic phenomenological research. A practical guide for nurse research*. Londres: Saac publications, 2002. p. 72.
10. Miles M, Huberman M. *Qualitative data analysis*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage; 1994.
11. Henderson V. Podemos dar un papel estelar a los pacientes. *Inves Educ Enferm*. 2000; 28(1): 125-128.
12. Duran MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan*. 2005; 5 (1): 86-95.
13. Chinn PL, Kramer M. *Theory and Nursing: Integrated knowledge development*. 5th ed. Saint Louis: Mosby, 1999. pp. 31, 34.
14. Fawcett J. Guest Editorial: On bed baths and conceptual models of nursing. *Jour Adv Nurs*. 2003; 44: 229-230. Disponible en: doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02823.x. [Access November 2013].
15. Beltrán SO. Dilemas éticos en el cuidado enfermero. *Index Enferm*. 2011; 20 (1-2): 36-40.
16. Gordon S, Nelson S. Moving beyond the virtue script in nursing. Creating a knowledge-based identity for nurses. In: Nelson S, Gordon S. *The complexities of care. Nursing reconsidered*. London: IRL press and Cornell University Press; 2006. pp. 13-29.
17. Beltrán O. Rechazo de los pacientes del cuidado enfermero. *Invest Educ Enferm*. 2011; 29 (3): 343-352.
18. Losada OM, Rodríguez OA. Calidad del servicio de salud. *Cuad. Adm. Bogotá*, 2007; 20 (34): 237-258.
19. Roach S. *The human act of caring: a blueprint for the health professions*. Ottawa: Canadian Hospital Association; 1987.
20. Aristóteles. *Ética Nicomáquea*. Traducción y notas de Palli Julio. Buenos Aires: Planeta DeAgostini; 1995. p. 31
21. Tschudin V. *Ethics in nursing. The caring relationship*. 2nd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1992.
22. Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Adv Nurs Sci*. 1978; 1 (1): 13-23.
23. Parker M. *Nursing theories and nursing practice*. 2nd ed. Philadelphia: FA Davis Company; 2005.

24. Palazzani L. La contribución de la bioética en femenino a la praxis del cuidado. *Azafra Rev Filos.* 2008; 10: 145-157.
25. Chesney M, Anderson B. *Caring for the vulnerable. Perspectives in nursing theory, practice and research.* 2nd ed. Sudbury: M. Jones and Bartlett Publishers; 2008.
26. Rosa R, Zamora MG. Cuidados invisibles. Son suficientemente reconocidos. *Index (gran).* 2012; 21 (4): 219-223.
27. Aranda S, Brown R. Nurses must to be clever to care en complexities of care. In: Nelson S, Gordon S. *The complexities of care. Nursing reconsidered.* London: IRL press and Cornell University Press; 2006. pp. 122-142.

El cotidiano del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia: reconfigurando el espacio

Virginia Reyes-Audiffred,* Zoila Esperanza Leitón-Espinoza**

RESUMEN

Introducción: El cuidador familiar de un adulto mayor dependiente, al brindar cuidados durante las 24 horas del día, se enfrenta a situaciones complejas que pueden deteriorar su salud. **Objetivos:** Describir, analizar e interpretar el cotidiano del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia. **Metodología:** Es una investigación de abordaje cualitativo; se realizó con ocho cuidadores familiares de adultos mayores con dependencia. La información se obtuvo a través de entrevistas a profundidad con un cuestionario de preguntas semiestructuradas. Se realizó análisis temático según Minayo, a partir del que se construyeron las categorías y subcategorías de las unidades temáticas. **Resultados:** Emergieron dos categorías: “tiempo y espacio síntesis de lo vivido”, y “simbolizando el cuidado”. En el presente artículo se describe la subcategoría “reconfigurando el espacio” de la categoría “tiempo y espacio síntesis de lo vivido”. **Conclusiones:** Los discursos reflejaron que el cuidador familiar en su cotidiano se enfrenta a diversas situaciones, como compartir el espacio con el adulto mayor, así como introducir diferentes objetos como equipo médico y ayudas técnicas para poder brindar un cuidado seguro.

Palabras clave: Cotidiano, cuidador familiar, adulto mayor dependiente.

Everyday family caregiver of older adults with dependence: reconfiguring space

ABSTRACT

Introduction: A family caregiver of a dependent elder providing care for 24 hours a day faces complex situations that can damage his/her health. **Objective:** To describe, analyze and interpret the day-today of a family caregiver of a dependent elder. **Methodology:** A qualitative research approach was conducted with eight family caregivers of older adults with dependence. The information was obtained through in-depth interviews with a questionnaire of semi-structured questions. Thematic analysis was performed according to Minayo, from which the categories and sub-categories of thematic units were built. **Results:** Two categories emerged: “time and space synthesis of lived experience”, and “symbolizing care”. The

* M.C.E. Profesora de Carrera Asociada C, tiempo completo. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México. Alumna del Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería, Convenio Universidad Nacional de Trujillo-Universidad Nacional Autónoma de México, México. Parte de la tesis de Doctorado en Ciencias de Enfermería “El cotidiano del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia”. Universidad Nacional de Trujillo, Perú-Universidad Nacional Autónoma de México, México.

** Doctora en Salud Pública. Docente de tiempo completo de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Convenio UNAM-UNT.

Recibido para publicación: 08/05/2014. Aceptado: 22/05/2014.

Correspondencia: Mtra. Virginia Reyes Audiffred. Camino Viejo a Xochimilco y Viaducto Tlalpan s/n, Col. San Lorenzo Huipulco, 14370, Delegación Tlalpan, México, D.F.

Tel: 56553181, ext. 206 y 207. E-mail: virginiar66@yahoo.com

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

present article describes the subcategory “reconfiguring space” of the category “time and space synthesis of lived experience”. **Conclusions:** The speeches reflected that the family caregiver faces various situations in his/her day-to day, such as sharing space with the elder, as well as introducing different objects such as medical equipment and assistive devices to provide safe care.

Key words: Daily, family caregivers, dependent elderly.

INTRODUCCIÓN

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, las personas mayores de 60 años representan el 9.1% de la población total,¹ y se proyecta que cada año aumente de forma paralela al incremento de la esperanza de vida, de tal forma que se espera que para el 2030 representen el 12%.² Es a partir de los 60 años de edad que se acentúa el proceso de envejecimiento, por lo que se hacen evidentes cambios biológicos, psicológicos y sociales que dan como resultado deficiencias funcionales y aumento de la vulnerabilidad ante situaciones de enfermedad.³ Aunado a lo anterior, en este grupo de edad se presentan complicaciones de enfermedades previas, como la enfermedad cerebro vascular (EVC),² en la cual el organismo se ve afectado en diversas áreas, desde lo físico hasta lo cognitivo. Entre los daños motrices, se presentan deficiencias y discapacidades para caminar, manipular objetos y coordinar movimientos, así como para utilizar el brazo y la mano del lado afectado. Debido a lo anterior, disminuye la capacidad funcional de las personas de edad, por lo que requieren ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria, como usar el baño, comer, bañarse, desplazarse por una habitación, comprar o preparar alimentos,⁴ convirtiéndose en una persona dependiente.

En los mayores de 65 años, se registra que el 14% presentan dependencia leve (ayuda en menos de cinco actividades instrumentales), el 6% dependencia moderada (ayuda en una o dos actividades básicas o más de cinco actividades instrumentales) y 12% dependencia grave (ayuda en tres o más actividades básicas de la vida diaria).⁵ El Consejo de Europa⁵ define la dependencia como aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria. Una vez instalada la dependencia en el adulto mayor, es necesaria la presencia de una persona para la ayuda en las actividades de la vida diaria, es decir, un cuidador familiar. Según Pinto, el cuidador familiar es la persona que tiene un vínculo de parentesco o cercanía y asume el rol y la responsabilidad del cuidado de un ser querido que vive con enfermedad crónica. Este cuidador participa en la toma de decisiones, supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria

para compensar la disfunción existente en la persona con enfermedad.⁶ Morris, Arias y Villaseca agregan que es la persona que sin compensación económica, brinda cuidado al adulto mayor que no puede hacerlo por sí mismo.⁷ El cuidador familiar de un adulto mayor dependiente, en el desempeño de su tarea de cuidar, realiza una serie de actividades, experimenta una serie de vivencias y se enfrenta a diferentes situaciones problemáticas durante las 24 horas de cada día, por las cuales se ve transformada de forma negativa o positiva su vida cotidiana. Según La Parra, el 88% del cuidado para adultos mayores dependientes lo proporciona el cuidador familiar.⁸ Giraldo y Franco encontraron que el 48.7% de las cuidadoras invierten más de 16 horas al día en el cuidado.⁹ Una de las dimensiones afectadas es el espacio; Vidal¹⁰ refiere que el cuidado de una persona en casa implica reorganizar y compartir el espacio entre el cuidador y adulto mayor, así como realizar adaptaciones físicas en la vivienda con la finalidad tanto de minimizar las dificultades del adulto mayor como para dar condiciones al cuidador familiar para proporcionar ayuda adecuada.

Creutzerbg refiere que entre los cuidados identificados que realiza el cuidador familiar en el día a día, está el apoyo en las actividades de cuidado personal y actividades domésticas.¹¹ Camarano identificó que uno de los aspectos principales que afectan la vida cotidiana de la mayoría de los cuidadores familiares es la dificultad económica.¹² Otras dificultades que se enfrentan en el cotidiano del cuidador familiar están relacionadas con la falta de conocimientos para realizar el cuidado,¹¹ por lo que se presentan sentimientos de miedo a que empeore la salud del anciano, así como de impotencia al no poder ayudar a mejorar la capacidad funcional del adulto mayor.¹³ Vidal refiere que el cuidador familiar pasa por un gran desgaste físico y emocional,¹⁰ ya que entre más se involucra el cuidado en la vida del cuidador, más la cambia, y éste se percibe como una persona sin identidad, gustos y deseos, ya que el cuidar muchas veces significa anularse y dejar su vida de lado para asumir la vida del otro;^{14,15} dicha situación puede llevar a la aparición de enfermedades.^{16,17} Estos cuidadores utilizan dos veces más los servicios de salud mental que las personas que no realizan cuidados a la salud en el hogar.¹⁸

Para el abordaje teórico del cotidiano del cuidador familiar se emplea la teoría de Henry Lefebvre, quien define “lo cotidiano” como lo que no lleva fecha, lo insignificante

aparentemente pero que da sentido, los hechos y fragmentos de la realidad que acontecen durante las 24 horas, como la síntesis de lo vivido. Se puede conocer a través de los componentes de la vida cotidiana como el espacio, el tiempo, las pluralidades de sentido, lo simbólico y las prácticas sociales.¹⁹ El espacio, subjetivamente, es el entorno de un individuo y de un grupo, es el horizonte dentro del cual se sitúan y viven los individuos; objetivamente, se relaciona con lo durable. El tiempo es el tiempo del cambio, y el cotidiano se compone de repeticiones: gestos en el trabajo y fuera del trabajo, movimientos mecánicos por horas, días, semanas, meses, años. Las pluralidades de sentido son los diferentes puntos de vista que se pueden condensar en ciertos elementos espaciales. Los actos, dramas individuales o colectivos son símbolos que parecieran ser trivialidades reiterativas, pero son más que eso: son aspectos de la vida cotidiana que el lenguaje no dice, es lo que evita decir, lo que no puede ni debe decir, como son los deseos; éstos se dan a conocer obscuramente atrás de los símbolos. Las prácticas sociales son la praxis repetitiva y praxis inventiva o creativa;¹⁹ son todos aquellos cuidados que realiza el cuidador familiar. Desde esta perspectiva, se planteó la pregunta de investigación: ¿cómo es el cotidiano del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia?

Los objetivos planteados fueron describir, analizar e interpretar el cotidiano del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia.

METODOLOGÍA

La presente investigación es de abordaje cualitativo descriptivo-exploratoria. De acuerdo con Minayo,²⁰ el abordaje cualitativo responde a cuestiones particulares trabajando con un universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes que responden a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos involucrados. Estuvo constituida por ocho cuidadoras familiares de adultos mayores. Todos los adultos mayores presentaron dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria, según la escala de Barthel. El cuidador familiar como mínimo tenía seis meses de desempeñar el rol de cuidador y, además, no recibía ningún tipo de remuneración económica a cambio del cuidado del adulto mayor. Sus edades durante el cuidado oscilaron entre 50 y 60 años de edad. La selección de la muestra fue por conveniencia. Todas ellas cuidaban a su madre, padre o suegra cuando enfermaron y fueron dependientes. Se solicitó su participación voluntaria utilizando el consentimiento informado. La recolección de datos se realizó entre los meses de octubre del 2012 y mayo del 2013 en el domicilio del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia, derechohabiente del Hospital "Lic. Adolfo

López Mateos", específicamente del Servicio de Extensión Hospitalaria. Los datos se recolectaron utilizando la técnica de la entrevista a través de la guía semiestructurada elaborada por la investigadora. La duración aproximada de cada entrevista fue de dos horas, utilizando una o dos sesiones. Las entrevistas se realizaron por el investigador, fueron grabadas y posteriormente transcritas para su análisis. Se llevó una bitácora, en la cual se recogieron notas de campo como comentarios y observaciones relacionadas con el entorno en ese momento, así como las reacciones a determinados temas a lo largo de la entrevista. Al final de la entrevista, también se anotaron las impresiones generales sobre el transcurso de la misma y sobre el informante. Se optó por el análisis temático según Minayo;²¹ se inició con leer y releer repetidas veces las transcripciones, buscando detectar los temas; posteriormente, se asignaron etiquetas con una palabra o frase a los fragmentos de texto que éstos representaban. Luego, se realizó una lectura fluctuante de cada entrevista anotando las primeras impresiones, buscando la coherencia interna de las informaciones a través de frases, palabras, adjetivos, concatenación de ideas y sentido general del texto para construir las categorías empíricas. Una vez codificados cada uno de los textos, se buscó integrar la información relacionada con cada categoría para reducirla a puntos esenciales. Posteriormente, se realizó la lectura transversal, para lo que se hizo el recorte de cada entrevista por temas y se agruparon las partes por semejanza, buscando percibir las conexiones entre ellas y guardándolas por categorías en carpetas, buscando comprender e interpretar aquello que fue expuesto como más relevante y representativo por el grupo estudiado. En cada paso, se buscó el significado de los pensamientos, sentimientos y comportamientos descritos en los textos; es decir, se interpretaron los datos. Por último, se realizó una interpretación global de los resultados de la investigación, explicando cómo al relacionarse las áreas temáticas se conoce el cotidiano del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia. Para el rigor científico, se consideraron los criterios de credibilidad, la transferencia, la consistencia y la confirmación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Participaron en el estudio ocho mujeres cuidadoras familiares, de entre 50 y 60 años de edad. De las ocho, seis son hijas, una esposa y una nuera. En cuanto al estado civil, tres son divorciadas, una viuda y cuatro casadas. Sobre su condición laboral, dos tienen negocio propio, cuatro son amas de casa y dos son jubiladas. El nivel socioeconómico de seis es medio-bajo y de dos, medio-medio. Todos los adultos mayores presentaron dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria según la escala de

Barthel. La cuidadora familiar, como mínimo, tenía seis meses de desempeñar el rol de cuidador y, además, no recibía ningún tipo de remuneración económica a cambio del cuidado del adulto mayor.

Analizar los discursos obtenidos de las cuidadoras familiares de adultos mayores con dependencia que participaron en la investigación nos permitió conocer el cotidiano de dicho actor social, y emergieron dos categorías empíricas: “tiempo y espacio síntesis de lo vivido en el cotidiano”, con las subcategorías “reconfigurando el espacio”, “espacio y tiempo de aprendizaje”, y “cambió mi vida en el tiempo y espacio”; y la segunda categoría, “simbolizando el cuidado en el cotidiano”, con las subcategorías “ser cuidadora es ser mujer”, “máscaras del cuidado” y “pluralidad de sentidos”. El presente artículo se centra en describir la primera subcategoría de la primera categoría: “reconfigurando el espacio”.

Tiempo y espacio síntesis de lo vivido en el cotidiano

Lo cotidiano se observa en la trama de las 24 horas de un día cualquiera y de una persona cualquiera.²⁰ La vida cotidiana nos rodea y nos acerca; en el mismo tiempo y en el mismo espacio, está en nosotros y nosotros en ella.²¹ El espacio es, por lo tanto, un medio y un entorno que no tiene “existencia en sí”, sino que remite al tiempo existencial y simultáneamente esencial. También, el espacio es la manifestación de un empleo de tiempo en una determinada sociedad, por lo que prevalecen su ideología y su concepción de las relaciones sociales.²² Entonces, el espacio existe en función del tiempo, y en éste se manifiesta la ideología y las relaciones sociales prevalentes de las personas, así como la apropiación de los lugares específicos al cargarlos de sentido y significado en el tiempo vivido.

En este sentido, el tiempo y espacio vividos del cuidador familiar son el entorno donde dice y hace su vida durante las 24 horas de cada día al cuidado del adulto mayor dependiente. También es llamado “espacio de vida”.²² En esta categoría emergió la subcategoría “reconfigurando el espacio”.

Reconfigurando el espacio

La casa es el espacio objetivamente,²³ el lugar en donde el cuidador familiar brinda cuidados para satisfacer las necesidades del adulto mayor dependiente. Y ante la responsabilidad cotidiana de cuidar, el cuidador acomoda, compone y organiza los muebles, áreas físicas, etcétera, que se encuentran en su espacio, es decir, reconfigura el espacio físico para estar al pendiente de lo que necesita el adulto mayor y brindar un cuidado seguro; además, para facilitar su labor de cuidador. Entre los cambios que hace en el espacio físico son los que realiza para estar más cerca del

adulto mayor dependiente para vigilarlo durante la noche, como se evidencia en los siguientes discursos:

Yo me quedo en el mismo cuarto que mi mamá, para estarla vigilando, pues luego tiene muchas flemas (CAR-4).

Yo me quedo aquí en un catre; sí, aquí en la sala, para estar al pendiente de lo que necesite mi suegra en la noche (ROS-8).

Le dije a mi hijo: “Tengo que cambiarte de recámara para estar más cerca de tu papá, porque si me habla, no lo voy a escuchar”. Yo no me duermo en la misma cama, pues es una cama de hospital, me duermo en la sala porque así escucho mejor, me da como más seguridad y tranquilidad (MAC-6).

Esta recámara era de mi hijo... pero se la dejamos a la abuelita porque es muy latosa, de repente en la noche se despierta y está platicando o grita; entonces, si está cerca de mis hijos, no los deja dormir (MON-2).

Según Ferrer, en el cuidador emerge una preocupación permanente que muchas veces obliga a estar pendiente todo el tiempo de los movimientos o comportamiento del adulto mayor, por lo que el cuidador adopta una actitud vigilante.²³ En este sentido, Vidal refiere que reorganizar el espacio es necesario con la finalidad de minimizar las dificultades del adulto mayor, así como para dar condiciones al cuidador de proporcionar la ayuda adecuada las 24 horas del día.¹⁰ Por lo tanto, el cuidado de una persona en casa implica reorganizar y compartir el espacio entre el cuidador y adulto mayor.^{10,24} De la Cuesta refiere que los espacios habituales de la casa se reconfiguran; el cuidador cambia su espacio para dormir con la finalidad de estar más cerca, se duerme en la misma cama que el adulto mayor dependiente para oírlo si necesita, y así facilitar la vigilancia y el cuidado.²⁵ Según Esandi, cuando ocurre una caída o un accidente, el cuidador aprende a identificar las barreras que representan un obstáculo para el enfermo, a conocer los factores y estrategias que le van a ayudar a proporcionar un cuidado seguro, por lo que realiza cambios en el entorno para prevenir un nuevo accidente.²⁶ Los resultados de la presente investigación coinciden con lo reportado en las investigaciones antes referidas, ya que en los discursos se refleja cómo una vez que el cuidador asume el cuidado del adulto mayor dependiente, tiene que hacer modificaciones en su espacio cotidiano, es decir, reconfigurarlo en función de las necesidades de cuidados del adulto mayor dependiente para compensar las discapacidades. El cuidador se cambia a un lugar más cercano o se muda a la cama del adulto mayor durante la noche para estar más cerca y vigilarlo, lo que le proporciona tranquilidad y seguridad. Muchos de estos cambios en el espacio del cuidador los realiza cuando el adulto mayor presenta deterioro cogni-

tivo, el adulto mayor durante la noche presenta conductas que colocan en riesgo su integridad. También los espacios se reconfiguran cuando el adulto mayor durante la noche requiere que el cuidador realice determinados procedimientos, como es la aspiración de secreciones y la colocación de posición semi-fowler para evitar la broncoaspiración ante la presencia de enfermedades respiratorias.

El cuidador reconfigura sus espacios a manera de adaptarlos para el trabajo terapéutico; sin embargo, también se reconfiguran en función de las incomodidades que causa la conducta del adulto mayor al resto de la familia, resultados que coinciden con De la Cuesta, que refiere que el cuidador modifica su espacio considerando el bienestar de todos los integrantes que habitan la casa; es decir, también crea un espacio habitable para la familia.²⁶ A partir de las prácticas que genera el cuidador familiar define que el espacio es suyo y sólo suyo, es decir, diferente de otros espacios generados por otras personas. Es así como el cuidador moldea su espacio y a la vez es moldeado por él.²⁰ Su espacio privado se convierte en espacio público en aras de satisfacer las demandas de cuidado del adulto mayor dependiente, dejando a un lado su vida propia.

A la reconfiguración del espacio físico de la casa se suma la introducción de objetos a ella. Al espacio cotidiano del cuidador se integra la presencia de equipo médico y ayudas técnicas para el cuidado, como silla de ruedas, cama de hospital, WC portátil; su espacio objetivo, o lo que constituye la casa, se vuelve un espacio de hospital, como se evidencia en los discursos:

Cuando mi esposo se puso mal y ya no pudo moverse, tuvimos que colocar una cama de hospital. (MAC-6)
Antes de traer a mi mamá, yo le adapte el espacio... tengo un aspirador porque ella tuvo un proceso respiratorio y un nebulizador, tengo sus medicamentos; ése es su clóset donde tengo sus cosas. (GLO-7)
Me dice "es que me anda del baño", entonces ni modo, trajimos el baño portátil. (Ma-1)

Según Lefebvre, el espacio cotidiano de toda persona está poblado de signos, como objetos funcionales producto de la actividad práctica que se realiza.²² Esto se refleja en el espacio del cuidador familiar del adulto mayor dependiente, ya que se rodea de ayudas técnicas –como baño portátil– o equipo médico –como camas de hospital, aspiradores, nebulizadores, etcétera–, de los cuales se vale para compensar las discapacidades del adulto mayor dependiente. Estas ayudas técnicas ahora constituyen el habitar, envuelven y significan las relaciones sociales²² del cuidador familiar. Esto coincide con De la Cuesta, que refiere que con el tiempo y a medida que la enfermedad progresa, los cuidadores familiares tienen que rodearse de instrumentos que faciliten el cuidado cada

vez más dependiente y complejo.²⁶ De esta manera, el mundo material del cuidador se va llenando de implementos ajenos a la cotidianidad hasta antes de asumir el rol de cuidador y que ahora pasan a formar parte de la reconfiguración de su espacio cotidiano. Todos estos objetos que compraron o pidieron prestados pasan a ser un elemento visible y central en el espacio del cuidador.

CONCLUSIONES

A medida que la enfermedad avanza y el adulto mayor se torna con grados de dependencia mayor, los cuidadores cambian y adaptan la vivienda para brindar los cuidados seguros y con la mayor calidad posible, así como para que el cuidador se sienta más seguro y tranquilo, sobre todo cuando el adulto mayor presenta deterioro cognitivo. El espacio del cuidador familiar de un adulto mayor dependiente es característico de los cuidados que realiza; está constituido de todo aquello que le sirve para brindar cuidados en las mejores condiciones posibles, tanto para el cuidador familiar como para el adulto mayor. Sin embargo, para el cuidador pierde el significado de espacio privado, pues se convierte en un espacio hospitalario y denota tiempo para cuidar las 24 horas de cada día.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. México en cifras. Información nacional por entidad federativa y municipios [Internet]. México: INEGI; 2010 [acceso 19 de marzo del 2012]. Disponible en: <http://bit.ly/rVqpw>
2. Secretaría de Salud. SSA. Programa Nacional de Salud 2007-2012 [Internet]. México: SSA; 2007 [acceso 20 de marzo del 2012]. Disponible en: <http://bit.ly/19IGTV8>
3. Cardona AD, Estrada RA, Agudelo GHB. Envejecer nos toca a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor [Internet]. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2002 [acceso 9 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://bit.ly/18idMIT>
4. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. INEGI. Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI [Internet]. México: INEGI; 2005 [acceso de 17 agosto de 2012]. Disponible en: <http://bit.ly/12imhbs>
5. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, SEGG. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2006.
6. Pinto AN. Cuidar en el hogar a personas con enfermedad crónica, su familia y cuidador. Colombia: Universidad de Colombia, Facultad de Enfermería; 2010.
7. Morris R, Arias A, Villaseca M. Necesidades y demandas de los cuidadores primarios de pacientes terminales de cáncer en atención primaria: artículos [Internet]. 1995 [acceso 10 de noviembre de 2003]. Disponible en: <http://geocities.com/hotspring/spa/7712/indice.html>
8. La Parra D. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. Gaceta Sanitaria. 2001; 15 (6): 498-505.
9. Giraldo MCL, Franco AGM. Calidad de vida de los cuidadores familiares. Revista Aquichan. 2006; 6 (1): 38.

10. Vidal ECJ. O perfil do cuidador familiar do paciente com séqüela de acidente vascular encefálico [Dissertação de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea]: Universidad de Católica Do Salvador [Internet]. 2005 [acceso 25 agosto 2012]. Disponible en: <http://bit.ly/17SkNJk>
11. Creutzerbg M. Vivencias de familias de clase popular cuidadoras de pessoas idosa fragilizada: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar [Dissertação de Maestre en Enfermagem]: Univeridade Federal Do Rio Grande Do Sul Porto Alegre, Janeiro [Internet]. 2000 [acceso 25 octubre 2012]. Disponible en: <http://bit.ly/17SkNJk>
12. Camarano AA. Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [Internet]. 2004 [acceso 8 septiembre 2012]. Disponible en: <http://bit.ly/15fv3xC>
13. Jandrey CV. O cuidador familiar de pessoa idosa: o desafio de cuidar de quem cuida. [Dissertação de Mestrado em Teologia]: Faculdades EST. Programa de Pós-Graduação Teologia Prática. Sao Leopoldo [Internet]. 2009 [acceso 30 agosto 2012]. Disponible en: <http://bit.ly/17SkNJk>
14. Fernández MGM, García TR. Estrutura conceitual da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Rev Eletr Enf [Internet]. 2009 [acceso 3 agosto de 2013]; 11 (3): 469-476. Disponible en: <http://bit.ly/1dz8V1l>
15. Úbea BI. Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario. [Disertación Doctoral]: Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. 2009.
16. Rodrigues SLA, Watanabe HAW, Derntl AM. A saúde de idosos que cuidam de idosos. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006 [acceso 2 agosto 2012]; 40 (4): 493-500. Disponible en: <http://bit.ly/1fnHN73>
17. Schossler T, Crossetti MG. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise a través da teoria do cuidado humano de Jean Watson. Texto Contexto Enferm. 2008; 17 (2): 280-287.
18. Amstrong P, Kits O. One hundred years of caregiving. En: Nigenda G, Matarazzo C, López OM. Los cuidados a la salud en el hogar: tendencias e inequidades. Análisis desde una perspectiva de género. México: Secretaría de Salud. Fundación Mexicana para la Salud; 2005.
19. Lefebvre H. La vida cotidiana en el mundo moderno. 3a ed. Madrid: Alianza Editorial; 1984.
20. Minayo MC. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
21. Lefebvre H. De lo rural a lo urbano. 4a ed. Barcelona: Editorial Península; 1978.
22. Lefebvre H. Critique de la vie quotidien. Vol. II. Fondements d'une sociologie de la quotidianneté. París: L'Arche Editeur; 1961.
23. Ferrer HME. El aprendizaje de cuidados familiares a pacientes con Alzheimer. El ingenio desarrollado sobre la marcha en una compleja realidad. [Disertación Doctoral]: Universidad de Alicante; 2008.
24. Buil P, Diez EJ. Anciano y familia. Una relación en evolución. ANALES Sis Navarra, 22 (Supl.I):19-25.
25. De la Cuesta BC. Cuidado artesanal: la intervención ante la adversidad. Antioquía, Colombia: Universidad de Antioquía, Facultad de la Universidad de Antioquía; 2004.
26. Esandi LN, Canga AA. Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. Gerokomos. 2011; 22 (2): 56-61.

Intervenciones de la enfermería en un agente de cuidado dependiente con malformación de Arnold-Chiari

Belinda De La Peña-León, Angélica Guadalupe Dávalos-Alcázar,** Rocío Valdez Labastida****

RESUMEN

La profesional tiene por objeto desarrollar los conocimientos que sirven para precisar y guiar la práctica disciplinar. En el campo de la enfermería es el cuidado, mismo que permite dominar los acontecimientos que están ligados a la experiencia profesional. El desarrollo disciplinar debe partir de la realidad de la profesión, pues es a partir de ella que se construye científicamente el conocimiento y se aplica sistemáticamente en la asistencia; además se contrasta, se valida y se produce un proceso de retroalimentación entre los conocimientos teóricos y su vinculación con la práctica. El estudio de caso nos permite valorar y dar realce a los cuidados especializados que requiere la persona, como en el caso de un diagnóstico médico de malformación de Arnold-Chiari, el cual consiste en diferentes defectos del romboencéfalo que probablemente no están relacionadas entre sí; sin embargo, la trascendencia que tiene el utilizar un método propio de enfermería para llevar a cabo la secuencia y evolución de la propia persona, así como dar un cuidado a la persona con secuelas neurológicas teniendo como marco a una referencial teórica en enfermería en este rubro, tal como sucede con el modelo de Dorothea Orem, es utilizado para proporcionar los cuidados especializados y obtener un máximo beneficio del agente, identificando las desviaciones de los requisitos universales, de desarrollo y de salud de la persona de acuerdo con el grado de compromiso, en donde se define un plan de atención especializado que identifique las demandas de autocuidado para establecer el sistema de enfermería a utilizar según dicha teórica.

Palabras clave: Enfermería, agente de cuidado dependiente, malformación de Arnold-Chiari.

Nursing interventions in a dependent care agent with Arnold-Chiari malformation

ABSTRACT

The professional aims to develop knowledge that serve to clarify and guide practice discipline; in the field of nursing is the care, which enables you to master the events linked to the professional experience. The development of the discipline should be based on the reality of the profession, from she is constructed scientifically the knowledge and applied systematically in the assistance, contrasts, validated, and produces a feedback process, between the theoretical knowledge and your link in practice. The professional nurse is to develop knowledge that serve to clarify and guide nursing practice. In the field of nursing is taking care, which allows to master the events that are related to professional experience. The disciplinary development must start from the reality of the profession, as it is from it that builds knowledge scientifically and is systematically

* *Postgraduada en Enfermería Neurológica. Licenciada en Enfermería, adscrita a Neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Técnico Académico de Tiempo completo Titular "A", Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.*

** *Maestra en Ciencias de la Educación. Lic. en Enfermería y Obstetricia. Especialista en Enfermería Neurológica adscrita al Servicio de Recuperación y Terapia Intermedia, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.*

*** *Maestría en Rehabilitación Neurológica. Licenciada en Enfermería adscrita a la Subdirección de Enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.*

Recibido para publicación: 02/04/2014. Aceptado: 06/05/2014.

*Correspondencia: Belinda De La Peña-León.
E-mail: beli7207@yahoo.com.es*

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

applied in assistance; also, it is contrasted, validated and a feedback process between knowledge and its relationship with the practice occurs. The case study allows us to assess and enhance the specialized care required by the individual, as in the case of a medical diagnosis of Arnold-Chiari malformation, which consists of different hindbrain defects probably unrelated to each other; however, the importance that the proper nursing method to use for carrying out the sequence and evolution of the person, and care given to the patient having neurological sequelae as a theoretical framework and benchmark for nursing in this issue, just as with the model of Dorothea Orem, used to provide the specialized care and get the maximum benefit of the agent, identifying deviations from the universal requirements for the development and health of the person according to the degree of commitment, where a specialized care plan that identifies self-care demands is defined to set the nursing system to use in accordance with the said theoretical.

Key words: Nursing, dependent care agent, Arnold-Chiari malformation.

MALFORMACIÓN DE ARNOLD-CHIARI

La malformación de Arnold-Chiari surge como diagnóstico médico a partir de 1907; ésta consiste en un desplazamiento de la porción caudal del cerebelo y del tronco cerebral, los cuales se encuentran situados por debajo del foramen magno.

La causa exacta de la malformación es desconocida, pero se ha sugerido que la malformación ocurre durante el desarrollo temprano del embrión; históricamente se ha considerado como una patología puramente congénita; no obstante, en los últimos años cada vez han sido más frecuentes las publicaciones en las que se describe un origen secundario. Dentro del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, a partir de 1995 hasta la fecha, se han presentado 58 casos con este problema, los cuales han sido de diversa edad y sintomatología; los síntomas pueden ser vagos y variables, aunque la mayoría de los síntomas se relacionan con la compresión de los nervios craneales más bajos o las estructuras del tronco cerebral.

Las personas con el tipo I de esta enfermedad concurren a consulta por síntomas originarios en algunas de estas causas: cefalea, hidrocefalia, siringomielia y dolor cervical occipitocervical.

La recuperación de la persona es lenta, pues atraviesan por múltiples problemas, principalmente, en el patrón respiratorio y además la actividad motora se dificulta, pues la persona con dicha afección progresa difícilmente en el ventilador y, además, se incrementan las posibles complicaciones posteriores; por ello, ésta es considerada como una enfermedad 100% incapacitante y su rehabilitación es lenta.

A partir de 1970, Ackermann se refiere a las anomalías esqueléticas occipitovertebrales como asociadas con otras patologías del sistema nervioso. Chiari, en 1892, describió un caso de un verdadero monstruo humano con múltiples malformaciones congénitas, dentro de las cuales se encontraron hidrocefalia, disrafia y descenso del bulbo hacia el canal espinal. Arnold, por primera vez, describió un caso con mielomeningocele lumbosacro y descenso del cerebelo,

así como algunas manifestaciones disráficas. Chiari, en 1895, clasificó las malformaciones del cerebro posterior.

A lo anterior se le conoce como el desplazamiento hacia debajo de la porción caudal del cerebelo, y a veces, del tronco cerebral, los cuales se encuentran situados por debajo del foramen magno (3 mm debajo de este foramen en el examen de resonancia magnética).

Chiari clasifica la malformación en cuatro tipos que a continuación se mencionan:

- Tipo I: sólo están descendidas las amígdalas cerebelosas.
- Tipo II: descienden las amígdalas más la parte inferior del vermis e incluso la parte inferior del IV ventrículo. Se asocia siempre con la espina abierta e hidrocefalia que aparece en los niños.
- Tipo III: todo el cerebelo está descendido o existe encefalocele occipital.
- Tipo IV: se presenta hipoplasia del cerebelo.¹

En la actualidad, solamente se clasifica en dos:

- Chiari tipo I: se presenta clínicamente en la edad adulta.
- Chiari tipo II: se presenta en niños asociada con espina bífida e hidrocefalia.

Mecánica

La médula, al estar fijada en una disrafia lumbosacra y al no poder ascender normalmente durante su desarrollo, fraccionaría el cerebro posterior hacia abajo; esta teoría está defendida y fundamentada por Penfield Coburn.

La malformación se debe a hidrocefalia, debido a la no perforación del rombo encéfalo que al producir hipertensión endocraneana desplazaría las estructuras de la fosa posterior hacia el canal espinal.

1. Zaidat O. El pequeño libro negro de neurología. España: Ed. Elsevier; 2007: p. 208.

Actualmente la teoría más aceptada es la de Gardner, quien afirma que existiría cefalea transitoria durante el periodo fetal precoz, en donde el mecanismo de Bering del plexo coroideo posterior presenta el consecuente desplazamiento del tentorio hacia el caudal.

Dentro del cuadro clínico de dicha malformación intervienen diferentes factores, tales como la edad del paciente, anomalías asociadas y la estructura de la fosa posterior y de los raquis cervicales comprometidos. Llama la atención el cuello corto y ensanchado que adopta la forma de esfinge; el cabello y las orejas son de implantación baja y la cabeza, con cierta frecuencia, es asimétrica.

Los defectos disráficos² son mucho más frecuentes en los lactantes; éstos están representados por meningomielocelo que es más frecuente en la región lumbosacra, comprometiéndose también la columna cervical y dorsal.

La presencia en la región lumbar de lipoma, angioma cutáneo, fístula dermoepidérmica, nevus e hipertrichosis localizada puede traducirse en una espina bífida oculta. La escoliosis es poco frecuente y cuando se presenta, traduce anomalías del raquis asociadas con la malformación de Arnold-Chiari.

Pueden estar presentes las alteraciones de las extremidades inferiores como pie equino, varo, bot, etcétera. En caso de macrocefalia debe pensarse en la presencia de hidrocefalia hasta probar lo contrario.³

Las anomalías del desarrollo que afectan el cerebelo y el tallo cerebral pueden presentarse con los síntomas vestibulares o cerebelosos en la edad adulta; esto ocurre con mayor frecuencia en las malformaciones de Arnold-Chiari tipo I. En esta malformación, la ataxia cerebelosa generalmente afecta la marcha y es bilateral, incluso en algunos casos es asimétrica.

La compresión del tallo cerebral por herniación del tejido cerebeloso puede estar acompañada por vértigo, nistagmos y parálisis de los nervios craneales inferiores. La siringomielia con frecuencia se representa con una distribución similar a una capa y es de sensación irregular de dolor.

EPIDEMIOLOGÍA

La edad promedio de presentación es de 41 años (12-73 años). La incidencia es ligeramente mayor entre las

Síntomas y signos iniciales

Signos	%	Síntomas	%
Hiperreflexia en miembros inferiores	52	Dolor	69
Nistagmo	47	Cefalea	34
Trastornos de la marcha	43	Cintura	11
Atrofia de la mano	35	Brazos	8
Debilidad de los miembros inferiores	33	Piernas	3
Hipoestesia	31	Debilidad (uno o más miembros)	56
Signos cerebelosos	27	Entumecimiento (uno o más miembros)	52
Reflejos hiperactivos	26	Hipoestesia térmica	40
Disfunción de los pares craneales	26	Diplopía	13
Signo de Babinski	24	Disfasia	8
Debilidad de los miembros inferiores	17	Acúfenos	7
Disestesia	17	Disartria	12
Torsiones involuntarias	11		
Signo de Horner	6		

Fuente: Loren A. Secretos de la Neurología. Edit. McGraw-Hill; 2004: p. 151.

mujeres (la proporción entre mujeres y varones es de 1.3:1). El promedio de duración de los síntomas relacionados claramente con la malformación de Chiari es de 3.1 años (1 mes-20 años), pero si se tienen en cuenta las dolencias no específicas, por ejemplo cefalea, el promedio de duración es de 7.3 años. Esta latencia probablemente sea menor en la actualidad gracias a la resonancia magnética.

ASPECTOS CLÍNICOS

Las manifestaciones iniciales de la malformación de Chiari tipo I pueden producirse como consecuencia de una o más de las siguientes causas:

1. Compresión del tronco encefálico a nivel del agujero occipital.
2. Hidrocefalia.
3. Siringomielia.
4. Aislamiento de compartimiento de presión intracraneal del compartimiento de presión intracraneal del compartimiento medular, lo que puede provocar aumentos transitorios de la presión intracraneal.⁴

ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO

La radiografía simple nos permite valorar la asimilación del atlas, el canal ensanchado, las fusiones cervicales y la agenesia del arco posterior del atlas.

La resonancia magnética es la prueba diagnóstica de elección puesto que muestra con claridad muchas de las

2. Defecto de desarrollo de la oclusión del tubo neural asociado con anomalías de la médula espinal, columna vertebral y esternón. Disponible en: http://www.esacademic.com/dic.nsf/es_medico/8756/estado PDF
3. Stephen G. Neuroanatomía clínica. México: Ed. Manual Moderno; 2003: p. 110.
4. Greenberg M. Manual de neurología. Buenos Aires, Argentina: Ed. Ediciones Journal; 2004: p. 245.

anomalías clásicas, entre ellas la hernia amigdalina y la hidrosiringomielia que se observa en 20 a 30% de los casos; también permite observar la compresión anterior del tronco encefálico cuando está presente.

La mielografía sólo produce 6% de falsos negativos. El contraste debe llegar hasta el agujero occipital.

En la tomografía resulta difícil evaluar la zona del agujero occipital mediante TC porque se generan artefactos óseos cuando se combina con contraste intradural hidrosoluble.

TRATAMIENTO

Considerando que los pacientes presentan una mejor respuesta cuando se operan antes de que transcurran dos años desde la aparición de los síntomas, se recomienda la intervención quirúrgica precoz para los pacientes sintomáticos. Los pacientes asintomáticos deben ser operados después de un periodo de seguimiento; sólo si se manifiestan síntomas que permanecen estables durante años pueden permanecer en observación, pero deben ser intervenidos quirúrgicamente en caso que se presenten signos de deterioro.

Complicaciones quirúrgicas de la malformación de Arnold-Chiari

Las complicaciones más frecuentes en la descompresión de Chiari son la formación de un pseudomeningocele y la fuga de líquido cefalorraquídeo (LCR). Una detección precoz y la reparación de la circulación del líquido cefalorraquídeo previenen la complicación más grave de una meningitis; la infección de la herida y la meningitis son raras.

En el postoperatorio inmediato, la disminución de la disfunción tallo cerebral, apnea y hematoma epidural son raras, pero son complicaciones serias.

Otras complicaciones raras incluyen a la lesión de la arteria vertebral y el aumento de déficit neurológico como consecuencia de la manipulación quirúrgica del tronco cerebral y de la médula espinal o debido a la oclusión vascular.

El *Cerebelar ptosis* puede ocurrir cuando en una gran craneotomía su occipital se ha llevado a cabo y puede resultar en la interrupción recurrente de flujo a través del *foramen magnum* y recurrente siringomielia. La preexistencia de un síndrome cráneo-cervical, hipermovilidad y de síndromes invaginación basilar puede empeorar y requerir fusión cráneo-cervical; si la sintomatología persiste después de la descompresión de la unión cervicomedular puede requerir un *shunt* directo de la siringomielia.⁵

METODOLOGÍA

Estudio de caso

Se realizó a partir de la metodología de elección un estudio de un caso. En éste se justifica y fundamenta cada intervención, dirigida con un marco ético y deontológico apoyado de la bioética, tomando en consideración la carta de los derechos del paciente y proporcionando un cuidado holístico que está fundamentado en el quehacer de la enfermería neurológica.

Las estrategias utilizadas para realizar el presente estudio de caso se encuentran divididas en las siguientes dos etapas:

Primera sección

- Se seleccionó a la persona y se revisó el expediente clínico con la finalidad de tener y conocer la evolución del paciente de acuerdo con el diagnóstico médico para llevar a cabo la valoración neurológica. Se determinaron las principales alteraciones de enfermería con base en la valoración, se enlistaron los principales requisitos que se encuentran alterados y se atendieron las principales alteraciones detectadas.

Segunda sección

- Se elaboró un diagnóstico de enfermería por cada alteración encontrada, se planearon las intervenciones de cada diagnóstico y se evaluó cada intervención con base en los objetivos planteados de cada diagnóstico; posteriormente se realizó un plan de alta para el egreso del instituto y se concluyó el seguimiento del estudio de caso.

Después de la valoración, se hizo una revisión de los expedientes clínicos, los cuales fueron útiles para obtener información como laboratorios, estudios de gabinete y evolución. A través de esta fuente se me permitió validar algunos datos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata un adulto del sexo masculino, de 28 años de edad, soltero y de religión católica; estudió hasta segundo año de preparatoria y es originario del municipio de San Mateo Tlatenango, Estado de México. Habita en una casa familiar medio urbana con todos los servicios intradomiciliarios, la cual comparte con sus padres y tres hermanos aparentemente sanos. Sus hábitos higiénicos y dietéticos son normales y tiene como antecedente a familiares con diabetes mellitus e hipertensión arterial. Sus factores de

5. Loren A. Secretos de la neurología. Ed McGraw-Hill; 2006: p. 166.

Plan de cuidados: diagnóstico.

Dominio: 4 actividad/reposo Clase: 4 respuesta cardiovascular/pulmonar		Concepto: Patrón respiratorio		
Dx. en enfermería Patrón respiratorio ineficaz r/c disfunción neuromuscular de los músculos respiratorios m/p secreciones espesas fétidas por cánula, apnea	Sujeto: no			
	Juicio: ineficaz			
	Localización: respiratorio			
	Edad: no			
Definición: la inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada	Tiempo: no			
Resultado esperado: estado respiratorio: ventilación	Estado: Real			
Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada	Dominio: salud fisiológica (II)	Clase: cardiopulmonar (E)		
Indicadores	Escala	Inicial	Esperada	Final
Frecuencia respiratoria	Gravemente comprometido 1	2	5	93%
Movimientos del esputo hacia fuera de las vías respiratorias	Sustancialmente comprometido 2	2	4	
Auscultación de los ruidos ventilatorios	Moderadamente comprometido 3	2	4	
	Levemente comprometido 4			
	No comprometido 5			
Intervenciones: aspiración de las vías aéreas		Campo fisiológico complejo	Clase: K control respiratorio	
Definición: excreción de secreciones de las vías aéreas mediante inducción de un catéter de aspiración en vías aéreas oral /o de tráquea				
Actividades		Fundamentación		
<p>Determinar la necesidad de la aspiración de tráquea. Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal. Observar el estado de oxígeno del paciente (niveles de SaO₂ y SvO₂) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardiaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión.</p> <p>Enviar secreciones para test de cultivo y de sensibilidad.</p>		<p>Para mantener limpias las vías aéreas, la aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando la persona no puede expectorar las secreciones, ya sea a nivel nasotraqueal y orotraqueal, o bien, la aspiración traqueal en personas con vía aérea artificial, la aspiración de secreciones nos ayudará a mantener la permeabilidad de las vías aéreas, favorecer la ventilación respiratoria y prevenir las infecciones y atelectacias ocasionadas por el acúmulo de éstas. Asimismo, también ayuda a mantener los niveles de oxígeno dentro de los parámetros normales.</p>		
Intervenciones: monitorización respiratoria		Campo fisiológico complejo	Clase: K control respiratorio	
Definición: Reunión y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gas adecuado.				
Actividades		Fundamentación		
<p>Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiración. Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o la empeoran. Realizar el seguimiento de los informes radiológicos.</p>		<p>La correcta monitorización respiratoria nos proporcionará un aviso precoz de sucesos que, si no se detectan, pueden poner en riesgo la integridad del paciente. La monitorización de las propiedades mecánicas (tanto estáticas como dinámicas) del aparato respiratorio es imprescindible para el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad causante de cualquier proceso, así como para tomar las decisiones terapéuticas pertinentes. A través de estas mediciones se puede mantener la función pulmonar en condiciones óptimas.</p>		
Intervenciones: ventilación mecánica		Campo fisiológico complejo	Clase: K control respiratorio	
Definición: utilización de un dispositivo artificial para ayudar al paciente a respirar.				
Actividades		Fundamentación		
<p>Observar si se produce fatiga muscular respiratoria. Asegurarse de que las alarmas del ventilador estén activadas. Vigilar la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente. Realizar la técnica antiséptica. Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilatoria/perfusión.</p>		<p>El adecuado manejo de la ventilación mecánica ayudará a mantener los niveles de oxígeno y la dinámica pulmonar adecuada, y con ello favorecerá la mejora del compromiso ventilatorio del paciente, ya que como sabemos, la ventilación mecánica tiene como fin sustituir de forma artificial la función del sistema respiratorio cuando éste fracasa. Cabe mencionar que la correcta movilización y posición del paciente facilita el funcionamiento de la ventilación mecánica ya que esto permite el adecuado intercambio de gases a nivel pulmonar.</p>		
Resultados obtenidos:				

Plan de cuidados: diagnóstico 2.

Dominio: 2 Nutrición	Clase: 5 Hidratación	Concepto: volumen de líquidos			
Dx. en enfermería Exceso de volumen de líquidos r/c exceso de aporte de sodio m/p edema generalizado, aumento de líquido en espacio intersticial		Sujeto: no			
		Juicio: Exceso			
		Localización: no			
		Edad: no			
Definición: aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas		Tiempo: no			
Resultado esperado: estado hídrico		Estado: Real			
Definición: Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo		Dominio: conocimiento y conducta de salud	Clase: conocimientos sobre salud		
	Indicadores	Escala	Inicia	Esperada	Final
Electrolitos séricos		Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5	2	5	90%
Edemas periféricos		Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3 Leve 4 Ninguno 5	2	4	
Intervenciones: manejo de líquidos/electrolitos		Campo fisiológico complejo	Clase: N control de la perfusión tisular		
Definición:					
	Actividades	Fundamentación			
	Observar muestras para el análisis en el laboratorio de los niveles de líquido o electrolitos de sodio. Ajustar un nivel de flujo de perfusión intravenosa adecuada. Vigilar signos vitales. Mantener la solución intravenosa que contenga los electrolitos a un nivel de flujo constante.	Antes de ajustar las infusiones endovenosas del paciente, se deberán valorar los estudios de laboratorio y, con ello, determinar el tratamiento a seguir, así como vigilar los parámetros normales de los signos vitales; esto contribuirá al equilibrio hidroelectrolítico y a la disminución del edema. Por tanto, también podremos normalizar las constantes vitales del paciente.			
Intervenciones: monitorización de líquidos		Campo fisiológico complejo. Clase: N Control de la perfusión tisular			
Definición:					
	Actividades	Fundamentación			
	Vigilar los ingresos y egresos Llevar un registro preciso de ingresos y egresos Administración de agentes farmacológicos para aumentar la diuresis Intervenciones: manejo de líquidos	El control exacto de los líquidos que se administran o los que pierde el usuario por las diferentes vías sirve para establecer el diagnóstico y valorar el estado hidroelectrolítico con el fin de prevenir un compromiso renal en el usuario Campo: Fisiológico: complejo Clase: N Control de la perfusión tisular			
Definición:					
	Actividades	Fundamentación			
	Realizar sondaje vesical Observar si hay sobrecarga/tensión de líquidos (PVC, edema) Vigilar la respuesta de un paciente a la terapia de electrolitos prescrita	Con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior y con ello llevar un control cuantitativo de la diuresis, la obtención de una muestra limpia de orina, cuando no se puede obtener por los medios habituales, la recogida de orina de varias horas en pacientes incontinentes, la retención urinaria y la vejiga neurógena, la PVC nos ayudará a observar si hay una sobrecarga de líquidos que podremos observar por medio del edema			

desviación a la salud son: hipertensión arterial desde hace ocho años, dislipidemia y apnea obstructiva. Su esquema de vacunas está completo aun cuando el familiar dice que no se cuenta con la cartilla de vacunación. Niega el consumo de tabaco y consumo de alcohol, así como alergias a plantas y animales.

Encontré a JP en su unidad. Su estado de conciencia era alerta y se encontraba ansioso, con palidez de tegumentos; obedecía órdenes sin emisión de sonidos (palabras) porque estuvo asistido por traqueotomía a un ventilador de volumen continuo. La traqueotomía se realizó con apoyo de mecánica ventilatoria con un a FiO₂ de 50% en modalidad de volumen

Plan de cuidados: diagnóstico 3.

Dominio: 2 Nutrición	Clase: 1 Ingestión	Concepto: nutrición			
Dx. Enfermería Diarrea r/c alimentación por sonda m/ p sonidos intestinales hiperactivos		Sujeto: no Juicio: Desequilibrio Localización: no Edad: no			
Definición: eliminación de heces líquidas, no formadas		Tiempo: no			
Resultado esperado: eliminación intestinal		Estado: Real			
Definición: formación y evacuación de heces		Dominio: salud fisiológica	Clase: eliminación (F)		
Indicadores		Escala	Inicia	Esperada	Final
Control de movimientos intestinales		Gravemente comprometido 1	1	4	
Cantidad de heces en relación con la dieta		Sustancialmente comprometido 2	1	5	
		Moderadamente comprometido 3			
		Levemente comprometido 4			
		No comprometido 5			
Diarrea		Grave 1	1	5	93%
		Sustancial 2			
		Moderado 3			
		Leve 4			
		Ninguno 5			
Intervenciones: manejo intestinal		Campo: fisiológico: básico	Clase: B control de la eliminación		
Definición: Establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular.					
Actividades		Fundamentación			
Evaluar la incontinencia fecal Disminuir la ingesta de alimentos que formen gases		La correcta evaluación de la incontinencia fecal nos ayudará a proporcionar una evaluación de dieta para poder disminuir los alimentos que puedan provocar una distensión abdominal y evitar el mejoramiento de la motilidad intestinal			
Intervenciones: manejo de la diarrea		Campo: Fisiológico: Básico	Clase: B control de la eliminación		
Definición: Prevención y alivio de la diarrea					
Actividades		Fundamentación			
Determinar la historia de la diarrea Evaluar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional Obtener una muestra de heces para realizar cultivo y determinar la sensibilidad Observar turgencia de la piel regularmente Practicar acciones que supongan un descanso intestinal (gastrostomía) Identificar los factores (medicamentos, bacterias y alimentación por tubo) que puedan ocasionar o contribuir a la existencia de la diarrea Medir la producción de diarrea Realizar consulta al médico si persisten los signos y síntomas de la diarrea		La evaluación por medio del código de evacuaciones de la diarrea no permite determinar los diversos factores que influyen en ésta, ya sea por medicamentos, dieta o bacterias; con ello se puede ayudar a que el médico determine la dieta adecuada del paciente y la reposición de líquidos por deshidratación			

control; en ésta se aspiraban con secreciones amarillentas, espesas y fétidas por cánula y sialorrea.

El peso del paciente fue de aproximadamente 70 kg y su talla de 1.60 cm. Se observó a la cavidad oral hidratada y el abdomen ligeramente globoso, con un perímetro abdominal de 88 cm.

El paciente se encontraba con peristaltismo aumentado y presentó dificultad para masticar y deglutir, además hubo presencia de caries con afección del IX nervio

(glossofaríngeo) y dificultad para la deglución; para poder proporcionarle los alimentos, él se encontraba con apoyo de una sonda de gastrostomía y con apoyo de alimentación enteral. Durante su estancia hospitalaria tuvo una pérdida de peso aproximada de 8 kg en relación con su ingreso hospitalario, aunque su gastrostomía se encontró limpia y seca. Fue cubierto con gasas limpias, proporcionándole dieta especial polimérica a 40 cm³ por hora 5 x 1 de 6 a 24 horas.

Se le colocó una sonda vesical y presentó dificultad para ponerse en pie y caminar, así como espasticidad importante con deformación de tarso y dedos de los pies, que estuvo acompañada de dolor. En el momento de la exploración presentó actividad motora de los miembros superiores de 2/5 en ambos brazos y en miembros pélvicos de 3/5 en ambos pies, con signo de Babinski positivo; posteriormente, en una segunda valoración también fue positivo el reflejo rotuliano.

En la zona del cóccix y el sacro había inicios de úlcera por presión, con ocho puntos a partir de la clasificación de Braden. El paciente, durante los cambios de posición que se le realizaban, no toleraba estar en decúbito lateral izquierdo y derecho; refería: “siento que no entra el aire y me ahogo”, por lo cual permanecía en posición de Fowler de 30°.

Durante la valoración se encontró con FR de 30 por minuto, así como los siguientes datos: diaforético, T/a 140/80, frecuencia cardiaca de 98 y temperatura de 38.5°; la gasometría arterial tuvo un pH de 7.46, pO₂ de 61 mmHg y CO₂ de 28 mmHg y con saturación. El O₂ fue de 91% y datos para alcalosis respiratoria, así como dio positivo en cultivo de secreciones encontrándose bacteria Gram (-) *Pseudomonas* y de gabinete. En la base derecha de la placa de rayos X se encontró atelectasia.

En el acceso venoso central se le suministró una infusión continua de soluciones isotónicas con electrolitos séricos agregados, además de aminoácidos al 8.5%. Presentó potasio de 4.5 mEq/lit y sodio de 148 mEq/lit. De igual forma, recibió aporte de vitaminas en la solución de base como son los oligoelementos multivitamínicos. Se le tomó urocultivo reportando *Pseudomonas* y *E. coli* positivo. Al valorarlo, se observó la orina concentrada con sedimentación y una densidad urinaria de 1.028. La diuresis fue de 40 mL/horas y con oliguria en relación con las evacuaciones del paciente que en ese momento eran diarreicas; aproximadamente por turno presentó cuatro evacuaciones aproximadamente de 250 mL cada una de ellas. En este momento se decidió suspender la dieta por la noche y se administró antiespasmódico y antidiarreico.

CONCLUSIONES

La profesión de enfermería se basa en la integración y aplicación del conocimiento de las ciencias del cuidado para poder establecer un marco de referencia donde podamos comprender las necesidades del paciente y su entorno.

La salud se considera como uno de los niveles cambiantes biopsicosociales y espirituales del bienestar; la enfermedad está influida y circundada por la herencia del individuo y la interacción con las fuerzas y los cambios sociales. JP fue un paciente dependiente del cuidado proporcionado, debido a su deterioro neurológico y el grado de dependencia de un apoyo ventilatorio. En este sentido, es importante destacar el rol que juega la familia para contribuir en el cuidado del propio paciente desde el aspecto fisiológico hasta el aspecto psicosocial, sin olvidar los aspectos emocionales y religiosos.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

1. Alfaro R. El pensamiento crítico en enfermería. 3a Ed. España: Masson; 2006.
2. Bravo Peña F. Nociones de La historia de enfermería. 3a Ed. México: Porrúa; 1990.
3. Benavent G. Fundamentos de enfermería. Madrid: DAE; 2005.
4. Diéguez C. Proceso de Enfermería. Metamorfosis en Enfermería, vol. I. 2006.
5. Donahue M. Historia de Enfermería. 2 ed. México: Doyma; 1995.
6. Fernández C. Historia de Enfermería. 4 ed. México: McGraw-Hill; 2004.
7. Fernández C. Enfermería Fundamental. 2 ed. España: Masson; 2002.
8. García C. Historia de Enfermería, España: Harcourt; 2001.
9. García M. El proceso de enfermería propuesta para orientar a la enseñanza. México: 1999.
10. Garza R. Bioética. México; Trillas; 2002.
11. Guyton A. Tratado de fisiología médica. 11 ed. España: Elsevier; 2006.
12. Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. Harrison: Principios de Medicina Interna. Tomo II. 14 ed. México: Interamericana; 1999.
13. Hernández C. Fundamentos de la Enfermería España: Mc Graw Hill; 1999.
14. Kathleen A. Trastornos neurológicos. 2 ed. España: Doyma; 2000.
15. Kerouac SS. El pensamiento enfermero. España: Masson; 1996.
16. Loren A. Secretos de la neurología. 2 ed. México: Mac Graw-Hill; 2001.
17. Lyer P. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3 ed. México: 2005.
18. Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 4 ed. España: Mosby; 2004.
19. Mendoza V. Introducción a la metodología. 2 ed. México: Facultad de Estudios Zaragoza UNAM; 2002.
20. Murray A. Proceso de atención de enfermería. 5ed. México: Mc Graw Hill; 2005.
21. Ortega S. Manual de enfermería médico quirúrgica. 2 ed. Lozano Impresores; 2004.
22. Osama O. El pequeño libro negro de neurología. 4 ed. España: Mosby; 2007.
23. Polit D. Investigación científica en las ciencias de la salud. 3 ed. México: Mc Graw Hill; 1997.
24. Rodríguez B. Proceso enfermero. 3 ed. México: Cuéllar; 2004.
25. Santos FX. Metodología básica de investigación. España: Ediciones Díaz de Santos; 2004.
26. Rosales S. Fundamentos de enfermería. 3 ed. México: Manual Moderno; 2004.
27. Sanfeliu V. Problemas neurológicos. Barcelona: Ed. Masson; 1999.
28. Sánchez R. Atención especializada de enfermería al paciente ingresado en cuidados intensivos. España: CEP; 2006.
29. Stephen J. Modelo de Orem: aplicación. España: Masson; 2000.
30. Wilson P. Nervios craneales. 2 ed. Argentina: Panamericana; 2007.
31. Zarranz JJ. Compendio de Neurología. 2 ed. España: Harcourt; 2001.

Corrientes educativas que han permeado la formación de enfermería en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

*Araceli Sánchez Ramos**

RESUMEN

Este artículo presenta una revisión de los modelos pedagógicos que tradicionalmente se han usado en la formación del profesional de enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y también presenta cómo esos modelos han influido en las características del ejercicio de la profesión. El modelo enseñanza-aprendizaje se ha venido presentando en diversas modalidades, como la tradicionalista, la conductista y actualmente, se pretende que sea constructivista. Finalmente se puede concluir en el presente escrito que a través de la historia de la enfermería se puede observar que el patrón curricular está orientado al desarrollo de habilidades manuales y procedimentales en los que los alumnos, desde el nivel preescolar hasta el superior, conservan un enfoque educativo tradicional con el que se ha formado la mayor parte del personal de la salud. Consecuentemente este modelo educativo genera la pasividad del alumno resaltando la autoridad y el poder del profesor como poseedor del conocimiento.

Palabras clave: Corrientes educativas, formación de enfermería.

Educational flows that have permeated the nursing education in the National School of Nursing and Midwifery

ABSTRACT

This article presents a review of pedagogical models that traditionally have been used in professional formation of nurses from the National School of Nursing and Midwifery (ENEO) of the National Autonomous University of Mexico (UNAM) and how these models have influenced the characteristics of the practice of the profession the teaching learning model has been presented in different modalities, such as traditionalist, behavioral and currently intended to be constructive. Finally it can be concluded in this paper is that through the history of nursing can be seen that the curricular pattern is oriented to the development of manuals and procedural skills, where students from preschool to upper retain a traditional educational approach which has trained the majority of the health care personnel. Consequently this educational model generates student passivity highlighting the power and authority of the teacher as the possessor of knowledge.

Key words: Educational flows, nursing education.

** Instituto Nacional de Neurología "Manuel Velasco Suárez".*

Recibido para publicación: 11/03/2014. Aceptado: 06/05/2014.

*Correspondencia: MEE. Araceli Sánchez Ramos.
E-mail: sanchez-araceli1@hotmail.com*

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

Desde sus inicios, la enfermería en México ha enfrentado grandes desafíos ante los cambios sociales, económicos demográficos y epidemiológicos, así como de desigualdad de género, en educación, nuevas formas de consumo y comunicación; además de cambios ambientales, de urbanización, avances de la tecnología y entrada en vigor del tratado de libre tránsito de profesionales. Asimismo, la pedagogía de la enfermería, desde el inicio de la formación de este recurso, responde a las condicionantes propias de los factores que han determinado el desarrollo de la profesión, tales como la condición femenina, la condición de las comunidades de religiosas, las características de la vida militar y la perspectiva médica. Por ello, es importante hacer un recorrido en el pasado del ámbito educativo de la enfermería para conocer la evolución pedagógica y las corrientes educativas que han permeado la disciplina y, conocer así, cómo se van adecuando a los cambios socio-culturales de México.

La educación en el ámbito de enfermería se inició con las escuelas de parteras, debido a que en esas épocas, las mujeres morían principalmente por complicaciones en el embarazo, parto y puerperio; esta problemática de salud trajo consigo la necesidad de atención sustentada en los aspectos médicos-tecnológicos que prácticamente estaban centrados en la adquisición de habilidades técnicas y manuales para ser ejecutada en diversos procedimientos de forma automatizada y rutinaria.^{1,2}

La enfermería se había considerado hasta entonces un arte, pero Florence Nightingale rechazó estas ideas; luchó por integrar esta disciplina en un sistema interdependiente, lo que le permitió elaborar con las limitaciones de la ciencia de esa época, una doctrina que durante más de un siglo fue técnica, dependiente de la medicina y también de la enfermedad. Aunque todavía no hablamos de una enfermería como la actual, se puede decir que en este momento de la historia se establecieron las bases para el desarrollo de una enfermería profesional y científica.

Mientras este nuevo concepto de la enfermería se iba extendiendo en muchos países de Europa, en México estábamos apenas saliendo de la guerra de independencia y como consecuencia, estábamos reorganizando nuestro país. Asimismo durante la época colonial, los cuidados enfermeros estuvieron a cargo de las órdenes religiosas; esto continuó así hasta que el 2 de febrero de 1861, Benito Juárez publicó un decreto en el que se transformaron los hospitales y centros de beneficencia. Posteriormente, el 26 de febrero de 1863 decretó la extinción de las comunidades religiosas en toda la república que temporalmente habían quedado a cargo de los enfermos de nuestro país, pero en 1874 Lerdo de Tejada las expulsó definitivamente de México dando origen a nuestro propio "período oscuro de la enfermería".

Para principios del siglo XX el Dr. Liceaga, designado por el presidente de la República, comenzó el ambicioso proyecto del Hospital General y la primera Escuela de Enfermería del mismo, que fueron inaugurados en 1905 y 1907 respectivamente; con esto se inició así una evolución de la profesión que nuevamente fue interrumpida por la revolución.³

Una vez reorganizado el país después – en la primera mitad del siglo XX– hubo aproximadamente 30 años de un desarrollo creciente en la enfermería; el Estado asumió la responsabilidad de la salud pública y se crearon organismos como el IMSS, ISSSTE, etcétera. Asimismo se construyeron gran cantidad de hospitales, por lo que en las siguientes décadas, la enfermería tomó conciencia de la necesidad de una preparación a nivel licenciatura, que elevara el conocimiento científico de la enfermera y permitiera reforzar el trabajo de esos hospitales. Fue la ENEO de la UNAM, fundada en 1945, quien incorporó en 1968, la licenciatura en enfermería. Hoy en día, la licenciatura en enfermería se imparte en diferentes instituciones estatales en México, así como en algunas universidades privadas.⁴

A través de la historia de la enfermería se puede observar que la educación estaba orientada en la enseñanza tradicional; en ella, los aspectos cognitivos fueron supervalorados y los efectivos y culturales subestimados, es decir, el aprendizaje se reducía a repetir y memorizar, donde la acción del alumno estaba limitada a la palabra que se fija y repite, conformando una personalidad pasiva y dependiente. Las alumnas de enfermería tenían poco margen para pensar y elaborar conocimientos porque sólo se exigía memorización y, por tanto, las tendencias pedagógicas tradicionales contribuían a la preservación de esta práctica asistencial, renuente al análisis crítico; ello separa a la teoría de la práctica, de una forma rígida e inflexible que frena la ejecución de acciones efectivas de cambio. De hecho, la educación muchas veces está disociada de la realidad y la utilización de sus resultados ha sido extremadamente valorizada cuantitativa y no cualitativamente.⁵

Está claro que las características de aprendizaje adquiridas durante nuestra formación las replicamos; esto no quiere decir que sea lo mejor. Sin embargo, continuamos con ellas, ya que los procedimientos y técnicas de enfermería llevan una secuencia lógica que va desde lo simple a lo complicado; la memorización y la verbalización son los elementos esenciales para permitir la ejecución de la intervención y así, nuevamente, caemos en la observación y la medición de lo aprendido; el margen de error está presente cuando se omite o altera el orden de los pasos.^{6,7}

Asimismo al revisar el plan de estudios del desarrollo educativo de la licenciatura en enfermería en la escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se puede

observar que su reto ha sido construirse como disciplina científica y brindarle a la sociedad un producto profesional de alta calidad, cuyo objetivo sea el cuidado de la salud de todas las personas, sin embargo, el andar educativo de la profesión en esta escuela ha estado regido por el enfoque tradicionalista y conductista, lo que reduce la capacidad de análisis y crítica en los estudiantes y profesionales. Hay que reconocer que el conductismo ha sido aplicado a la formación de enfermeras, tal vez porque alcanzó el auge en los setenta, cuando también se había comenzado la licenciatura en la carrera de enfermería.

De este modo el modelo conductista es, en esencia, el mismo modelo tradicional de enseñanza pero enmarcado ahora, en unos principios científicos dados por las investigaciones de Pavlov y Skinner, principalmente. En este modelo se busca que el educando “haga” acríticamente las actividades programadas. La comunicación es la misma que en el modelo tradicional con un nuevo elemento: la retroalimentación o respuesta del receptor en el que el estudiante participa sólo como instrumento de comprobación de la existencia de la respuesta esperada.

Es importante señalar que la ENEO de la UNAM ha sido pionera de muchos cambios educativos siempre en aras de un mejoramiento en la calidad de enseñanza y, por ende, en el tipo de profesional que forma; además, busca proporcionarle al estudiante y a los futuros profesionales las herramientas necesarias para desenvolverse en el mercado laboral y que aquél sea competitivo, enfatizando el desarrollo de un estudiante analítico, crítico y constructor de sus propios procesos educativos en donde el papel del docente sea más bien de acompañante experto de esos procesos.⁸

En el modelo educativo del plan de estudios de licenciatura en enfermería y obstetricia de la ENEO, UNAM, que fue actualizado en año 2000, aunque explícitamente no lo menciona, se infiere que está conformado por un enfoque constructivista del aprendizaje, el cual se destaca por ser un enfoque psicológico cuya premisa es considerar al proceso de enseñanza y aprendizaje como un generador de saberes que parten de las experiencias y los conocimientos previos de cada individuo. Las estrategias para la enseñanza de la enfermería se elaboran partiendo de la anterior premisa, pero sabiendo que al enseñar bajo la metodología educativa constructivista, el educando ocupa una posición protagónica en su propio aprendizaje y el docente es un facilitador del proceso. En otras palabras, en el proceso formativo el estudiante expresa ideas, resuelve dudas, va adquiriendo experiencias y construyendo su propio conocimiento.⁹

Para los alumnos, sin embargo, representa un desafío, porque les es difícil desarrollar habilidades de estudio independientes; esta situación es comprensible, ya que en nuestra sociedad mexicana las instituciones educativas desde el nivel

preescolar hasta el superior conservan un enfoque educativo tradicional con el cual se ha formado a la mayor parte del personal de la salud. Consecuentemente este modelo educativo genera la pasividad del alumno y resalta la autoridad y el poder del profesor como poseedor del conocimiento, quien a su vez, marca el ritmo del aprendizaje del alumno; su relación con el alumno se circunscribe a sesiones discursivas o expositivas dentro de un aula donde el alumno acepta la información como verdad absoluta con una actitud subordinante y, en pocas ocasiones, se cuestiona; o bien, es ahí donde se asigna al alumno la exposición del tema, el cual, en su actitud pasiva, realiza una escasa búsqueda de información y en ocasiones se limita a expresar lo escrito en los textos sugeridos por el programa o profesor y, a su vez, éste a “corregir” o aclarar las dudas ocasionalmente generadas en el alumno.¹⁰

CONCLUSIONES

Se puede concluir que el proceso educativo en enfermería está centrado en la adquisición de habilidades técnicas y manuales para la ejecución de procedimientos y que encaja principalmente en el modelo tradicional; sus influencias se reflejan directamente en los comportamientos todavía hoy vigentes dentro de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, a pesar de que el plan de estudios actualizado en el año 2000, implícitamente se enfoca a un modelo constructivista. Este último no se lleva a cabo debido a que los estudiantes han tenido una formación tradicional, por lo que el personal de enfermería y los estudiantes son clasificadas en un nivel muy bajo de aptitud clínica, lo que sugiere una práctica profesional basada en rutinas más que en acciones reflexivas y críticas.

SUGERENCIAS EN EL ÁMBITO DE ENFERMERÍA

Se sugiere que se replanteen los planes de estudio en enfermería y que éstos promuevan una educación crítica, deliberada y participativa. Ello involucra la redefinición de roles del docente, del alumno y de la organización curricular, favoreciendo un clima organizacional creativo que incorpore asimismo una renovada y dinámica concepción de evaluación, permitiendo la formación de profesionales activos y creativos, capaces de enfrentar situaciones nuevas, de resolver problemas y de adaptarse a un mundo cambiante. Este plan tiene como expectativa, una atención en salud que refleje un conocimiento.

Para responder a las deficiencias detectadas, se plantea que la enfermería tome un papel activo al respecto, incorporando en su función educativa un diseño instruccional que conduzca a

encontrar el camino más conveniente. El diseño de métodos y estrategias de enseñanza debe atender al desenvolvimiento de un buen pensamiento en el alumno, quien se espera sea crítico y creativo. Se debe ir motivando las formas individuales de aprender y favorecer el aprendizaje continuo para que el alumno logre ser autónomo, con una mentalidad cuestionadora y familiarizado con el proceso de aprender.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castrillón ME. La dimensión social de la práctica de la enfermería. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1997: 19.
2. Chiondelli N, Lenise M. Educación continua en el trabajo: nuevos desafíos para los profesionales de enfermería. *Rev. Investigación y Educación en enfermería* [Internet]. [acceso 13 de mayo 2012]. Disponible en: <http://redalyc.uamex.mx/src/Inicio/ArtPdfRed.jsp?jCve=105216848011>.
3. Pérez I, Castañeda C. 100 años ENEO. 1907-2006. Capítulo III. [CD interactivo]. México: ENEO-UNAM; 2006: p 5.
4. Zueras P. Historia de la Enfermería [acceso 13 de mayo 2012]. Disponible en: <http://www.mixcoac.upmx.mx/document.aspx?doc=20287>.
5. Chiondelli N, Lenise M. Educación continua en el trabajo: Nuevos desafíos para los profesionales de enfermería. *Rev. Investigación y Educación en enfermería* [acceso 17 de mayo 2012]. Disponible en: <http://redalyc.uamex.mx/src/Inicio/ArtPdfRed.jsp?jCve=105216848011>
6. García E, Guillén DM, Acevedo M. La influencia del conductismo en la formación del profesional de enfermería. *Razón y palabra*. 2011 [acceso 17 de mayo 2012]; 76. Disponible en: http://www.razonypalabra.org.mx/N/N76/varia/5a%20entrega/46_GarciaGuillenAcevedo_V76.pdf.
7. Ávila P. Algo sobre la escuela tradicional [acceso 20 de mayo 2012]. 4-7. Disponible en: <http://www.educacionemocional.cl/documentos/educ07lacuestionescolarjpalacios.pdf>
8. Rojas L. El enfoque constructivista en el currículum de enfermería: motivación, dificultades y demandas que enfrenta el o la docente. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*. 2005 [acceso 20 de mayo 2012]; 5 (9): 1-15. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/448/44800901.pdf>
9. Carranza AI. El constructivismo como estrategia educativa: formación profesional en enfermería. *Revista de enfermería* [acceso 14 de mayo 2012]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v30n2/art4.pdf>
10. Carriles MG, Oseguera JF, Díaz Y, Gómez SA. Efecto de una estrategia educativa participativa en el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes de enfermería. *Enfermería global Revista electrónica trimestral de enfermería*. 2012; 26 [acceso 15 de Mayo 2012]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/135891/133431>.