



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA  
Y OBSTETRICIA**

**“PRINCIPIOS BIOÉTICOS EN LA ATENCION DE ENFERMERÍA  
A PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA”**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A :**

**SANTOS CASTRO RAMOS**

No. DE CUENTA: 408059114

**DIRECTORA DEL TRABAJO  
M.C.E ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA**

**MÉXICO D.F., 2013**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA  
Y OBSTETRICIA**

**“PRINCIPIOS BIOÉTICOS EN LA ATENCION DE ENFERMERÍA  
A ENFERMOS CON ESQUIZOFRENIA”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A :**

**SANTOS CASTRO RAMOS**

**No. DE CUENTA: 408059114**

**DIRECTORA DEL TRABAJO  
M.C.E ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA**

**COTUTORA DEL TRABAJO  
MTRA. MA. GUADALUPE NAVA GALÁN**

**MÉXICO D.F., 2013**



## **Agradecimientos y dedicatoria**

Dedico este trabajo de investigación primordialmente a nuestro Creador que me permitió concluir este logro en las mejores de las condiciones; de igual manera a mis padres por depositar una infinita confianza en mí.

Así mismo dedico este proyecto de forma muy grata a mis tutoras a la Maestra Ma. Guadalupe Nava Galán y a la Maestra Araceli Jiménez Mendoza, incluyendo a los docentes que me han acompañado durante mi formación académica.

Agradezco a mi casa de estudios la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velazco Suárez por permitirme realizar mi servicio social satisfactoriamente y así mismo al personal que labora dentro del mismo por compartir sus conocimientos, experiencias y por su gran apoyo. Gracias.

Finalmente agradezco el esfuerzo, dedicación, apoyo y paciencia que me brindo mi tutora, Maestra Ma. Guadalupe Nava Galán durante todo el año de servicio social, por alentarme a seguir adelante, siempre adelante y por trasmitirme un gran caudal de conocimientos, me resulta importante agradecer la confianza y el asesoramiento sumamente eficaz y enriquecedor de mi directora, Maestra Araceli Jiménez Mendoza, por quien siento una gran lealtad y admiración.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>1. Introducción</b>	<b>5</b>
<b>2. Planteamiento del problema</b>	<b>6</b>
<b>3. Pregunta de investigación</b>	<b>7</b>
<b>4. Justificación</b>	<b>8</b>
<b>5. Objetivos</b>	<b>9</b>
<b>6. Marco teórico</b>	<b>10</b>
6.1 Ética	10
6.2 Bioética	10
6.3 Bioética de la vulnerabilidad	11
6.4 Los principios bioéticos	14
6.5 Principios bioéticos en cuidado de enfermería	15
6.6 Aplicación de los principios bioéticos en el proceso de enfermería	16
6.7 El cuidado cultural de enfermería	18
6.8 Consideraciones ético-legales	19
6.8 Antecedentes	23
6.9 Esquizofrenia	25
6.10 Signos y síntomas	27
6.11 Riesgos	31
6.12 Tipos de esquizofrenia	32
6.13 Diagnóstico y trastornos asociados	33
6.14 Causas	35
6.15 Curso	36
6.16 Prevalencia	36
6.17 Tratamiento	37
6.18 Cuidados de enfermería a la persona con esquizofrenia	41
<b>7. Metodología</b>	<b>67</b>
7.1 Tipo de investigación	67
7.2 Población	67
7.3 Muestra	67

7.4 Instrumentos	67
7.5 Criterios de inclusión	68
7.6 Criterios de exclusión	68
<b>8. Resultados</b>	<b>68</b>
<b>9. Análisis</b>	<b>75</b>
<b>10. Conclusión</b>	<b>76</b>
<b>11. Obras consultadas</b>	<b>78</b>
<b>12. Anexos</b>	<b>83</b>
12.1 Instrumento de valoración y consentimientos aplicados al profesional de enfermería	83
12.2 Instrumento de valoración y consentimientos aplicado a familiares de enfermos esquizofrénicos	88
12.3 Ley general de salud y normas oficiales	92
12.4 Declaración de Helsinki	105
12.5Glosario	108

## 1. Introducción

La esquizofrenia es una alteración mental que persiste por lo menos 6 meses, incluye síntomas en la fase activa, estos pueden manifestarse por: Ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje y comportamiento gravemente desorganizado o catatónico; esta serie de síntomas hacen más vulnerable al enfermo, dado que afectan su comportamiento y juicio; alterando el bienestar de la persona afectada, así como su entorno familiar. Estas circunstancias vuelven compleja y minuciosa la terapéutica intrahospitalaria, en donde el profesional que proporciona el cuidado al enfermo, debe observar cada una de estas manifestaciones, para efectuar intervenciones con fundamentación científica basado en los principios bioéticos; por consiguiente la presente investigación tiene como objetivo analizar los principios bioéticos de la atención de enfermería a enfermos con esquizofrenia, continuando con las bases metodológicas se presenta el marco teórico que contiene conceptos de ética y bioética, la teoría del principalísimo, la bioética de la vulnerabilidad, la fisiopatología de la esquizofrenia, los cuidados de enfermería a personas que cursan con esta enfermedad la teoría del cuidado cultural y consideraciones ético legales para conocer las intervenciones que se pueden llevar a cabo e implementando el cuidado a los enfermos esquizofrénicos y la aplicación de los principios bioéticos; **Objetivos:** a través de la identificación, análisis ,evaluación y descripción de los principios bioéticos en las intervenciones de enfermería, a enfermos con esquizofrenia se pretende, proponer y garantizar el cuidado con calidez humana y respeto hacia la persona afectada por este padecimiento mental. **Metodología:** se diseñaron dos instrumentos uno con 17 reactivos de opción múltiple, para evaluar la implementación de los principios bioéticos en las intervenciones que los profesionales de enfermería incluyendo los conocimientos en relación a la bioética; el segundo con 10 reactivos opción múltiple para evaluar la percepción de los familiares de los enfermos esquizofrénicos en relación al cuidado que proporciona el profesional de enfermería, esto a través de un estudio descriptivo, transversal y analítico. **Población y muestra:** no probabilística aplicada a todos los profesionales de enfermería que laboran en la unidad de neuropsiquiatría y

urgencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez en los turnos matutino y vespertino así como también a familiares de enfermos esquizofrénicos de estas áreas. **Resultados:** Se procesaron y analizaron con el paquete estadístico SPSS y con el apoyo de hojas de cálculo electrónicas; en cuanto a la percepción de los familiares se puede observar una excelente opinión respecto a los cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería, lo cual indica que se implementan los principios bioéticos ya que de igual manera en los resultados se refleja la presencia de la bioética en las intervenciones de enfermería.

## 2. Planteamiento del Problema

La bioética, plantea la necesidad de realizar intervenciones con sentido humano y a través de un trato digno especialmente a estas personas afectadas con un padecimiento mental tan complejo como lo es la esquizofrenia ya que en esta enfermedad, como una de las manifestaciones más frecuentes, se produce un deterioro de la personalidad que ocasiona en la persona un desajuste, con el entorno social, lo cual requiere una preparación y desde luego un cuidado especializado y con fundamentación científica, para con ello lograr una elevación en el nivel de bienestar y para con ello mejorar el estado de salud.

La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave, sus manifestaciones básicas consisten en una mezcla de signos y síntomas característicos y con cierta duración, los cuales ameritan la imperante necesidad de valorar, planear, ejecutar y evaluar intervenciones de enfermería, con la finalidad de lograr un nivel de bienestar óptimo de la persona, mediante un trato digno y favorecedor del estado de salud.

El profesional de enfermería debe considerar los principios bioéticos que incluyen valores genuinos, necesarios y universales en todas las prácticas asistenciales,

reconociendo e identificando de forma oportuna la importancia de cada uno ellos en las diferentes etapas del proceso enfermero, cuidando así la autonomía del enfermo, siendo benéficientes con todos y desde luego procurando siempre no hacer daño bajo la observancia de la no maleficencia; estas personas que cursan con algún tipo o pródromo de esquizofrenia como tienen características que los vuelve vulnerables, esta circunstancias de los enfermos se constataron durante la rotación en el servicio de neuropsiquiatría durante el servicio social en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía M.V.S., donde las personas con esta alteración quedan a merced del contexto social y el personal de salud debe atenderlos de manera integral y en observancia constante de los principios bióticos. Es así como surge la siguiente pregunta:

**3. ¿Se aplican los principios bioéticos en la atención de enfermería a enfermos con esquizofrenia?**

#### 4. Justificación

La bioética, rama del conocimiento que aporta un referente estructurado para la reflexión de los aspectos éticos en las prácticas asistenciales, fundamenta la necesidad de llevar a cabo intervenciones de enfermería basadas en los principios bioéticos.

Los conceptos beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía son los principios bioéticos fundamentales, en los que se basan los códigos éticos de enfermería; aspectos que siempre se deben vigilar, cuando se brinda atención a enfermos con esquizofrenia, debido a las manifestaciones de dicha enfermedad.

La beneficencia, principal aspecto bioético de la atención de enfermería, exige la efectiva promoción del bien; elegir la intervención de enfermería más terapéutica para el enfermo es un ejemplo de beneficencia. El principio de no maleficencia garantiza que el enfermo no sufrirá daños con ninguno de los cuidados de enfermería, ya que las intervenciones de enfermería sólo se aplican tras haber considerado la seguridad y el bienestar del paciente; el profesional de enfermería que aplica el principio de la autonomía en la atención a los enfermos esquizofrénicos, anima a los pacientes a participar en la toma de decisiones, este procedimiento, conocido como consentimiento informado, fomenta la autonomía del paciente, al aportarle la información pertinente y la posibilidad de elegir. El respeto a la equidad e igualdad de intervenciones de enfermería, sin distinciones de ningún tipo, son aspectos primordiales del principio de justicia, con la finalidad de brindar un cuidado equitativo, justo y respetuoso a cada persona.

En este trabajo se presenta una revisión, profundizando en textos publicados, así como en revistas especializadas, la presencia de los principios bioéticos en las intervenciones de enfermería a enfermos con esquizofrenia ya que una enfermedad mental como esta requiere de un cuidado minucioso y especializado que conlleve un respeto hacia la persona y siempre en consideración de sus

derechos, sin importar su estado mental o afectación; por tal motivo resulta importante basar la teoría de los cuatro principios bioéticos (autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia) en la terapéutica a estas personas afectadas dada su circunstancia de vulnerabilidad se infiere la importancia del trato digno y humanizado principalmente a través de cuidado que proporciona el profesional de enfermería en las áreas de urgencias y neuropsiquiatría del INNN. Se considera que los resultados de esta investigación pueden aportar un referente que ayude a profesionales del cuidado, pasantes y estudiantes que tienen contacto con personas que cursan con esta alteración para con ello lograr un cuidado lo más humanizado posible.

## **5. Objetivos**

### **General**

Analizar si través de las intervenciones de enfermería se proporciona a los enfermos con esquizofrenia un cuidado con calidez humana y respeto, basados en los principios bioéticos.

### **Específicos**

- Analizar los principios bioéticos de la atención de enfermería a enfermos con esquizofrenia.
- Identificar los principios bioéticos de la atención de enfermería a enfermos con esquizofrenia.
- Evaluar la presencia de los principios bioéticos de la atención de enfermería a enfermos con esquizofrenia.
- Describir los principios bioéticos de la atención de enfermería a enfermos con esquizofrenia.

## 6. Marco Teórico

### Ética

Para analizar los principios bioéticos, de la atención de enfermería a enfermos esquizofrénicos, es importante analizar el concepto proporcionado por Nicola Abbagnano, la define de una forma muy general, como la ciencia de la conducta. Menciona que existen dos concepciones fundamentales de la ética: a) la que la considera como ciencia del fin al que debe dirigirse la conducta de los hombres y de los medios para lograr tal fin y deducir, tanto el fin como los medios de la naturaleza del hombre; b) la que considera como la ciencia del impulso de la conducta humana e intenta determinarlo con vistas a dirigir o disciplinar la conducta misma<sup>1</sup>. Es así como se puede entender que para el cuidado de enfermería, la ética no solamente implica los deberes hacia los enfermos sino que intenta también promover bienes, por eso hay que estar abiertos a aquellas terapias que puedan hacer la existencia de los enfermos más feliz y armónica.

### Bioética

La bioética como rama importante de la ética profesional, tiene origen reciente y trascendencia muy importante en el desarrollo de las ciencias médicas, tales como la enfermería. José Juan García en su enciclopedia filosófica relata, qué fue un médico oncólogo, en 1970, llamado Van Rensselaer Potter, quien conceptualizó por primera vez el término “bioética”. Y la describió como la ciencia de la supervivencia, con la finalidad principal de promover la calidad de vida. Una definición sencilla que miraba esta naciente disciplina como el conjunto de análisis desde la ética hacia la ciencia. Una ciencia que busca cómo usar el conocimiento. Potter, preocupado por el futuro del hombre piensa en la bioética como un puente hacia el futuro. En 1973 se empezó a hablar de la bioética como de una disciplina académicamente nueva y en 1978 apareció la primera enciclopedia de bioética en

---

<sup>1</sup>Abbagnano N. y Fornero G., diccionario de filosofía, 4º ed., México D.F., fondo de cultura económica, 2004

cuatro volúmenes, completada con uno más en 1995, sobre cuestiones éticas y sociales en el campo de las ciencias de la vida, de la medicina y de la salud. En esa enciclopedia, Warren Reich (1978) define la bioética de la siguiente manera: «Estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la salud, examinado a la luz de los valores y de los principios morales»<sup>2</sup>

### **Bioética de la vulnerabilidad**

La vulnerabilidad es una característica de lo humano, que nos brinda una perspectiva antropológica, culturalmente confrontada con la filosofía individualista y el ámbito de la autonomía y la independencia; preceptos pertenecientes a un marco de referencia vital que se ha encargado de desplazar a la vulnerabilidad a un segundo plano<sup>3</sup>. La vulnerabilidad tiene que ver con la posibilidad de sufrir; con la enfermedad, con el dolor, con la fragilidad, con la limitación, con la indefensión, con la impotencia, con la finitud y con la muerte; involucra a un ser humano circunstancialmente herido, enfermo, violado, asaltado, secuestrado, torturado, castigado, hostigado, maltratado, etc., el cual implicado a una fragilidad ante la amenaza o posibilidad de sufrir daño físico, emocional, ético o moral causado por una situación de maldad, injusticia, desprecio, discriminación o cualquier otra forma de daño de la identidad de la persona. Curar y cuidar son dos términos intrínsecamente relacionados, lo cual crea una indisociable unidad entre las labores de curación y las de cuidado; estas razones fundamentales son el peso que han dado a la vulnerabilidad un papel esencial en la ética y la bioética y concretamente en esta investigación que se estudió los principios bioéticos en la atención a enfermos con esquizofrenia.

---

<sup>2</sup> Garcia J.J. enciclopediafilosofica on line [enciclopedia on line] philosophica 2011 (ISSN 20358326). Disponible en <http://www.philosophica.info/archivo/2010/voces/bioetica/Bioetica.html> [consultado: 02 de noviembre 2011]

<sup>3</sup>Mendoza Carrera E., Bio-ética: De mirada estándar a las humanidades médicas, editores de textos mexicanos, México 2007.

La vulnerabilidad no es nueva ha acompañado a ser humano a lo largo de su existencia, en la bioética siempre ha significado una preocupación por el vulnerable, debido a que por definición el ser humano es un ser vulnerable. Todos somos responsables de los otros humanos, aunque no seamos culpables; lo cual supone una forma de cuidado también por el lejano, por el extraño moral, con quien no hay vínculos más allá de la mera constatación de nuestra misma condición humana. Esto significa que ver a alguien como víctima nos enseña algo sobre la vida: es decir, que las personas pueden sufrir daño sin que podamos evitarlo, a pesar de nuestros esfuerzos, lo cual nos motiva a prestar ayuda; así mismo, también nos enseña que no somos diferentes de la víctima, que también somos vulnerables y podríamos sufrir el mismo daño, lo cual nos hace pensar: ¿que deseáramos si nos encontráramos en la misma situación? Sin duda que esta es la regla de oro. –a saber – el mandato moral por excelencia que ha persistido a lo largo de la historia de la humanidad: “hacer a los demás lo que uno quisiera que le hicieran”.

En este contexto la vulnerabilidad, abre pauta a la filosofía para que el ser humano se pregunte por su vulnerabilidad, ya que tanto relaciona una posibilidad de daño, pues es raíz de comportamientos morales, como énfasis que sitúa protección y cuidado en primera instancia, -más que una reclamación de derechos- y en segunda instancia una serie de pautas que abren múltiples posibilidades a la ética de la investigación y a la bioética en sus manifestaciones antropológicas y sociales.

La conciencia de nuestra vulnerabilidad en el cuidado a la salud ha puesto de relevancia la bioética, ya que pone al sujeto en un papel central que sustenta el contexto en relación directa a los derechos humanos y el derecho a la salud, puesto que existen poblaciones enteras cuyos miembros son más vulnerables que otras en su aproximación o ausencia a la asistencia sanitaria. Se hace evidente a exclusión social, los problemas de salud mental, la pobreza, etc., que nos llevan a la afirmación de que existen espacios de vulnerabilidad y al mismo tiempo estas

condiciones se ha demostrado que magnifican su potencia iniciando así un proceso que en muchos casos es ciertamente irreversible<sup>4</sup>.

Es así como se asegura que el enfermo (el susceptible o vulnerable) requiere un tratamiento adecuado y específico para su patología o necesidad, o bien una reparación en términos de una sustentabilidad, es decir preparar a estos espacios de vulnerabilidad, a manera de que exista un reconocimiento social que es necesario, para no negar y por tanto no excluir la posibilidad de ser tomados en consideración.

Enfermar en torno al ser humano es la manifestación de una vulnerabilidad que solo está unida a lo inesperado y súbito y por lo tanto simplemente aparece, como un cambio drástico, el paso del estado de salud al de enfermedad, tiene dos aspectos fundamentales: 1) el aspecto somático o físico: síntomas de una enfermedad objetiva, manifiesta o detectable, y 2) el aspecto psíquico, donde se juegan los siguientes sentimientos por parte del sujeto enfermo: invalidez, molestia, riesgo de morir, amenaza a los proyectos, soledad, ruptura con la regularidad de la vida; todos estos elementos dan indicio de la vulnerabilidad del enfermo que posterior a la conciencia de la enfermedad se hace necesario el cuidado ante el vulnerable, situación que merece que merece una considerable demarcación conceptual que por un lado configura las sensaciones y emociones que de forma ontológica se expresan en los enfermos y por otro orienta las acciones en busca de recuperar la salud.

En el proceso salud enfermedad podemos comprender que la vulnerabilidad trasciende de lo individual a las condiciones del medio colectivo, de grupos o comunidades, que hace surgir la necesidad de incorporarla a aspectos socio culturales y psicosociales, para designar a aquellas personas que a consecuencia del medio que viven están en mayor susceptibilidad de daño.

---

<sup>4</sup>Mendoza Carrera E., bioética humanismo y clínica psiquiátrica, editores de textos mexicanos, México 2011.

Todo lo anterior hace pensar en la vulnerabilidad como objeto de disertación y análisis en la bioética, cuyo propósito más esencial sería alcanzar el reto de la calidad de vida a pesar con la vulnerabilidad. Por tanto esta condición del ser humano debería suscitar una respuesta de sensibilidad y rechazo del daño, lo cual nos hace distinguir que la actitud ética derivada será el cuidado. En este sentido la finalidad es lograr en la persona una adecuada calidad de vida la cual es parte de la dignidad de la persona y por ello basándose en el deber ético de ayudar a los demás para que dejen ser vulnerados en sus derechos y necesidades básicas, para que sean menos vulnerables y para que disfruten de la mejor situación posible de libertad y de vida autónoma plena.

### **Los principios bioéticos**

Una de las corrientes más importante del pensamiento bioético, propone cuatro principios los cuales fundamentan el correcto actuar del personal sanitario en las ciencias médicas, estos son: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia; estos mismos se deben observar en la terapéutica de los enfermos y en especialmente en intervenciones de enfermería a enfermos esquizofrénicos; para tal fin se mencionan los antecedentes de esta corriente y sus conceptos<sup>5</sup>.

Los cuatro principios bioéticos: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia, forman parte de la corriente bioética del principialismo, que de acuerdo con Ciccone L. y García J.J. la proponen en Estados Unidos, en el año de 1978, los bioeticistas T. L. Beauchamp y J. F. Childress, ya que estos pioneros de la bioética, trataban de dar una orientación normativa a los desafíos que la tecnología ponía a la naciente bioética<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup>Ciccone L., bioética, historia, principios, cuestiones, colección pelicano, España, ediciones palabra, 2ª edición, 2006.

<sup>6</sup> T. L. Beauchamp y J. F. Childress, principios de ética biomédica, masson, España, 1999.

Los principios bioéticos son valores fundamentales que norman la conducta del personal sanitario, siendo así la autonomía hace referencia al deber de respetar la capacidad de toma de decisiones de la persona, permitiendo que tomen determinaciones razonadas e informadas.<sup>7</sup> La beneficencia se refiere al deber que tienen el personal médico y las estructuras sanitarias de actuar siempre en beneficio del enfermo. Por el contrario, la no maleficencia apunta al deber de evitar causar daño al enfermo, por ejemplo el daño que pueda producir un tratamiento tiene que ser proporcional y menor que el beneficio que produce. De igual manera la justicia indica que se tienen que distribuir los riesgos, daños, beneficios y costos en un modo equitativo, no se puede tratar a pacientes que estén en situaciones semejantes de modos distintos.<sup>8</sup>

### **Principios bioéticos en el cuidado de enfermería**

En la revisión bibliográfica que presenta Agramonte del Sur Alain., en la Revista Cubana de Enfermería, hace referencia a la implementación de los principios bioéticos en las intervenciones de enfermería<sup>9</sup>; argumenta la observancia de los principios bioéticos en el cuidado que brinda el profesional de enfermería en el cuidado; de igual manera Ángeles del Brion León, master en bioética y derecho<sup>10</sup>, aborda los principios bioéticos en el actuar del personal que atiende a enfermos con alteraciones mentales ya que estas personas al encontrarse con disminución de sus facultades mentales son susceptibles a conductas inapropiadas y poco benéficas para mejorar su estado de salud. De acuerdo con la descripción de la

---

<sup>7</sup> Sureda G. C. y Contreras M. J.L. valoración de la capacidad de una persona con enfermedad mental para decidir sobre su cuidado 9º congreso virtual de psiquiatría interpsiquis, Cuba 2008. [consultado el 20 de junio de 2012] disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2995>

<sup>8</sup> Ibídem J.J. García P. 21

<sup>9</sup> Agramonte del Sur A., Leyva Rodríguez J., influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación del personal de enfermería. Centro nacional de perfeccionamiento técnico y profesional de la salud. "Dr. Fermín Valadez Domínguez [2007;23(1) en línea] citado el 20 de diciembre de 2011, 15 pantallas. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v23n1/enf03107.pdf>.

<sup>10</sup> Del Brion León A., bioética y neurociencia: neuroética, publicación cuatrimestral del master en biótica y derecho, no. 21, enero de 2011, pp. 14. [consultado: 08 de enero 2013] disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.es>

nosografía de la esquizofrenia se puede inferir que el cuidado a estas personas se vuelve complejo, por tal motivo es necesario basar las intervenciones de enfermería en los principios bioéticos.

**No Maleficencia.** “Ante todo no hacer daño”. Formula una obligación básica, de no hacer daño dentro de lo posible. En las intervenciones de enfermería se puede ocasionar daño, lo que se reconoce y se plantea es tratar de evitarlo o disminuirlo. La existencia de no maleficencia, se considera como una actitud básica en cualquier acuerdo de relación humana o biológica.

**Beneficencia.** El cuidado de enfermería, toma una postura activa en este principio; sobre todo cuando se brinda atención a personas afectadas en su capacidad mental, primordialmente, lleva en ella los valores de la caridad, la compasión y la entrega, como un centro de las mejores cualidades del ser humano que cuida a otro con afecciones mentales como la esquizofrenia.

**Justicia.** Otro de los principios de la propia bioética en los profesionales de la salud, como la enfermería, es la justicia, al ser justos se intenta dar a cada uno lo suyo, con la gran dificultad de lograr saber lo que le corresponde a cada uno, se trata de llegar a una igualdad, a una equidad, como un camino que nunca se termina y siempre se busca.

**Autonomía** este principio indica que se debe actuar de una forma responsable, al informarle al enfermo sobre los aspectos concernientes a su estado de salud y con ello hacerle participe en la toma de decisiones sobre si mismo, sin importar su estado de salud y valorando su capacidad para la adecuada toma, de una decisión.

### **Aplicación de los principios bioéticos en el proceso de enfermería**

Es necesario relacionar los aspectos bioéticos que orientan hacia un actuar correcto en relación a la ética profesional y las etapas del Proceso de Enfermería,

puesto que en las cinco etapas (valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación) se debe vigilar la presencia de la bioética, sin embargo se considera que la valoración, intervención y evaluación, son las tres etapas en las que el personal de enfermería tiene que interactuar directamente con el enfermo ya que son primordiales, para lograr diagnósticos de enfermería que ayuden a planificar intervenciones para el óptimo cuidado en los enfermos que dadas la circunstancia del trastorno mental que cursan son muy específicos. En estas etapas del proceso enfermero, se propone analizar los siguientes aspectos bioéticos:

Durante la valoración:

- Respeto a la individualidad del enfermo (al realizar la entrevista y el examen físico de enfermería favorecer condiciones de privacidad).
- Saber escuchar al enfermo (durante la entrevista).
- Actuar con justicia (al realizar una adecuada clasificación de la información, dando prioridad a los aspectos más importantes).

En la intervención:

- En cuanto a los principios de no maleficencia y beneficencia: al realizar acciones dependientes, interdependientes e independientes de enfermería, deberán ser cuidadosamente seleccionadas las alternativas y los resultados a obtener en el estado de salud del enfermo. Deberá analizarse el grado de pericia y prudencia; antes de actuar.
- Respetar la autonomía del enfermo (deberá informarse al paciente sobre la técnica o procedimiento a emplear, sus riesgos y beneficios, y sobre todo esperar a tener su consentimiento para proceder).
- Actuar con justicia (al jerarquizar al enfermo más necesitado o al dar satisfacción a la necesidad más urgente, así como tener siempre disponible los recursos necesarios para socorrer ante una emergencia, desastre o contingencia).

Etapa de evaluación:

Respeto a la autonomía del enfermo (considerando su criterio en relación con el alcance de las expectativas trazadas, que se planifican en función de los avances o logros del paciente y que el personal de enfermería sólo se involucra en ellas, contribuyendo con su competencia y desempeño a que se cumplan lo más rápidamente posible)<sup>11</sup>.

### **El cuidado cultural de enfermería**

El conjunto de signos y síntomas que presenta una persona afectada por algún tipo de esquizofrenia es muy diverso, aunque existen como se vio anteriormente criterios diagnósticos para cada tipo, las manifestaciones pueden variar de una cultura a otra, por tal motivo es importante comprender el entorno del enfermo para entender algunas de las manifestaciones de este padecimiento y poder brindar un cuidado holístico y humanitario, planeando intervenciones individualizadas en observancia de los principios bioéticos.

Madeleine Leininger (1978) (teórica de enfermería que en 1954 obtuvo una especialización en cuidados psiquiátricos, en la universidad de Cincinnati) define cultura como el conocimiento que se adquiere y transmite en un grupo de personas con características similares o afines a través de sus valores, creencias, reglas de comportamiento y prácticas en el estilo de vida, que orienta estructuralmente sus pensamientos y actividades<sup>12</sup>, afirmó que era de vital importancia para el personal de Enfermería tener en cuenta la dimensión cultural en el actuar asistencial.

Resultado de la relación entre Antropología y Enfermería surge la dimensión cultural del cuidado enfermero. La relevancia radica en que los valores culturales

---

<sup>11</sup> Ibídem. Agramonte del Sur A., Leyva Rodríguez J. P. 23

<sup>12</sup>Castillo Mayedo Juan A.El cuidado cultural de enfermería, necesidad y relevancia, revista Habanera de ciencias médicas, [revista en Internet]. 2008 Sep, citado el 6 de Marzo de 2012, disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300003&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300003&script=sci_arttext&lng=en)

de los individuos brindan información de sus costumbres y de la cosmovisión de un grupo en particular. Por ello, Leininger sostiene que los cuidados culturales de Enfermería son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modo de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios.

Leininger cree que la teoría de la enfermería debe tener presente el descubrimiento creativo acerca de las personas, familias, grupos y sus cuidados, creencias y acciones o prácticas basados en sus estilos de vida según su cultura, para conseguir una atención efectiva, satisfactoria y coherente con la cultura. Creo la teoría de la diversidad de los cuidados culturales enfermeros, que tiene sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y, de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen o necesiten de estos profesionales; la teoría está enfocada para que el personal de enfermería descubra y adquiera conocimientos y práctica, todo con la ética adecuada, como bases para que las acciones realizadas y las decisiones tomadas en marco profesional sean coherentes con la cultura<sup>13</sup>.

## **7. Consideraciones Ético-legales**

Con la finalidad de lograr un trato digno a la persona, es importante mencionar los códigos, reglamentos y normas que ayudarán a entender la dimensión de los aspectos bioéticos en la atención que brinda el personal de enfermería a los enfermos esquizofrénicos.

La Ley General de Salud, en sus títulos tercero capítulo VII y quinto proporciona información para considerar las actividades que lleva a cabo el personal de la

---

<sup>13</sup>MarrinerTomey A., RaileAlligodM.,modelos y teorías en enfermería, 6 ed. Elsevier, España, 2007

salud con los enfermos<sup>14</sup>; de igual manera se mencionan dos de las Normas Oficiales Mexicanas, más importantes a considerar en esta investigación, la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico y la NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica<sup>15</sup>

Todos esos estatutos tienen la finalidad de lograr que el enfermo esquizofrénico reciba atención adecuada respetando su persona y sus derechos por tal motivo se hace mención de los derechos del paciente de salud mental que presenta Tylor C.M.<sup>16</sup>, en principios de enfermería psiquiátrica; así como el decálogo del código de ética para enfermería que presenta la Cruzada Nacional para la Calidad<sup>17</sup>

## **DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL ENFERMO DE SALUD MENTAL**

1. Derecho al tratamiento apropiado en un entorno lo menos restrictivo posible.
2. derecho a ser tratado de acuerdo con un plan de tratamiento actual, preciso, individualizado y por escrito, que incluya una descripción de los servicios de salud mental que puedan ser necesarios una vez recibida el alta.

---

<sup>14</sup> CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios, Centro de Documentación, Información y Análisis. LEY GENERAL DE SALUD, *Reforma DOF 31-05-2009, localizador de información, México, Disponible en:* [http://www.normateca.gob.mx/Archivos/50\\_D\\_2074\\_11-06-2009.pdf](http://www.normateca.gob.mx/Archivos/50_D_2074_11-06-2009.pdf) [consulta: 7 de febrero de 2012]. Véase anexo 4.

<sup>15</sup> Secretaría de desarrollo social del Distrito Federal, 11-16-95 NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica; localizador de información, México, disponible en: [http://www.sds.df.gob.mx/archivo/legislacion/normas/norma\\_salud.pdf](http://www.sds.df.gob.mx/archivo/legislacion/normas/norma_salud.pdf), [consulta: 8 de Febrero de 2012]

<sup>16</sup> De Taylor, CM; principios de enfermería psiquiátrica, 14<sup>o</sup>. Ed., San Luis, 1994, Mosby.

<sup>17</sup> Escuela nacional de enfermería y obstetricia, secretaria de salud, cruzada nacional por la calidad, código de ética para las enfermeras y enfermeros en México, *localizador de información, México, disponible en:* <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/DOCUMENTOSCONSULTA/10.pdf>, [consulta: 7 de febrero de 2012.

3. Derecho a participar de forma continuada en la planificación del tratamiento, así como recibir explicaciones apropiadas sobre sus objetivos, sus posibles efectos adversos y las alternativas disponibles.
4. Derecho a rechazar el tratamiento, excepto en casos de urgencia o por mandato legal.
5. Derecho a no participar en experimentos. Sí el paciente no da su consentimiento, tiene derecho a recibir un explicación completa del procedimiento, de los beneficios previstos, de las posibles incomodidades y riesgos de los tratamientos alternativos, así como a revocar su consentimiento en cualquier momento.
6. Derecho a no ser objeto de confinamiento o aislamiento, excepto en caso de urgencia o de que tales medidas hayan sido prescritas como parte del tratamiento.
7. Derecho a un ambiente terapéutico humanitario.
8. Derecho al carácter confidencial de la historia clínica de salud mental del paciente.
9. Derecho a acceder a su propia historia clínica, excepto en la información aportada por terceros y aquellos datos que un profesional de la salud mental considere perjudiciales para la salud del enfermo
10. Derecho a conversar en privado con otras personas, a tener un acceso cómodo y razonable al teléfono y al correo y a recibir vistas en horarios establecidos, excepto cuando se niegue el contacto con algún visitante como parte del plan terapéutico.
11. Derecho a ser informado con prontitud sobre estos derechos
12. Derecho a presentar quejas sobre las violaciones de estos derechos, incluso el derecho a que sus quejas sean oídas de manera justa, oportuna e imparcial.

13. Derecho a recibir asistencia de abogados designados o, en cualquier caso, de letrados bien cualificados
14. Derecho a ejercer estos derechos sin represalias, incluida la renuncia a someterse a cualquier tratamiento apropiado disponible.
15. Derecho a ser derivado a otros servicios de salud mental una vez recibida el alta.

## **DECALOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO**

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería, compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

Finalmente se resalta la importancia para esta investigación de la declaración de la asociación médica mundial de Helsinki, en los principios éticos de la investigación en seres humanos (véase anexo no.5).

### **Antecedentes**

Los aspectos bioéticos de la atención que brinda el profesional de enfermería, se han investigado en países como Chile, Cuba, Argentina, Colombia y España, que se encuentran en fuentes como Redalyc (red de revistas científicas de América Latina, el Caribe y Portugal), la publicación cuatrimestral del master en bioética, la revista argentina de clínica neuropsiquiátrica ALCMEON, el congreso virtual de psiquiatría interpsiquis, la revista Habanera de ciencias médicas, Scielo, el II congreso internacional de la red bioética de la UNESCO, la declaración de los principios normados de la OMS para la atención de los padecimientos mentales, guías clínicas, el DSM IV; así mismo tesis y tesinas de estos países mencionados; en México el programa específico de esquizofrenia de la secretaria de salud, normativas y leyes; en ellos evidencian aspectos fundamentales sobre la bioética en los cuidados de enfermería a enfermos con padecimientos mentales tales como la esquizofrenia. A continuación se hace de forma cronológica referencia a algunos artículos que sustentan este trabajo.

En cuanto a los aspectos históricos A. Chinchilla y Alberdi Sudupe J. (Psiquiatras Españoles), aportan al concepto la clarificación en la evolución de los síntomas que descubre Kraepelin; en ese mismo sentido para analizar en el concepto de la esquizofrenia, se considera fundamental la información que

proporciona López Ibor A. en el manual diagnóstico y estadístico de los padecimientos mentales (DSM IV) para entender aspectos generales referentes a la fisiopatología, diagnóstico y clasificación.

Se revisaron aspectos: éticos desde el punto de vista filosófico por Abbagnano N., García J.J., aborda desde el concepto de Potter, hasta la formulación de los cuatro principios bioéticos propuestos por T. L. Beauchamp y J. F. Childress; de igual manera, se analiza la información de Hernández Arriaga J. L. con respecto a la corriente del principialismo y sus alcances en el país a través de la implementación de los principios bioéticos en las enfermedades mentales; se plantea en la revista cubana de enfermería por Agramonte del Sur A., la influencia del pensamiento humanista y filosófico en el actuar de enfermería en cuanto a los principios bioéticos. Resulta importante mencionar que Sureda G. C. y Contreras M.J.L. , difunden un artículo sobre la capacidad del enfermo para decidir sobre su cuidado, la importancia del consentimiento informado y la aplicación de la bioética en las intervenciones de enfermería a personas con enfermedades mentales como la esquizofrenia.

En relación a la aportación del cuidado de enfermería, resulta oportuno destacar que MedeleineLeininger, precursora de la teoría del concepto transcultural, enfatiza que se debe de proporcionar a la persona un cuidado basado en: costumbres, creencias y cultura; y en las necesidades de cada enfermo individualizando así el cuidado de cada persona, de acuerdo a su entorno social. Considerando que en la esquizofrenia los enfermos manifiestan una amplia variedad de signos y síntomas que pueden ser confundidos con sus creencias y costumbres; evaluando las necesidades culturales esto es trascendental en el cuidado que se va a proporcionar en cada persona para lograrlo se deben basar en los principios bioéticos y aspecto fundamentales del cuidado basado en la calidez humana y trato digno.

Las intervenciones de enfermería propuestas en el compendio de planes de cuidados, del I.N.N,y N. M.V.S., por Valdez Labastida R. y Zamora Ruiz P., proporcionan un referente para analizar los cuidados de enfermería a los enfermos esquizofrénicos, de acuerdo a las metas e indicadores, estos presenta una sección específica de planes de cuidados a enfermos con alteraciones psiquiátricas, como la esquizofrenia en los cuales se basa este trabajo de investigación se anexan como propuesta los principios bioéticos en cada intervención.

## **Esquizofrenia**

Una de las definiciones de esquizofrenia, más antigua fue la de Kraepelin en 1893, la consideraba como una *demencia precoz*, incluía síntomas como: alucinaciones, generalmente de tipo auditivo o táctil; disminución de la atención al mundo externo; falta de curiosidad; alteraciones del lenguaje consecutivas al trastorno del pensamiento, con incoherencia; falta da discernimiento y de juicio; ideas delirantes; embotamiento emocional; negativismo y estereotipias. Se acentúa en la definición, que estos síntomas se presentan con claridad de conciencia y sin merma de la percepción y la memoria<sup>18</sup>.

Así mismo Meyer en 1906, a quien se le considera como el puente entre la psiquiatría europea y americana, plantea que la demencia precoz no era una enfermedad patológica, sino una reacción que se desarrolla en ciertas personas como resultado de un problema progresivo de adaptación; para Meyer el

---

<sup>18</sup>Alberdi Sudupe J. esquizofrenia, guías clínicas 2005; 5 (28) [en línea], citado el 12 de marzo de 2012,

disponible en:

[http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/Guxa\\_Clxnica\\_de\\_la\\_Esquizofrenia.\\_S.\\_de\\_Psiquiatrxa\\_del\\_Hospital\\_Juan\\_Canalejo.\\_SERGAS.pdf](http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/Guxa_Clxnica_de_la_Esquizofrenia._S._de_Psiquiatrxa_del_Hospital_Juan_Canalejo._SERGAS.pdf)

concepto de esquizofrenia, es como un trastorno mental que conduce a conductas biológicas.

De igual manera Bleuler refiriere que la esquizofrenia, es un trastorno mental funcional, de la personalidad con perturbación del pensamiento, a diferencia de la psicosis maniaco depresiva. De acuerdo a los autores M. Bleuler, Whysch, Schnelider, y López quienes describen que la esquizofrenia es una forma de enfrentar al mundo, “No se es esquizofrenia se vive esquizofrénicamente sobre un continuo de normalidad, en circunstancias, a veces muy breves y sutiles en las que, el sujeto se instala prolongadamente adoptando un estereotipo social<sup>19</sup>”.

La esquizofrenia, es una enfermedad mental de comienzo precoz, agudo o insidioso; de evolución crónica o por brotes; caracterizada por una disociación cognoscitivo-afectiva-conativa que produce deterioro de la personalidad con la consecuente afectación de la capacidad creadora y relacional del individuo a su medio circundante, presenta una lamentable dificultad, la cual consiste en la no precisión de su etiología.<sup>20</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que se trata de un “grupo de psicosis en la que se presenta una deformación fundamental de la personalidad, distorsión característica del pensamiento, sensación de ser dominado por fuerzas extrañas, delirios que pueden ser extravagantes, así como percepción perturbada, anormalidades en el afecto que no se ajustan a la situación real y autismo. Sin embargo, mantienen una conciencia clara y una capacidad intelectual intacta...”. Esta definición, como entidad patológica aborda distintas áreas de la personalidad, lo que permite intuir que se trata de uno de los temas de encrucijada más importantes de la psiquiatría, a la que se le añaden la gravedad clínica, por su problemática terapéutica, de rehabilitación, sus posibilidades evolutivas y de pronóstico<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup>Chinchilla A. Las esquizofrenias sus hechos y valores clínicos y terapéuticos. Ed. Masson. 2007, Barcelona.

<sup>20</sup>Fenton WS. Esquizofrenia y delirio. En: Berkewr, Brees MH, Fletcher MB, editores. Manual Merck. Barcelona: Océano;1997.

<sup>21</sup>Farrera Rozman C., Compendio de medicina interna, Elsevier, España, 2010.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición y por sus siglas en inglés (DSM IV), la esquizofrenia es una alteración que persiste por lo menos 6 meses, incluye en promedio 1 mes de síntomas en la fase activa, estos pueden manifestarse por: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje y comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos.<sup>22</sup>

Para entender el concepto de esta patología mental, tan característica, es muy importante conocer los signos y síntomas que se manifiestan en cada enfermo y de acuerdo al tipo de esquizofrenia.

### **Signos y síntomas**

El DSM IV, menciona que pueden manifestarse mezclas de signos o síntomas, positivos o negativos durante un período aproximado de 1 mes y ser significativos, en diferentes etapas; si se brinda tratamiento a tiempo, se puede tener éxito y solo manifestar algunos signos del trastorno o disminuir otros que pueden haber estado presente o no manifestarse durante 6 meses.

Estos signos y síntomas son característicos e implican un abanico de disfunciones cognitivas y emocionales incluye: alteraciones en la percepción, pensamiento inferencial, lenguaje, comunicación, organización para comportarse, en la afectividad, de fluidez y productividad del pensamiento, en el habla, así como en la capacidad hedónica, la voluntad, motivación y la atención. El diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social; además de las posibles interacciones con otros trastornos mentales lo cual dificulta el diagnóstico de la esquizofrenia, en algunos casos.

---

<sup>22</sup> López Ibor Aliño J.J y Valdés Miyar M. DSM-IV- TR Manual diagnóstico y estadístico de los padecimientos mentales, masson, España:2003.

El DSM IV conceptualiza los síntomas característicos, como pertenecientes a dos amplias categorías:

**Positivos:** manifiestan un exceso o distorsión de las funciones normales, incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial presentando ideas delirantes; percepción (alucinaciones), el lenguaje (desorganizado), la comunicación (distorcionada) y comportamiento gravemente desorganizado o catatónico. Estos síntomas incluyen dos dimensiones relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la “dimensión psicótica” incluye: ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la “dimensión de desorganización” incluye comportamiento y lenguaje inadecuados.

**Negativos:** reflejan disminución o pérdida de las funciones normales, comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

Es difícil distinguir los síntomas negativos y depresivos, esta situación puede resolverse a través de la observación de síntomas acompañantes ya que los enfermos con síntomas de depresión experimentan un estado de ánimo intensamente penoso, mientras que las personas con esquizofrenia tienen una afectividad pobre o vacío afectivo.

Sánchez Castillo H. de la facultad de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, hace énfasis en los signos cognitivos, estas son complicaciones ligadas al pensamiento, como problemas de atención, memoria, lenguaje y toma de decisiones; situación que aporta al cuadro clínico del enfermo esquizofrénico además los signos positivos y negativos de la enfermedad. “Los signos negativos y positivos son atendidos por su visibilidad, pero los cognitivos

son ignorados”<sup>23</sup>. Todo este conjunto de signos y síntomas que se observan como manifestaciones de la esquizofrenia y de acuerdo a su duración, se agrupan en criterios diagnósticos para cada tipo de esquizofrenia que se clasifican en el DSM IV.

Se llega a identificar en ellos:

- Afecto inapropiado: se manifiesta por: sonrisa o risa en ausencia de estímulos apropiados, que es una de las características definitorias del tipo desorganizado.
- Anhedonía: se manifiesta frecuentemente por una pérdida de interés o de placer.
- Humor disfórico: puede tomar la forma de depresión, ansiedad o ira.
- Alteraciones del sueño: se caracteriza por dormir durante el día y hay actividad o intranquilidad nocturna.
- Falta de interés en comer o rechazar los alimentos: como consecuencia de sus creencias delirantes.
- Alteraciones de la actividad psicomotora: manifiestan alteración de la marcha, balanceo o inmovilidad apática.
- Dificultad para concentrarse: son evidentes y pueden reflejar problemas en la focalización de la atención o distracción debida a la preocupación por estímulos internos. Si bien las funciones intelectuales básicas se consideran clásicamente indemnes en la esquizofrenia, es frecuente que se encuentren indicadores de disfunción cognoscitiva.

---

<sup>23</sup>Sánchez Castillo H., adultos jóvenes, los más afectados por esquizofrenia, Boletín UNAM-DGCS-319 Ciudad Universitaria.[29 de mayo de 2011 en línea]. Citado el 01 de Abril de 2012 disponible en: [http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2011\\_319.html](http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2011_319.html)

- Confusión o desorientación: presenta un deterioro de la memoria durante un período de exacerbación de los síntomas activos o en presencia de síntomas negativos muy graves. La falta de conciencia de enfermedad es habitual y puede ser uno de los mejores predictores de mala evolución, quizá porque predispone al sujeto a un mal cumplimiento del tratamiento.
- Despersonalización, desrealización y preocupaciones somáticas: alcanzan a veces proporciones delirantes. En ocasiones se dan anormalidades motoras manifestadas por: muecas, posturas poco comunes, comportamientos rituales o estereotipados.
- La esquizofrenia, implica una disfunción en una o más de las actividades diarias de la persona, afectando las relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios o el cuidado de uno mismo, pueden expresar diversas creencias inhabituales o raras que no alcanzan una proporción delirante: ideas de autorreferencia o pensamiento mágico; pueden tener experiencias perceptivas poco habituales al sentir la presencia de una persona o fuerza invisible en ausencia de verdaderas alucinaciones; su lenguaje puede ser generalmente comprensible, pero disgresivo, vago, excesivamente abstracto o concretista; y su comportamiento puede ser peculiar, pero no gravemente desorganizado caracterizado por murmurar para si mismo, almacenar objetos extraños y sin valor aparente.
- Los enfermos que habían sido socialmente activos pueden volverse como ausentes; pierden interés en actividades previamente placenteras; pueden volverse menos habladores y no hacer nunca preguntas, y pueden pasar la mayor parte del tiempo en la cama. Estos síntomas negativos a menudo son los primeros signos que nota la familia de que algo va mal; finalmente, los familiares pueden explicar que observaron que el enfermo (se alejaba gradualmente del entorno familiar).

- Así mismo existen síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo, que se manifiestan y evalúan de acuerdo a contextos socioeconómicos o culturales diversos en cada enfermo, estos pueden ser Ideas delirantes (brujería, sortilegios)
- Alucinaciones visuales o auditivas de contenido religioso son una parte normal de la experiencia religiosa (p. ej., ver a la Virgen María u oír la voz de Dios).
- El lenguaje desorganizado puede hacerse difícil debido a variaciones lingüísticas en los estilos narrativos de diferentes culturas. Como se ha visto, la esquizofrenia es una enfermedad que se manifiesta por un descontrol en las actividades e interacción social cotidiana de la persona, lo cual conlleva a riesgos muy importantes en estado de salud del enfermo.

## Riesgos

El DSM IV en concordancia con las guías clínicas de los servicios de salud mental<sup>24</sup> de la Secretaria de Salud, argumenta como principal riesgo de los enfermos esquizofrénicos, el suicidio, ya que el 10 % de ellos lo llevan a cabo; los factores de riesgo se presentan más en el sexo masculino, edad inferior a 30 años, síntomas depresivos, desempleo y alta hospitalaria reciente. Hay datos acerca de la frecuencia de actos violentos cometidos por los enfermos esquizofrénicos o mal aceptación y comprensión de los familiares hacia el enfermo.

---

<sup>24</sup> Secretaria de Salud, programa específico de esquizofrenia, primera edición, 2002, México

## **Tipos de esquizofrenia**

Tienden a ser, respectivamente, los de menor y mayor gravedad, están definidos en el DSM IV por la sintomatología predominante a través de criterios diagnósticos.

Los tipos de esquizofrenia, sus implicaciones pronósticas y terapéuticas son variables, el diagnóstico está basado en el cuadro clínico que ha motivado la evaluación o el ingreso del enfermo por tanto, puede cambiar con el tiempo. Es frecuente que el cuadro incluya síntomas que son característicos de más de un tipo. De acuerdo con la descripción de los criterios diagnósticos, en el DSM IV se mencionan de la siguiente manera:

Catatónico: se presenta siempre y cuando haya síntomas como: actividad motora excesiva, negativismo extremo, resistencia a realizar actividades y adopción de posturas rígidas o extrañas.

Desorganizado: predomina un comportamiento y lenguaje desorganizados, que sea evidente a una afectividad aplanada o inapropiada (a menos que aparezca en el tipo catatónico).

Paranoide: predomina una preocupación causada por ideas delirantes o cuando existan alucinaciones frecuentes (a menos que se den en el tipo catatónico o el desorganizado).

Indiferenciado: describe cuadros en los que predominan síntomas de la fase activa que no cumplen los criterios para los tipos catatónico, desorganizado o paranoide.

Residual: se presentan manifestaciones continuas de la alteración, sin que se cumplan ya los criterios para la fase activa.

La OMS, reconoce además los tipos<sup>25</sup>:

---

<sup>25</sup> Amezquita Gomez L., Barrera Paez A. y Vargas Forero A., Tesis de grado para optar por el título de especialización en Epidemiología, Bogotá Colombia, universidad del Rosario, 2012 [fecha de consulta 7 de enero de 2013] disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/3005/1/53123465-2012.pdf>

Depresión post-esquizofrénica: trastorno de tipo depresivo, de duración indefinida, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico. Raramente son tan importantes como para realizar un diagnóstico de depresión grave.

Esquizofrenia simple: su desarrollo es insidioso, no manifiesta alucinaciones ni delirios, es menos psicótica y muestra fundamentalmente síntomas negativos ni delirios, es menos psicótica y muestra fundamentalmente síntomas negativos.

### **Diagnóstico y trastornos asociados**

Los métodos diagnósticos que se proponen en el DSM IV y que coinciden con otras fuentes bibliográficas son:

TAC - RM, donde se puede observar a nivel cerebral:

- Ensanchamiento del sistema ventricular
- Aumento de los surcos de la corteza cerebral
- Disminución del tamaño del lóbulo temporal y el hipocampo
- Aumento del tamaño de los ganglios basales
- Disminución del tamaño cerebral

Evaluaciones neuropsicológicas: muestran disfunciones o dificultad para cambiar las pautas de respuesta, focalizar la atención o formular conceptos abstractos, incluyen un enlentecimiento de los tiempos de reacción, anormalidades en el seguimiento ocular o deterioro de la transmisión sensorial.

Datos de laboratorio: tanto por complicaciones de la esquizofrenia como de su tratamiento; algunos enfermos beben cantidades excesivas de líquidos

(«intoxicación acuosa») y desarrollan alteraciones de la densidad de la orina o del equilibrio electrolítico.

Elevación de la creatinfosfocinasa (CPK): puede ser consecuencia del síndrome neuroléptico maligno.

Existen diferentes trastornos mentales, que se clasifican en el DSM IV y que pueden ser parte de la esquizofrenia o confundirse con esta, es por tanto indispensable el diagnóstico diferencial basado en la sintomatología.

Los síntomas afectivos tienen una duración breve en relación con la duración total de la alteración, se presentan sólo durante las fases prodrómica o residual, o no cumplen totalmente los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo. Puede realizarse un diagnóstico adicional de trastorno depresivo no especificado o de trastorno bipolar no especificado cuando existen síntomas afectivos clínicamente significativos que cumplen totalmente los criterios para un episodio de alteración anímica superpuesto a la esquizofrenia.

Por definición, la esquizofrenia difiere del trastorno esquizofreniforme por su duración, la esquizofrenia implica la presencia de síntomas (incluidos los síntomas prodrómicos o residuales) durante al menos 6 meses, en tanto que la duración total de los síntomas en el trastorno esquizofreniforme debe ser de al menos 1 mes y exige que no haya un deterioro de la actividad. El trastorno psicótico breve se define por la presencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, que dura por lo menos 1 día, pero menos de 1 mes.

Puede establecerse un diagnóstico de trastorno psicótico no especificado si no se dispone de información suficiente para elegir entre esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (p. ej., trastorno esquizoafectivo) o para determinar si los síntomas están producidos por alguna sustancia o son resultado de una enfermedad

médica. Estas dudas son especialmente frecuentes en las primeras etapas del curso del trastorno.

Aunque la esquizofrenia y los trastornos generalizados del desarrollo (p. ej., el trastorno autista), comparten alteraciones del lenguaje, la afectividad y el contacto interpersonal, pueden diferenciarse de varias formas. Los trastornos generalizados del desarrollo se detectan de forma característica durante la niñez o la primera infancia (habitualmente antes de los 3 años), mientras que un inicio tan temprano es raro en la esquizofrenia.

## **Causas**

Un aspecto importante que considera el DSM IV, como factor etiológico es el de los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con enfermos que presentan un riesgo para la esquizofrenia aproximadamente diez veces superior al de la población general. También indica la importancia de los factores ambientales como es las situaciones estresantes o un ritmo muy acelerado de actividades. Además de las anomalías estructurales mencionadas a nivel cerebral, en ciertos estudios practicados a varios enfermos.

La mayoría de los enfermos pueden presentar signos que se relacionan con otros padecimientos, estos pueden ser neurológicos menores como: confusión derecha/izquierda, coordinación pobre o movimientos en espejo. Anomalías físicas leves son frecuentes (bóveda palatina arqueada, ojos excesivamente juntos o separados, o sutiles malformaciones de las orejas).

La relevancia de esta enfermedad en la población es muy importante, debido a las altas tasas de incidencia en la sociedad actual; de ahí la importancia de conformar una atención multidisciplinaria enfocada a lograr un óptimo bienestar del enfermo.

## **Curso**

La edad media de inicio para el primer episodio psicótico de la esquizofrenia es a mitad de la tercera década de la vida en los varones y al final de esa década en las mujeres; de acuerdo con la información revisada en el DSM IV, el inicio puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los enfermos muestran algún tipo de fase prodrómica manifestada por el lento y gradual desarrollo de diversos signos y síntomas (p. ej., aislamiento social, pérdida de interés en los estudios o el trabajo, deterioro de la higiene y el aseo, comportamiento extraño y explosiones de ira). A los familiares les puede resultar difícil interpretar este comportamiento y pueden pensar que «está pasando una etapa difícil».

La edad de inicio puede tener significado tanto fisiopatológico como pronóstico. Los enfermos con un inicio a una edad más temprana suelen ser varones y tienen peor adaptación pre mórbida, menor nivel de estudios, más evidencia de anomalías cerebrales estructurales, signos y síntomas negativos más sobresalientes, más evidencia de deterioro cognoscitivo evaluado neuropsicológicamente y peor evolución. Por el contrario, con un inicio más tardío son más a menudo mujeres, muestran menor evidencia de anomalías cerebrales estructurales o deterioro cognoscitivo y presentan una mejor evolución. La mayoría de los estudios del curso y la evolución de la esquizofrenia sugieren que estos varían, con exacerbaciones y remisiones en algunos enfermos, mientras que otros permanecen crónicamente enfermos.

## **Prevalencia**

De acuerdo con la información del programa específico de esquizofrenia, de la Secretaría de Salud<sup>26</sup> resulta oportuno destacar, que en México existen pocos estudios epidemiológicos en el tema de las enfermedades mentales, el psiquiatra Jorge Javier Caraveo y colaboradores, en 1996 llevaron a cabo un estudio de este tipo donde encontraron una prevalencia del 7% de la esquizofrenia en

---

<sup>26</sup>Ibídem Secretaría de Salud, programa específico de esquizofrenia

México; por lo tanto se ha calculado que esta enfermedad afecta entre 500 y 700 mil personas en nuestro país, de ahí la importancia de analizar las circunstancias del cuidado de enfermería e estos enfermos.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) reportó durante el año pasado 131 casos relacionados con enfermos psiquiátricos, 99 de los cuales corresponden al Distrito Federal, 10 al Estado de México y el resto a otros estados; de las llamadas diarias que recibe el área de orientación de esta instancia, por lo menos una corresponde a un enfermo psiquiátrico.

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco Suarez, se entrevistó a la Lic. Martha de Lourdes Mariscal, del departamento de archivo clínico, quien nos proporcionó datos estadísticos del año 2011; se realizó la búsqueda de pacientes ingresados con el diagnóstico de esquizofrenia; encontrando que, existe una clasificación donde se agrupan a todas los enfermos que ingresan con afecciones mentales, reportando durante el 2011 un total de 103 enfermos ; se encontró que hay tres subgrupos para clasificar a estas personas que ingresan, ya que posterior a la atención médica y los métodos diagnósticos, se pueden derivar en algún tipo de esquizofrenia ya confirmado, estos son: demencia no especificada con un total de 89 enfermos, episodio depresivo 6 y trastorno depresivo recurrente 8 personas respectivamente<sup>27</sup>. En el departamento de epidemiología, se solicitó información, sobre los enfermos egresados con diagnóstico de esquizofrenia durante el año 2011, el cual nos reporta la cantidad de 75 enfermos egresados.<sup>28</sup>

## **Tratamiento**

El tratamiento integral de la esquizofrenia debe incluir un plan adecuado para cada enfermo, donde estén contempladas las siguientes opciones de tratamiento:

---

<sup>27</sup> Información proporcionada por la Lic. Martha de Lourdes Mariscal, de la libreta de ingresos del archivo clínico del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía M.V.S.

<sup>28</sup> Base de datos del departamento de epidemiología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía M.V.S.

Psicoterapia individual, familiar, o grupal, comunidad terapéutica, psicodrama, hospital de día, psicoeducación, rehabilitación, terapia ocupacional y medicación antipsicótica. Todo esto, en conjunto, va a favorecer el pronóstico del enfermo.

La utilización de antipsicóticos, aspecto fundamental del tratamiento además de la responsabilidad implica el seguimiento, la observación así como la actualización sobre nuevos fármacos, sus efectos colaterales y adversos, de acuerdo con el Dr. Monchablon Espinoza, en la revista Argentina de clínica neuropsiquiátrica<sup>29</sup>; el menciona la importancia de los principios bioéticos en el proceso terapéutico a los enfermos; sin olvidar la importancia de informar a los familiares, para obtener su consentimiento informado, y así lograr un trato digno a las personas afectadas; así mismo Sánchez de las Matas Martín M.<sup>30</sup> enfatiza la importancia de evitar iatrogenias relacionadas con el uso de la medicación antipsicótica y la importancia de la aplicación de los principios bioéticos durante su utilización, ya que estos medicamentos deben someterse a una validación clínica de los síntomas de cada enfermo; lo cual representa un dilema bioético como lo menciona Miguel A. Valverde<sup>31</sup> desde la autonomía del enfermo ya que en la mayoría de los casos la práctica clínica asistencial de la psiquiatría con los enfermos psicóticos se realiza sin contar con su colaboración del enfermo, debido a que en ocasiones se encuentran en un estado intenso de agitación y no es posible informar del tratamiento farmacológico y sus efectos y sus posibles alternativas. Otro aspecto importante del tratamiento que no debe prescindir de los principios bioéticos es la contención mecánica que se hace necesaria en enfermos de difícil manejo, altamente agresivos o peligrosos, procedimiento que según Pablo Hernández F. y

---

<sup>29</sup>Monchablon Espinoza A., terapéutica de la esquizofrenia, alcmeon revista argentina de clínica neuropsiquiátrica, fundación argentina de clínica neuropsiquiátrica[Año XIV, vol 11, N°3, junio de 2004 en línea] citado el 03 de febrero de 2012, disponible en:[http://www.alcmeon.com.ar/11/43/06\\_monchablon.htm](http://www.alcmeon.com.ar/11/43/06_monchablon.htm)

<sup>30</sup>Sánchez de las Matas Martín M. Control Social de la Singularidad Psicótica: Epistemología Psiquiátrica y Bioética Crítica. Reflexiones [2011; 90: 175-193 en línea]citado el 10 de enero de 2013, disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72918776011>

<sup>31</sup> A. Valverde M., un dilema bioético a propósito del uso de los antipsicóticos, publicación cuatrimestral del master en biótica y derecho, no. 21, España, enero de 2011, pp. 4. [consultado: 08 de enero 2013] disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.es>

Laureano García G.<sup>32</sup> consiste en la limitación de movimientos con objeto de preservar su integridad y/o la de terceros, o asegurar la correcta aplicación de otras medidas diagnósticas o terapéuticas

Los antipsicóticos (denominados neurolépticos atípicos) se caracterizan por: 1) acción antipsicótica, 2) pocos efectos extrapiramidales, 3) baja capacidad de inducir catalepsia. Uno de ellos es la clozapina que se usa comúnmente al interactuar con nueve neurotransmisores, aunque ninguna de estas acciones puede explicar la agranulocitosis que presentan algunos pacientes; por tanto paralelamente, deberá evaluarse el problema de la deshidratación simultánea que presentan estos enfermos.

Los neurolépticos antagonistas serotonín-dopaminérgicos que se indican con frecuencia y que deben ajustarse las dosis de acuerdo a un estricto control de cada enfermo, son: la risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazole etc. y están indicados para el tratamiento de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia actualmente.

El haloperidol tiene un excelente perfil antipsicótico agudo, pero es poco sedativo, por ello es útil el esquema de tres neurolépticos, en donde se emplea el perfil ansiolítico e hipnótico de la clorpromazina y la levomepromazina respectivamente. Se debe considerar que puede haber efectos colaterales al ser los tres bloqueadores dopaminérgicos, ya que se sumarán los efectos extrapiramidales.

El esquema moderno de ataque de un brote psicótico agudo es elegir entre los siguientes antipsicóticos atípicos: clozapina: 150-600 mg./día p.o. en 3 tomas, quetiapina: 50-600 mg./día p.o. en 3 tomas, risperidona: 4-8 mg./día p.o. en 3 tomas, ziprasidona: 80-160mg./día p.o. en 2 tomas. Y aripiprazole: 15-30 mg./día p.o. en 2 tomas.

---

<sup>32</sup>Hernández F. P. yGarcía G. L. algunos aspectos éticos en la práctica de la salud mental cubana, 9º congreso virtual de psiquiatría interpsiquis , Cuba 2008. [consultado el 20 de junio de 2012] disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3963>

Tratamiento electroconvulsivante: Este tratamiento sigue siendo universalmente un método con demostrada eficacia y seguridad para las siguientes indicaciones clínicas: 1) en la psicosis aguda con alucinaciones imperativas de autoeliminación que no remiten con tratamiento antipsicóticos (típicos o atípicos). 2) dentro del circuito terapéutico de las denominadas esquizofrenias resistentes. 3) catatonía aguda con compromiso del estado general que no mejore con antidepresivos. Actualmente el TEC debe aplicarse según las normas vigentes, esto es, en un quirófano y bajo anestesia general; siempre tendrá que haber un consentimiento por parte del paciente y de su familia garantizando el respeto a la persona, en observancia de los principios bioéticos<sup>33</sup>.

Mencionar los datos que ayudan a entender la fisiopatología y el entorno médico de la esquizofrenia, permiten conocer la complejidad de esta patología y la importancia de implementar los aspectos generales de la bioética en los cuidados que proporciona el profesional de enfermería a las personas que cursan con este padecimiento mental. En relación al cuidado que se brinda a los enfermos Ivonne Solanas F. en la evaluación de la aplicación de los principios básicos normados por la OMS<sup>34</sup> para la atención de la salud mental hace énfasis en salvaguardar el derecho de todas las personas a tener una vida de calidad aceptable, a merecer un trato respetuoso, basándose en estos diez principios básicos, se observan intervenciones de todos los profesionales que atienden a las personas afectadas bajo los principios bioéticos.

---

<sup>33</sup> Ibídem Monchablon Espinoza A. p. 18

<sup>34</sup> Solanas Fernández I., Rodríguez I., García J.R., Evaluación de la aplicación de principios básicos normados por la O.M.S. para la atención de la salud mental, Cuadernos de Bioética 2001/2<sup>a</sup> en línea [citado el 7 de enero de 2013] disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2001/2/45/275.pdf>

## **Cuidados de enfermería a la persona con esquizofrenia**

Se presentan una serie de diagnósticos de enfermería propuestos por la NANDA, con sus respectivos resultados NOC e intervenciones NIC para ciertas manifestaciones de la esquizofrenia; con la finalidad de analizar las intervenciones que el personal de enfermería lleva a cabo, de acuerdo con los signos y síntomas del enfermo y con ello se determinará, en cada intervención la presencia de los cuatro principios de la bioética, se toma como base el plan de cuidados del Instituto de Neurología y Neurocirugía M.V.S.<sup>35</sup>, como una fuente de referencia de las intervenciones que se realizan con los enfermos de esquizofrenia ya que este, importante compendio, cuenta con una sección planes de cuidados en el área de neuropsiquiatría, los cuales ayudan a estandarizar los cuidados de enfermería a enfermos que cursan con estos padecimientos.

### **Plan de cuidados a personas con esquizofrenia.**

Diagnóstico de enfermería NANDA:

#### **1. Aislamiento social**

#### **Factores relacionados (causas)**

Alteraciones del estado mental  
Incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias  
Recursos personales inadecuados

#### **Características definitorias (signos y síntomas)**

Embotamiento emocional  
Tristeza  
Mutismo  
Retraimiento

#### **Resultados NOC**

---

<sup>35</sup>Valdez Labastida R., Zamora Ruiz P., Jiménez Sánchez J., Hernández de la Cruz A.M., planes de cuidados de enfermería en neurología, neurocirugía y neuropsiquiatría, Instituto nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, México, 2010. p. 39-58

Habilidades de interacción social  
 Participación de actividades de ocio  
 Participación en juegos

❖ **Intervención NIC:**

<b>Potenciación de la socialización.</b>	
<b>Intervención de enfermería.</b>	<b>Principios bioéticos implicados.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar al paciente a desarrollar relaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar el respeto de los derechos de los demás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justicia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responder a la mejora del cuidado del aspecto personal y demás actividades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar y esperar comunicaciones verbales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>

❖ **Intervención NIC:**

<b>Terapia de actividad</b>	
<b>Intervención de enfermería.</b>	<b>Principios bioéticos implicados.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaborar con los terapeutas ocupacionales y recreacionales en la planificación de programas de actividades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar actividades que aumenten la tensión en consulta de terapia ocupacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la sustitución de actividades cuando el paciente tenga limitaciones de tiempo, energía o movimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justicia</li> <li>• Autonomía</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar el compromiso en actividades recreativas y de diversión que tengan por objeto disminuir la ansiedad: juegos simples, cartas, colorear dibujos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar la respuesta emocional, física, social a la actividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>

Diagnóstico de enfermería NANDA:

## **2. Ansiedad**

### **Factores relacionados (causas)**

Amenaza en el entorno  
 Amenaza en el estado de salud  
 Amenaza en las funciones del rol  
 Amenaza en la situación económica  
 Amenaza en el auto concepto  
 Cambio en el entorno  
 Crisis situacionales  
 Amenaza de muerte  
 Necesidades no satisfechas

### **Características definitorias (signos y síntomas)**

Bloqueo del pensamiento  
 Conductuales: inquietud, insomnio  
 Afectivas: temor, irritabilidad, atención centrada en el yo, incertidumbre, desconcierto, nerviosismo, angustia, preocupación creciente  
 Fisiológicas: aumento de la sudoración, voz temblorosa  
 Simpáticas: diarrea, sequedad bucal, aumento de la tensión arterial, del pulso o de la respiración.

### **Resultados (NOC)**

Afrontamiento del problema  
 Autocontrol de ansiedad  
 Nivel de ansiedad

❖ **Intervención (NIC)**

<b>Disminución de la ansiedad</b>	
Intervención de enfermería.	Principios bioéticos implicados.
Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se ha de experimentar durante los procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> <li>• Beneficencia</li> </ul>
Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
Escuchar al paciente con atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
Crear un ambiente que facilite la confianza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>
Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
Observar si ha signos verbales y o verbales de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>
Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
Fomentar la realización de actividades no competitivas, si resulta adecuado Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>

Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>

❖ **Intervención (NIC)**

<b>Presencia</b>	
Intervención de enfermería.	Principios bioéticos implicados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrar una actitud de aceptación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser sensible con las tradiciones y creencias del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar las preocupaciones del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanecer en silencio, si procede</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justicia</li> <li>• Autonomía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer contacto físico con el paciente para expresarle consideración, si resulta oportuno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar físicamente disponible como elemento de ayuda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a darse cuenta de que se está disponible, pero sin reforzar conductas dependientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanecer con el paciente y transmitir sentimientos de seguridad y confianza durante los periodos de ansiedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecerse a entrar en contacto con otras personas de apoyo (cura, rabino, etc.), si procede.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>

❖ **Intervención (NIC)**

<b>Técnica de relajación</b>	
Intervención de enfermería.	Principios bioéticos implicados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener contacto visual con el paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sentarse y hablar con el paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>no maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reafirmar al paciente en su seguridad personal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Permanecer con el paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Frotar la espalda, si procede</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ofrecer un baño o ducha caliente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>beneficencia</li> </ul>

Diagnóstico de enfermería NANDA:

**3. Confusión crónica**

**Factores relacionados (causas)**

Psicosis

**Características definitorias (signos y síntomas)**

Deterioro cognitivo progresivo

Alteración de la interpretación

Alteración a la respuesta de estímulos

## Resultado (NOC)

Cognición

Memoria

Concentración

Elaboración de la información

### ❖ Intervención (NIC)

<b>Estimulación cognoscitiva</b>	
<b>Intervención de enfermería.</b>	<b>Principios bioéticos implicados.</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener contacto visual con el paciente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beneficencia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Proporcionar un calendario</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• beneficencia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• beneficencia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Orientar con respecto al tiempo, lugar y personas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beneficencia</li></ul>

### ❖ Intervención (NIC)

<b>Ayuda al autocuidado</b>	
<b>Intervención de enfermería.</b>	<b>Principios bioéticos implicados.</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar y retirar los peligros potenciales del ambiente del paciente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beneficencia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Utilizar la distracción, en lugar de la confrontación para mejorar el comportamiento.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• beneficencia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Establecer periodos de reposo breves para reducir el estrés</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• beneficencia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dejarle comer solo, si procede</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• autonomía</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Colocar el nombre del paciente en grandes letras mayúsculas en la habitación, así como en sus artículos personales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autonomía</li> <li>No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizar calendarios con números grandes, así como símbolos para mantenerlo orientado y apoyarlo en la localización del baño, habitación u otras áreas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficencia</li> </ul>

Diagnóstico de enfermería NANDA:

4.- **Déficit de autocuidado -alimentación**

**Factores relacionados (causas)**

Deterioro cognitivo

Disminución o falta de motivación

Deterioro perceptual

**Características definitorias (signos y síntomas)**

Incapacidad para coger los alimentos con utensilios

Incapacidad para llevar los alimentos de un receptáculo a la boca

Incapacidad para coger la taza o el vaso

**Resultados (NOC)**

Autocuidados: comer

❖ **Intervención (NIC)**

<b>alimentación</b>	
Intervención de enfermería.	Principios bioéticos implicados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavar las manos antes y después de comer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar la dieta prescrita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Crear un ambiente adecuado durante la comida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar las comidas a la temperatura más apetecible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>beneficencia</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar la alimentación sin prisas, lentamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autonomía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestar atención al paciente durante la alimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Asegura la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Animar al paciente a que coma en el comedor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizar platos y vasos irrompibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprobar que no queden restos de comida en la boca al final de la comida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No maleficencia</li> </ul>

Diagnóstico de enfermería NANDA:

**5.- Déficit de autocuidado –uso del wc**

**Factores relacionados (causas)**

Deterioro cognitivo

Deterioro de la capacidad para el traslado

Deterioro neuromuscular

**Características definitorias (signos y síntomas)**

Incapacidad para llegar hasta el wc

Incapacidad para sentarse y levantarse en el wc

Incapacidad para realizar una higiene adecuada tras la evacuación.

❖ **Intervención (NIC)**

<b>Autocuidados: uso del inodoro</b>	
Intervención de enfermería.	Principios bioéticos implicados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Considerar la cultura del paciente para fomentar las actividades de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autonomía y justicia</li> </ul>

autocuidados	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponer de intimidad durante la eliminación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instaurar idas al baño, si procede y es necesario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavar la zona peri anal y secarla bien las veces necesarias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar la integridad cutánea del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar dispositivos (orinal y cómodo), colocarlo al alcance del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>

#### ❖ Intervención (NIC)

<b>Cuidados de la incontinencia –intestinal y urinaria</b>	
Intervención de enfermería.	Principios bioéticos implicados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las causas de los múltiples factores que producen incontinencia urinaria o intestinal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar periódicamente la eliminación incluyendo la frecuencia, olor, color y volumen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitar los líquidos durante 2 a 3 horas antes de irse a dormir, si procede</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• no maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la cama y ropa de cama limpia y seca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• no maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal, si</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beneficencia</li> </ul>

procede	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar alimentos que causen diarrea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar pañales de incontinencia si es necesario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalar sonda vesical, si lo requiere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• no maleficencia</li> </ul>

Diagnóstico de enfermería NANDA:

**6.- Déficit de autocuidado: vestido/ acicalamiento**

**Factores relacionados (causas)**

Deterioro cognitivo  
 Disminución o falta de motivación  
 Deterioro neuromuscular

**Características definitorias (signos y síntomas)**

Incapacidad para ponerse y quitarse la ropa o zapatos  
 Deterioro de la capacidad para ponerse y quitarse las prendas de ropa necesaria.

**Resultados NOC**

Autocuidado: vestir

❖ **Intervención (NIC)**

<b>ayuda con los autocuidados – vestir/arreglo personal</b>	
Intervención de enfermería.	Principios bioéticos implicados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vestir la extremidad afectada primero</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vestir al paciente con ropas que no le aprieten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar al paciente de la ropa (pijama) hospitalaria que debe utilizar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justicia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar el peinado del cabello del</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>

paciente, si es necesario	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar que el paciente se afeite el mismo si procede</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar con los botones y cremalleras, si es necesario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entregar la ropa (interior) sucia a los familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reafirmar los esfuerzos por vestirse a sí mismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar asistencia hasta que el paciente sea totalmente capaz de responsabilizarse y vestirse por sí mismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la intimidad mientras el paciente se viste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vestir al paciente después de completar la higiene personal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la participación en la elección de la vestimenta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elegir los zapatos que facilitan un caminar o deambulaci3n seguros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>

### ❖ Intervenci3n (NIC)

<b>cuidados del cabello</b>	
Intervenci3n de enfermería.	Principios bioéticos implicados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secar perfectamente el cabello</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trenzar o disponer de otra forma el cabello, seg3n el deseo del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beneficencia</li> </ul>

Diagnóstico de enfermería NANDA:

### 7.- Desesperanza

#### **Factores relacionados (causas)**

Perdía de la fe en los valores trascendentales  
Prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento  
Deterioro del estadio fisiológico

#### **Características definitorias (signos y síntomas)**

Disminución del apetito y las emociones  
Falta de iniciativa  
Falta de implicación en sus cuidados

#### **Resultado (NOC)**

Esperanza  
Equilibrio emocional

#### ❖ **Intervención (NIC)**

<b>Ayuda con los cuidados: aseo</b>	
<b>Intervención de enfermería.</b>	<b>Principios bioéticos implicados.</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Considerar la cultura del paciente para fomentar las actividades de autocuidados</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Autonomía y justicia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Disponer de intimidad durante la eliminación</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beneficencia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Instaurar idas al baño, si procede y es necesario</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• No maleficencia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Lavar la zona peri anal y secarla bien las veces necesarias</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• No maleficencia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Controlar la integridad cutánea del paciente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beneficencia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• No maleficencia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Proporcionar dispositivos (orinal y</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beneficencia</li></ul>

cómodo), colocarlo al alcance del paciente	
--	--

❖ **Intervención (NIC)**

<b>Cuidados de la incontinencia –intestinal y urinaria</b>	
<b>Intervención de enfermería.</b>	<b>Principios bioéticos implicados.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo la enfermedad del paciente como una faceta de la persona.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justicia</li> <li>• Autonomía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias pasadas del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• no maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar al paciente activamente en sus propios cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde las mas sencillas hasta las otras mas complejas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• autonomía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar al paciente/familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justicia</li> </ul>

❖ **Intervención (NIC)**

<b>apoyo en la toma de decisiones</b>	
Intervención de enfermería.	Principios bioéticos implicados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar si hay diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista del personal de salud sobre la condición del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía y justicia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar al paciente sobre los puntos de vista alternativos y las soluciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entablar comunicación con el paciente a su ingreso hospitalario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la toma de decisiones en colaboración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respetar el derecho del paciente a recibir o no la información</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a que el paciente pueda explicar la toma de decisión a otras personas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justicia</li> </ul>

Diagnóstico de enfermería NANDA:

**8.- Disfunción sexual**

**Factores relacionados (causas)**

Alteración de la función corporal (p. ej. Fármacos, procesos patológicos y traumatismos adicionales, cirugías)

Alteración biopsicosocial de la sexualidad

Falta de intimidad

**Características definitorias (signos y síntomas)**

Cambio de interés en los demás

Incapacidad para lograr el nivel deseado de satisfacción

Alteración en el logro de satisfacción sexual  
 Limitaciones reales o percibidas impuestas por la enfermedad o la terapia

**Resultados (NOC)**  
 Funcionamiento social

❖ **Intervención (NIC):**

<b>Asesoramiento sexual</b>	
Intervención de enfermería.	Principios bioéticos implicados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar a l paciente a manifestar verbalmente los miedos y a hacer preguntas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar información concreta, acerca de mitos sexuales y malas informaciones que el paciente pueda manifestar verbalmente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir el efecto de la medicación sobre la sexualidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a expresar la pena y el enfado por las alteraciones del funcionamiento/aspecto corporal, si procede.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar las frases del paciente sobre su propia valía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la posición de control del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse en presencia del enfermo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar las razones de autocrítica o culpa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>

❖ **Intervención (NIC)**

<b>manejo de la conducta sexual</b>	
Intervención de enfermería.	Principios bioéticos implicados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las conductas sexuales inaceptables, en función del ambiente particular y población de los pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justicia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir con los pacientes las consecuencias de la conducta sexual socialmente inaceptable y de las manifestaciones verbales de la misma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar la asignación de compañeros de habitación con dificultades de comunicación, historia de actividad sexual inadecuada o gran vulnerabilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar el riesgo a los demás cuidadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>

Diagnóstico de enfermería (NANDA)

9.- **duelo complicado**

**Factores relacionados (causas)**

Inestabilidad emocional  
Falta de apoyo social

**Características definitorias (signos y síntomas)**

Evitación del duelo  
Baja en el desempeño de roles vitales  
Sufrimiento emocional persistente  
Autoculpabilización

**Resultado (NOC)**

## Resolución de la aflicción y afrontamiento del problema

### ❖ Intervención (NIC)

<b>facilitar el duelo</b>	
<b>Intervención de enfermería.</b>	<b>Principios bioéticos implicados.</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beneficencia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar la pérdida</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beneficencia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Escuchar las expresiones de duelo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beneficencia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial a la pérdida</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Autonomía</li></ul>

### ❖ Intervención (NIC)

<b>aumentar el afrontamiento</b>	
<b>Intervención de enfermería.</b>	<b>Principios bioéticos implicados.</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Disponer de un ambiente de aceptación</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• beneficencia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Alentar una actitud de esperanza realista como una forma de manejar los sentimientos de impotencia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• No maleficencia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Autonomía</li><li>• justicia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fomentar actividades sociales y comunitarias</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beneficencia</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>

Diagnóstico de enfermería NANDA:

**10.-deterioro del patrón de sueño**

**Factores relacionados (causas)**

Factores ambientales (ruido, oscuridad, entorno no familiar)

Malestar físico

Medicamentos

Ansiedad

Alucinaciones

**Características definitorias (signos y síntomas)**

Observación de la falta de energía

La persona informa de sueño no reparador

Observación de cambios de la emotividad

**Resultado (NOC)**

Sueño y descanso

❖ **Intervención (NIC):**

<b>manejo ambiental</b>	
Intervención de enfermería.	Principios bioéticos implicados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar una cama y un entorno limpio y cómodo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>

sea posible	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Disminuir los estímulos ambientales, si procede</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción y frío</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo de una actividad que favorezca la vigilia, si procede</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Crear un ambiente seguro y tranquilo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar ropa cómoda y limpia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficencia</li> </ul>

❖ **Intervención (NIC):**

<b>fomentar el sueño</b>	
Intervención de enfermería.	Principios bioéticos implicados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar el esquema del sueño / vigilar del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y /o psiquiátricas (miedo ansiedad) que irrumpen el sueño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No maleficencia</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficencia</li> </ul>
---	--

❖ **Intervención (NIC):**

<b>manejo de la medicación</b>	
Intervención de enfermería.	Principios bioéticos implicados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar los fármacos y administrar de acuerdo con la prescripción médica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Observar si hay algunos signos de toxicidad de la medicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Observar si hay propuestas a los cambios en el régimen de medicación, si procede.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficencia</li> </ul>

Diagnóstico de enfermería NANDA:

**11.-Riesgo de suicidio**

**Factores relacionados (causas)**

Antecedentes familiares de suicidio o intentos suicidas previos

**Resultado (NOC)**

Autocontrol de la ansiedad, crisis psicóticas y rol del impulso suicida

❖ **Intervenciones (NIC)**

<b>prevención del suicidio</b>	
Intervención de enfermería.	Principios bioéticos implicados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar la existencia y el grado de riesgo suicida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No maleficencia</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar y controlar los síntomas que pueden poner al paciente en riesgo de suicidio (alucinaciones, alteraciones orgánicas, trastornos de la personalidad, crisis, pánico y alteraciones del humor)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar medicación, para disminuir la ansiedad, psicosis y agitación, vigilando la respuesta del mismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar una forma de hablar directa y sin emitir juicios para comentar el suicidio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar precauciones para el suicidio (observación y vigilancia continua del paciente, proveerse de un entorno protector), retirar objetos punzocortantes, bolsas de plástico y agujetas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir planes para hacer frente a las ideas suicidas en el futuro (a quién contar, donde buscar ayuda, maneras de aliviar los impulsos de autolesión)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implicar al paciente en la planificación de su tratamiento, si procede</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>

### ❖ Intervención (NIC)

<b>aumentar el afrontamiento</b>	
Intervención de enfermería.	Principios bioéticos implicados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponer de un ambiente de aceptación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beneficencia</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer la experiencia espiritual/cultural del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar al paciente e identificar sus puntos de fuertes y sus capacidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>

Diagnóstico de enfermería NANDA:

**12. Riesgo de violencia auto dirigida**

**Factores relacionados (causas)**

Estado emocional (desesperanza, ansiedad, hostilidad)  
Salud mental (psicosis)

**Resultado (NOC)**

Autocontrol de impulsos  
Control de la automutilación

❖ **Intervención (NIC)**

<b>entrenamiento para controlar los impulsos</b>	
Intervención de enfermería.	Principios bioéticos implicados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar un plan de modificación de la conducta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar al paciente a practicar la solución de problemas en situaciones sociales o interpersonales fuera del ambiente terapéutico, seguido por la evolución del resultado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> </ul>

Diagnóstico de enfermería NANDA:

**13.- Riesgo de violencia dirigido a otros**

**Factores relacionados (causas)**

Historia de amenazas y violencia contra otros

Historia de conducta antisocial y violenta

Sintomatología psicótica (p. ej. Alucinaciones e ideas paranoicas)

**Resultado (NOC)**

Autocontrol de la agresión, el pensamiento distorsionado y los impulsos

❖ **Intervención (NIC)**

<b>manejo ambiental – prevención de la violencia</b>	
Intervención de enfermería.	Principios bioéticos implicados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignar habitaciones individuales a los pacientes que pueden ser potencialmente violentos para los demás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• justicia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar platos y utensilios desechables durante la comida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar medicación, si</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beneficencia</li> </ul>

procede para disminuir la ansiedad, agitación o psicosis	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar los efectos secundarios y los efectos deseados de la medicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>

### ❖ Intervención (NIC)

<b>sujeción física</b>	
Intervención de enfermería.	Principios bioéticos implicados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtener orden médica, si lo requieren las normas de la institución para disponer una intervención física.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignar el personal suficiente (camilleros) para ayudar en la aplicación segura de los dispositivos de sujeción mecánica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar al paciente y familiares las conductas que requieren éstas medidas de contención física para evitar que se lesione o lesione a los demás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> <li>• justicia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre colocar protección en zona a sujetar sobre todo en extremidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fijar las sujeciones fuera del alcance del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar el estado de la piel en el sitio de sujeción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar color, temperatura y sensibilidad frecuente de las extremidades sujetas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar al paciente en una posición que facilite la comodidad y evite la bronco aspiración y erosiones en la piel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar en las necesidades relacionados con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar a intervalos regulares la necesidad del paciente de continuar con la intervención restrictiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justicia</li> <li>• No maleficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirar gradualmente las sujeciones (una cada vez, si las sujeciones son en cuatro puntos) a medidas que aumente el autocontrol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar la respuesta del paciente al retira la sujeción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficencia</li> </ul>

## 8. Metodología

**Tipo de investigación:** se presenta un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y analítico.

**Población:** Profesionales de enfermería que laboran en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, dentro de las áreas de neuropsiquiatría y urgencias así como a familiares de enfermos esquizofrénicos que son atendidos en estas áreas.

**Muestra:** a conveniencia aplicada a todos los profesionales de enfermería que laboran en la unidad de neuropsiquiatría y urgencias en los turnos matutino y vespertino del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez así como también a familiares de enfermos esquizofrénicos que se encuentran hospitalizados en estas áreas.

**Captación de la información:** Se aplicó un instrumento de valoración que se diseñó en base al marco teórico, con 17 reactivos de opción múltiple, para evaluar la implementación de los principios bioéticos en las intervenciones que los profesionales de enfermería llevan a cabo con los enfermos esquizofrénicos así mismo evalúa los conocimientos en relación a la bioética<sup>36</sup>; de igual manera se diseñó otro con diez reactivos de opción múltiple que se aplicó a familiares de enfermos con diagnóstico de esquizofrenia estos evalúan la atención que proporciona el profesional de enfermería y como lo aprecia el familiar en la práctica clínica<sup>37</sup>, los resultados se procesaron y analizaron con el programa estadístico informático, StaticalPackageforthe Social Sciences(SPSS) versión 18 y con el apoyo de hojas de cálculo electrónicas. Estos instrumentos se conformaron con respuestas tipo Likert se validaron y conformaron de acuerdo a pruebas piloto.

---

<sup>36</sup>Véase anexo no. 1

<sup>37</sup>Véase anexo no. 2

**Criterios de inclusión:**

- Profesional de enfermería, cualquier categoría (licenciatura o profesional técnico) que labore en las áreas de (neuropsiquiatría) y urgencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco Suárez; en los matutino y vespertino.
- Familiares de enfermos con diagnóstico médico de esquizofrenia que se encuentren hospitalizados en el servicio de urgencias o en la unidad neuropsiquiatría

**Criterios de exclusión:**

- Profesional de enfermería, con las categorías (licenciatura o profesional técnico) que se encuentre de vacaciones.
- Familiares de enfermos que no tengan el diagnóstico médico de esquizofrenia.

**9. Resultados**

Se aplicó el instrumento a 30 profesionales de enfermería que laboran en los servicios de urgencias y neuropsiquiatría en los turnos matutino y vespertino que consta de 17 preguntas de opción múltiple, 13 evalúan la aplicación de los principios bioéticos en la atención de enfermería y 5 reactivos adicionales evalúan los conocimientos en relación a los principios bioéticos. Así como un segundo instrumento aplicado a familiares de enfermos esquizofrénicos que evalúan la percepción del familiar en relación al cuidado proporcionado en las áreas ya mencionadas.

Los resultados obtenidos en relación a la encuesta a familiares de enfermos esquizofrénicos, y datos socio demográficos (cuadro no.2) son los siguientes: (24),80% son mujeres; (6),20% hombres; en cuanto a áreas clínicas (25), 83.3 % son de neuropsiquiatría, (5),16.7% urgencias; en cuanto a los rangos de edad

predominaron la edad de 48 a 57 años en un (12),40% y de 18 a 27 el (7), 23.3%, edades con las que cuentan con un grado de responsabilidad, madurez y conscientes al contestar las encuestas.

En el cuadro no.1 se puede apreciar en la respuesta de la primer pregunta que un 60% considera que la atención que brinda el profesional de enfermería, siempre es adecuada para lograr una pronta recuperación de los enfermos, así mismo en el reactivo no. 3 un 66.7 % de los encuestados considera que las enfermeras (os) siempre tienen la mejor disposición para cuidar a los enfermos; de igual manera en el reactivo no.8 el familiar refiere que su enfermo le ha manifestado que tiene agradecimiento, afecto y respeto hacia el profesional de enfermería coincidiendo en esta respuesta 40% siempre y un 36.7% la mayoría de las veces sí, lo que equivale que un 76.7%; esto da por hecho que el profesional de enfermería proporciona cuidados basados en los principios bioéticos, esencialmente en los tres reactivos analizados se puede inferir la presencia del principio bioético de beneficencia en las intervenciones de enfermería.

En el reactivo no. 2 se pudo evaluar el principio bioético de justicia en el 80 % de las personas encuestadas al manifestar que los cuidados proporcionados por las enfermeras (os) es el mismo para todos los enfermos. En relación al principio bioético de autonomía un 70 % respeta las decisiones de los enfermos al momento de proporcionarle cuidados. En cuanto al principio bioético de no maleficencia analizado en el reactivo no. 6, un 73.3% manifiesta que nunca ha percibido queja alguna de su familiar relacionada con la atención de enfermería; el reactivo no. 10, 76.7 % considera que la atención que brinda el profesional de enfermería es adecuada, para lograr una pronta recuperación de su enfermo.

De la encuesta aplicada a los profesionales de enfermería se encontraron los siguientes resultados socio demográficos (cuadro no. 5): 83.3% mujeres (25 personas), 16.7% hombres (5 personas); 53.3% fueron encuestados en

neuropsiquiatría y 46.7 % en urgencias; un 40% de los encuestados están en el rango de edad de 36 a 45 años; en cuanto a la categoría el 70% enfermera (o) general C; la antigüedad laboral predominante es en el rango de 21 a 30 años en un 46.7%.

Asimismo para la encuesta que se diseñó a los profesionales de enfermería se integraron dos secciones de preguntas, 13 analizan la presencia de los principios bioéticos, 4 evaluaron los conocimientos que tiene el profesional de enfermería en las intervenciones que se llevan a cabo para el cuidado a los enfermos esquizofrénicos aplicando los principios antes mencionados.

En el cuadro no. 3 en la pregunta no. 1 hace referencia si los profesionales se presentan con los enfermos, 66.7 % siempre lo hace, seguido de un 23.3% lo hace la mayoría de las veces lo cual indica de que el 90% lo hace, así mismo la pregunta no.5 76.7% de los profesionales encuestados responde que siempre se proporcionan cuidados de enfermería de acuerdo a la evolución del tratamiento y necesidades del enfermo; en la pregunta no. 8 un 40% siempre y seguido de un 40% consideran que cuándo el enfermo presenta conductas inapropiadas, el dialogo es útil para mejorar el comportamiento y favorecer la relación enfermo-familia-equipo de salud; las preguntas anteriores analizan la beneficencia lo cual da por hecho que se aplica en las intervenciones de enfermería.

En relación a la presencia de la autonomía en la pregunta no. 2, un 80% respondió procura la privacidad de los enfermos, seguido de un 20% que la mayoría de las veces; así mismo en la pregunta no. 3, 53.3 % siempre, 40% la mayoría de las veces valoran y jerarquizan los cuidados de enfermería en cada enfermo.

En la pregunta no. 6, 86.7% siempre y 13.3% interviene en momentos de crisis con los enfermos; sin tener favoritismos y mediando la situación, lo cual refleja que en las intervenciones de enfermería se aplica el principio de justicia. Finalmente en

relación a la no maleficencia los resultados muestran en la pregunta no. 11, 46.7% siempre y 43.3% la mayoría de las veces sí, se abstienen de realizar críticas negativas y quejas en presencia de los enfermos, de igual manera en la pregunta no. 12 un 90% siempre vigila las reacciones secundarias al administrar medicamentos, para disminuir: ansiedad, psicosis o agitación, es notoria que la presencia de este principio en la pregunta no. 13 76.7% contesta que siempre busca a través de las intervenciones de enfermería transmitir sentimientos de seguridad y confianza durante los periodos de ansiedad y/o agitación de los enfermos esquizofrénicos.

En relación a los conocimientos del profesional de enfermería se obtuvieron favorecedores resultados estos se midieron en la segunda parte del instrumento aplicado, en la pregunta no.14, del cuadro no. 4, un 46.7 % respondió que el principio que aplica al no distinguir a ningún enfermo en el cuidado es el de justicia y como se observó también lo llevan a cabo. Así mismo en la pregunta no. 15, 70% respondió que la autonomía es el principio bioético que respeta la toma de decisión del enfermo. De igual del enfermo. Finalmente el 66.7 % de los encuestados contesto que el principio que aplica al no hacer daño en las intervenciones de enfermería es la no maleficencia.

Cuadro no. 1 Resultados del instrumento aplicado a familiares de enfermos esquizofrénicos

Pregunta	Respuesta				
1-¿ Considera que la atención que brinda el personal de enfermería es adecuada, para lograr una pronta recuperación de su enfermo?	60%	33.3%	6.7%		
2-¿ Considera que los cuidados proporcionados por las enfermeras (os) es el mismo hacia su enfermo y los demás que se encuentran hospitalizados?	80%	16.7%	3.3%		
3-¿ Considera que las enfermeras (os) tienen la mejor disposición para cuidar a su familiar hospitalizado?	66.7%	26.7%	6.7%		
4-De acuerdo con las vivencias, expresadas por su familiar hospitalizado, ¿considera que el personal de enfermería respeta las decisiones de su enfermo al proporcionarle cuidados?	70%	26.7%	3.3%		
5-¿ En alguna de sus visitas que realiza a su familiar, la enfermera(o) que proporciona cuidados a su enfermo, se ha presentado por su nombre con usted?	33.3%	26.7%	23.3%	10%	6.7%
6-¿ En alguna ocasión su familiar le ha manifestado alguna queja en relacionada con la atención de enfermería?	73.3%	13.3%	6.7%	3.3%	3.3%
7-¿ La enfermera (o) lo invita a participar en el tratamiento de su enfermo al sugerirle acciones o alternativas que pueda implementar en el hogar?	26.7%	23.3%	20%	16.7%	13.3%
8-¿ Su familiar que se encuentra hospitalizado le manifiesta agradecimiento, afecto o respeto hacia su enfermera (o)?	40%	36.7%	16.7%	6.7%	
9-¿ Nota usted que la enfermera (o), muestre interés o preocupación por el estado de salud de su familiar?	50%	33.3%	10%	6.7%	
10-¿ Considera que la atención que brinda el personal de enfermería es adecuada, para lograr una pronta recuperación de su enfermo?	76.7%	20%	3.3%		

Respuestas:

Siempre

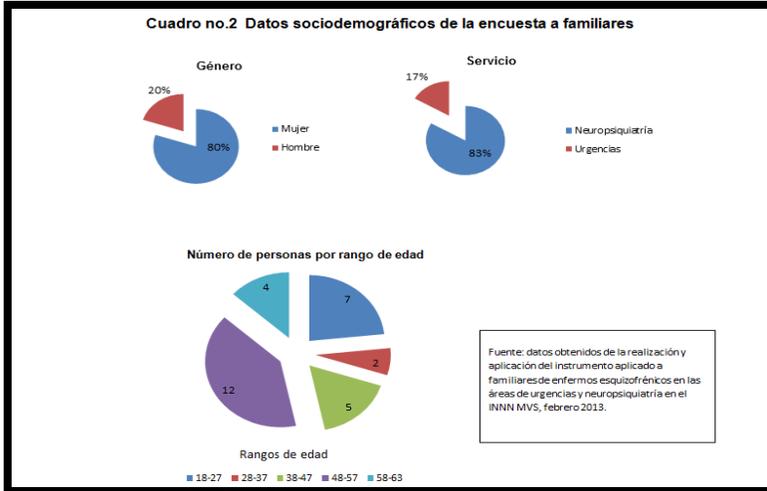
La mayoría de las veces sí

Algunas veces sí, algunas veces no

La mayoría de las veces no

Nunca

Fuente: datos obtenidos de la realización y aplicación del instrumento aplicado a familiares de enfermos esquizofrénicos en las áreas de urgencias y neuropsiquiatría en el INNN MVS, febrero 2013.



**Cuadro no. 3 Resultados de la aplicación del instrumento a profesionales de enfermería**

Pregunta	Respuesta		
1-¿Cuándo inicia el turno se presenta con sus enfermos?	66.7%	23.3%	10%
2-¿Favorece la privacidad del enfermo (a) cuando, realiza intervenciones que lo expongan ante los demás?	80%	20%	
3-Los enfermos de esquizofrenia presentan signos y síntomas de la enfermedad, que modifican su entorno social, ¿usted valora y respeta cada una de estas manifestaciones?	53.3%	40%	6.7%
4-¿Valora y jerarquiza los cuidados de enfermería, de acuerdo con las necesidades afectadas de salud del enfermo esquizofrénico?	80%	20%	
5-¿Planea los cuidados de enfermería de acuerdo a la evolución del tratamiento y necesidades del enfermo?	76.7%	23.3%	
6-¿Interviene en momentos de crisis con los enfermos; sin tener favoritismos y mediando la situación?	86.7%	13.3%	
7-Las intervenciones de enfermería ¿buscan el beneficio del enfermo esquizofrénico, transmitir sentimientos de seguridad y confianza durante los periodos de ansiedad y/o agitación?	76.7%	23.3%	
8-¿Considera que cuándo el enfermo presenta conductas inapropiadas, el dialogo es útil para mejorar el comportamiento y favorecer la relación enfermo-familia-equipo de salud?	40%	40%	20%
9-Existen síntomas derivados del tratamiento farmacológico en los enfermos esquizofrénicos, que afectan principalmente su capacidad para alimentarse ¿usted contribuye para que el tratamiento y alimentación sean efectivos?	73.3%	20%	6.7%
10-Considera que el dialogo con los enfermos, ¿les transmite tranquilidad, seguridad y confianza?	46.7%	43.3%	10%
11-¿Se abstiene de realizar críticas negativas y quejas en presencia del enfermo?	90%	10%	
12-Al momento de administrar medicamentos, para disminuir la ansiedad, psicosis o agitación, ¿vigila las reacciones secundarias y/o adversas de estos?	90%	10%	
13-¿Considera que la bioética, debe ser aplicada en las intervenciones que se llevan a cabo todos los días?	76.7%	23.3%	

Respuestas:

Siempre	La mayoría de las veces sí	Algunas veces sí, algunas veces no	La mayoría de las veces no	Nunca
---------	----------------------------	------------------------------------	----------------------------	-------

Fuente: datos obtenidos de la realización y aplicación del instrumento aplicado a familiares de enfermos esquizofrénicos en las áreas de urgencias y neuropsiquiatría en el INNN MVS, febrero 2013.

Cuadro no. 4 Resultados de la evaluación de conocimientos en el profesional de enfermería, respecto a los principios bioéticos

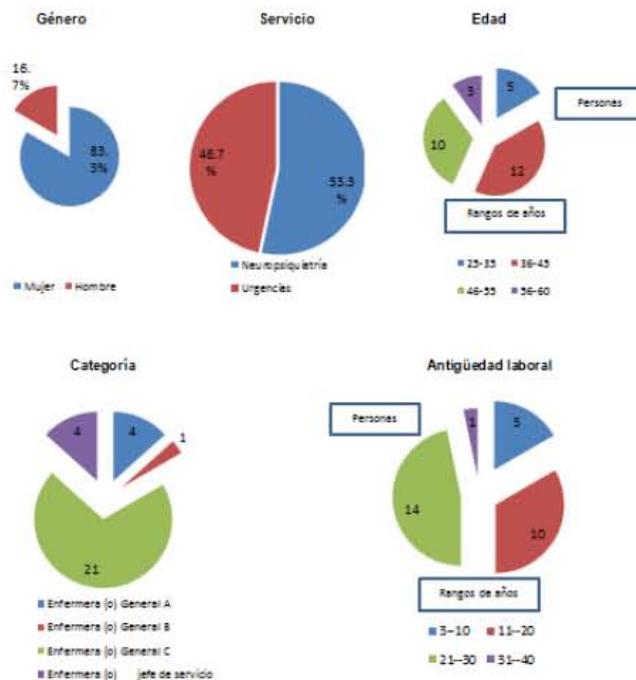
Pregunta	Respuesta			
14-¿Qué principio aplica en su quehacer profesional, al no distinguir a ningún enfermo?	40%	46.7%	13.3%	
15-¿Cuál de los siguientes principios bioéticos, respeta la toma de decisión del enfermo, por ejemplo, para someterse a un tratamiento invasivo?	70%	16.7%	10%	3.3%
16-El deber que tiene el profesional de la salud para actuar en beneficio del enfermo, ¿a qué principio se refiere?	70%	13.3%	10%	6.7%
17-¿Qué principio bioético, obliga al profesional de enfermería, no hacer daño, en las intervenciones que lleva a cabo?	66.7%	13.3%	13.3%	6.7%

Respuestas:



Fuente: datos obtenidos de la realización y aplicación del instrumento aplicado a familiares de enfermos esquizofrénicos en las áreas de urgencias y neuropsiquiatría en el INNN MVS, febrero 2013.

Cuadro no.5 Datos sociodemográficos de la encuesta a profesionales



Fuente: datos obtenidos de la realización y aplicación del instrumento aplicado a familiares de enfermos esquizofrénicos en las áreas de urgencias y neuropsiquiatría en el INNN MVS, febrero 2013.

## 10. Análisis

Son muy pocas las investigaciones que han estudiado los principios bioéticos en el cuidado que presta el profesional de enfermería y en relación a padecimientos mentales como la esquizofrenia, estas circunstancias motivan a estudiar la aplicación de los principios bioéticos en la atención de enfermería a enfermos esquizofrénicos, en la práctica clínica.

La esquizofrenia por sus manifestaciones requiere de un cuidado multidisciplinario por su variedad de signos y síntomas por ello es importante reflexionar que la presencia de la ética a través de la bioética conceptualizada por primera vez por Van Resselae Potter en 1970, se considera ocho años después, como principios bioéticos (autonomía, justicia, no maleficencia y beneficencia) propuestos por primera vez por Beauchamp y Childress a través de la teoría del principialismo, tal como lo aseguran Amaro Cano M. del C. y Garcia J.J.; por lo anterior y con base a esta teoría, se ha enfatizado en el reclamo al respeto del derecho de cada persona en las cuestiones de su salud y su vida. Los autores de esta corriente bioética consideran que lo más importante es conceder la adecuada jerarquización a los principios, especialmente cuando estos entran en conflicto al momento de ser aplicados en la práctica clínica; para esta investigación se estudia específicamente durante el cuidado a enfermos con una padecimiento mental tan discapacitante como lo es la esquizofrenia.

En relación al cuidado de los enfermos esquizofrénicos resulta importante conocer aspectos fundamentales de la esquizofrenia tal como, las manifestaciones, etiología, diagnóstico, complicaciones, tratamiento, entre otros.; tal como lo menciona López Ibor A. en el DSM IV como fuente importante que aporta aspectos generales sobre esta enfermedad mental al requerir de cuidados específicos, así lo refiere en planes de cuidados Valdez - Labastida R. y Zamora -

Ruiz P. quienes presentan: diagnósticos e intervenciones de enfermería a los cuales que se pudieron analizar los cuatro principios bioéticos.

Cabe destacar que en los hallazgos encontrados coinciden con Agramonte del Sur A., quien se basó también las etapas el proceso de enfermero y la aplicación de los principios bioéticos adecuándolas en cada intervención de enfermería en, donde el objetivo principal del profesional de enfermería es brindar calidez humana y trato digno a la persona afectada. Resulta importante también la aportación de Leininger en relación al cuidado cultural de enfermería, quien analiza la forma en que el profesional valora a los enfermos a través de aspectos socio-culturales, situación que se observa al ingresar a las áreas de urgencias y neuropsiquiatría los enfermos esquizofrénicos a quienes se valora de acuerdo a sus manifestaciones y necesidades aplicando aquí los cuatro principios bioéticos.

## **11. Conclusión**

En este trabajo de investigación se infiere que las intervenciones que el profesional de enfermería implementa para lograr un restablecimiento de bienestar de las personas afectadas por esquizofrenia que acuden a las unidades de urgencias y neuropsiquiatría, son llevados a cabo con profundo sentido ético y este se basa en la aplicación de los principios bioéticos (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía), al proporcionarle a la persona trato digno y humano.

En cuanto a la veredicto que los familiares de enfermos esquizofrénicos tienen se puede observar una buena opinión respecto al cuidado proporcionado por los profesionales de enfermería, lo cual indica de que se implementan los principios bioéticos antes y durante las intervenciones de enfermería. Así mismo coincide con los resultados de las encuestas a profesionales de enfermería en los que se

un alto porcentaje de profesionales que tienen conocimientos de los principios bioéticos y la aplicación durante el cuidado lo cual ratifica y demuestra que las personas afectadas por esquizofrenia no es maltratada ni discriminada al contrario evidencia un respeto hacia la persona y una responsabilidad ética en el quehacer profesional.

De acuerdo con los resultados obtenidos y haciendo un análisis de la información resulta oportuno mencionar que se deben considerar en los cursos de capacitación continua temas relacionados con la aplicación de los principios bioéticos y los valores éticos para la intervenciones de enfermería en el cuidado a los enfermos del INNN, esta información debe ser del dominio en cada profesional de enfermería para no confundir valores éticos con principios bioéticos, ya en efecto Beauchamp y J. F. Childress en la teoría del principalísimo aseguran la presencia de valores importantes en cada uno de los cuatro principios pero en la aplicación de cada principio para el cuidado resulta importante considerar la autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia en cada intervención, esta información sería conveniente difundirla a través de trípticos muy simplificados con lo esencial de esta teoría, de igual manera se pretende difundir a otras instituciones, en carteles foros y revistas de investigación.

Así mismo se recomienda la impartición talleres o sesiones de casos clínicos que tengan por objetivo esclarecer la importancia de estos principios en el quehacer profesional de cada servicio en el instituto, de igual manera se sugiere ampliar e incluir en los comités de bioética a profesionales enfermería y que ello conlleve al análisis de dilemas y casos clínicos con implicaciones bioéticas .

## 12. Obras consultadas

**León, RC.** Cuidarse para no morir cuidando. Rev Cubana Enfermer v.23 n.I Ciudad de la Habana ene-mar. 2007.

**Piqueras Rodríguez JA.** “Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física”. Suma Psicológica, Vol. 16 N° 2. Diciembre 2009, España

**López ASR,** “Implicación emocional en la práctica de enfermería”. Cultura de los cuidados, Diplomado en enfermería. 2000. Pág. 173

**León, RC.** Cuidarse para no morir cuidando. Rev Cubana Enfermer Vol.23 ¿No.1 Ciudad de la Habana ene-mar. 2007.

### **Organización Mundial de la Salud.**

Disponible en <http://teq.mx/hfN>

**Barraza-Macías A,** Malo-Salabarieta DA. Investigaciones sobre salud mental. Patología, afrontamiento e intervención. REDIE. México. pp: 5-221.

**Perea Baena, José Manuel.** “Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en enfermeras de salud mental de un hospital de Málaga: Resultados preliminares”. Rev Presencia 2008 ene-jun, 4(7). Disponible en <http://teq.mx/hfJ>

**Ramírez Goicoechea, Eugenia.** Antropología “compleja” de las emociones humanas. ISEGORIA/25 (2006). UNED, Madrid. pp 178

**Cortés JF,** Barragán VC, Vázquez CML. Perfil de Inteligencia Emocional: Construcción, Validez y Confiabilidad. Salud mental, Vol. 25, No. 5, octubre 2002.

**Contreras F,** Esguerra G. Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. Diversitas v. 2 n.2 Bogotá dez. 2006. pp. 314.

**Silva** CJ. Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. Rev. Chil. Neuro-psiquiatr. v. 43 Santiago. Septiembre 2005. Disponible en: <http://teq.mx/hfH>

**Cortés** JF, Barragán VC, Vázquez CML. Perfil de Inteligencia Emocional: Construcción, Validez y Confiabilidad. Salud mental, Vol. 25, No. 5, octubre 2002. 54.

**López** ASR, “Implicación emocional en la práctica de enfermería”. Cultura de los cuidados, Diplomado en enfermería. 2000. Pág. 173

**Salazar**, MA. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. av.enferm., XXVI (2): 107-115, 2008. Artículo derivado de investigación.

**León**, RC. Cuidarse para no morir cuidando. Rev Cubana Enfermer v.23 n.1 Ciudad de la Habana enhe-mar. 2007.

**Fernández** Berrocal – Extremera Pacheco. “La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey”. Rev. Interuniversitaria de formación de profesorado. Vol. 19, núm 3 Dic. 2005. pp: 63-93. España.

**Ley General de Salud de México.** Última reforma publicada DOF 25-01-2013. Disponible en <http://teq.mx/hfI>

**Chinchilla** A. Las esquizofrenias sus hechos y valores clínicos y terapéuticos. Ed. Masson. 2007, Barcelona.

**García** J.J. enciclopediafilosófica on line [enciclopedia on line] philosophica 2011 (ISSN 20358326). Disponible en: <http://www.philosophica.info/archivo/2010/voces/bioetica/Bioetica.html> [consulta: 02 de noviembre 2011]

**Fenton** WS. Esquizofrenia y delirio. En: Berkewr, Brees MH, Fletcher MB, editores. Manual Merck. Barcelona: Océano;1997.

**FarreraRozman** C., Compendio de medicina interna, Elsevier, España, 2010.

**Lopez** Ibor Aliño J.J y Valdés Miyar M. DSM-IV- TR Manual diagnóstico y estadístico de los padecimientos mentales, masson, España:2003.

**Monchablon** Espinoza A., terapéutica de la esquizofrenia, alcmeon revista argentina de clínica neuropsiquiátrica, fundación argentina de clínica neuropsiquiátrica [Año XIV, vol 11, N°3, junio de 2004 on line] citado el 03 de febrero de 2012, disponible en: [ww.alcmeon.com.ar/11/43/06\\_monchablon.htm](http://ww.alcmeon.com.ar/11/43/06_monchablon.htm)

**Abbagnano** N. y Fornero G., diccionario de filosofía, 4° ed., México D.F., fondo de cultura económica, 2004.

**Garcia** J.J. enciclopediafilosófica on line [enciclopedia on line] philosophica 2011 (ISSN 20358326). Disponible en: <http://www.philosophica.info/archivo/2010/voces/bioetica/Bioetica.html> [consulta: 02 de noviembre 2011].

**CastilloMayedo** Juan A. El cuidado cultural de enfermería, necesidad y relevancia, revista Habanera de ciencias médicas, [revista en Internet]. 2008 Sep, citado el 6 de Marzo de 2012, disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729->

**MarrinerTomey** A., RaileAlligodM., modelos y teorías en enfermería, 6 ed. Elsevier, España, 2007.

**Valdez** Labastida R., Zamora Ruiz P., Jiménez Sánchez J., Hernández de la Cruz A. M., planes de cuidados de enfermería en neurología, neurocirugía y

neuropsiquiatría, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, México, 2010.

**Ley General de Salud de México.** Última reforma publicada DOF 25-01-2013. Disponible en <http://teq.mx/hfl>

**NORMA Oficial Mexicana NOM-168-SSA2-1994, del expediente clínico,** Secretaría de desarrollo social del Distrito Federal, 11-16-95; localizador de información, México, disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>; [consulta: 8 de Febrero de 2012]

**De Taylor,** CM; principios de enfermería psiquiátrica, 14°. Ed., San Luis, 1994, Mosby.

**Escuela nacional de enfermería y obstetricia,** UNAM, secretaria de salud, cruzada nacional por la calidad, código de ética para las enfermeras y enfermeros en México, localizador de información, México, disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/DOCUMENTOSCONSULTA/10.pdf>, [consulta: 7 de febrero de 2012.

**Mendiburu** Belzunegui L. bioética y psiquiatría, maestría en bioética [trabajo para optar por la maestría de BIOÉTICA], por el Instituto de Consulta y Especialización en Bioética (ICEB), 2003.

**Alberdi** Sudupe J. esquizofrenia, guías clínicas 2005; 5 (28) [en línea], citado el 12 de marzo de 2012, disponible en: [http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/Guxa\\_Clxnica\\_de\\_la\\_Esquizofrenia.\\_S.\\_de\\_Psiquiatrx\\_a\\_del\\_Hospital\\_Juan\\_Canalejo.\\_SERGAS.pdf](http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/Guxa_Clxnica_de_la_Esquizofrenia._S._de_Psiquiatrx_a_del_Hospital_Juan_Canalejo._SERGAS.pdf)

**Secretaria de Salud**, programa específico de esquizofrenia, primera edición, 2002, México [en línea], citado el 12 de diciembre de 2012, disponible en: [http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas\\_salud/salud\\_mental/guias\\_tecnicas/esquizofrenia.pdf](http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas_salud/salud_mental/guias_tecnicas/esquizofrenia.pdf).

**Ciccione L.**, bioética, historia, principios, cuestiones, colección pelicano, España, ediciones palabra, 2ª edición, 2006.

**Beauchamp T. L.** y Childress J.F., principios de ética biomédica, masson, España, 1999.

## **Anexo no. 1 Instrumento de valoración y consentimientos aplicados al profesional de enfermería**



**INSTITUTO NACIONAL DE NUEROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA**



**“MANUEL VELASCO SUÁREZ”**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONÓMA DE MÉXICO**

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Soy pasante de la licenciatura en enfermería y obstetricia de la ENEO-UNAM estoy recabando datos sobre: “los aspectos bioéticos de la atención de enfermería a enfermos esquizofrénicos” el objetivo es analizar los aspectos bioéticos de la atención de enfermería a los enfermos que padecen esquizofrenia. Solicito su autorización en este estudio.

Consiste en contestar un cuestionario referente a las actividades que usted lleva a cabo con los enfermos esquizofrénicos, el cual consta de 18 preguntas de opción múltiple, le tomara responderlo aproximadamente 5 minutos, el proceso de la información será estrictamente confidencial y su nombre no será utilizado.

Esto no implica ningún riesgo. Si tiene alguna duda sobre esta investigación se puede comunicar al área de Investigación en Enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Teléfono: 56063822 extensión 5031.

He leído el instrumento descrito arriba y de forma voluntaria doy mi consentimiento para poder participar.

\_\_\_\_\_  
Autorizo (nombre y firma)

\_\_\_\_\_  
fecha



“MANUEL VELASCO SUÁREZ”

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Le pedimos su colaboración para contestar el siguiente instrumento titulado: **“Aspectos Bioéticos de la Atención de Enfermería a Enfermos con Esquizofrenia”**. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas. Solamente son útiles para el investigador.

Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_ categoría: \_\_\_\_\_ antigüedad: \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_

**Instructivo:**

Lea cuidadosamente todas las preguntas y marque con una “X” la opción que usted elija, no omita ninguna pregunta.

Elija la respuesta que mejor describe lo que piensa usted. Solamente una opción.

1.- ¿Cuándo inicia el turno, usted se presenta con sus enfermos?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

2.- ¿Favorece la privacidad del enfermo (a) cuando, realiza intervenciones que lo expongan ante los demás?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

3.- Los enfermos de esquizofrenia presentan signos y síntomas de la enfermedad, que modifican su entorno social, ¿usted valora y respeta cada una de estas manifestaciones?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

4.- ¿Valora y jerarquiza los cuidados de enfermería, de acuerdo con las necesidades afectadas de salud del enfermo esquizofrénico?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

5.- ¿Planea los cuidados de enfermería de acuerdo a la evolución del tratamiento y necesidades del enfermo?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

6.- ¿Interviene en momentos de crisis con los enfermos; sin tener favoritismos y mediando la situación?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

7.- Las intervenciones de enfermería, ¿buscan el beneficio del enfermo, transmitir sentimientos de seguridad y confianza durante los periodos de ansiedad y/o agitación?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

8.- ¿Cuándo el enfermo presenta conductas inapropiadas, el dialogo es útil para mejorar el comportamiento y favorecer la relación enfermo-familia-equipo de salud?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

9.- Existen síntomas derivados del tratamiento farmacológico en los enfermos esquizofrénicos, que afectan principalmente su capacidad para alimentarse ¿usted contribuye para que el tratamiento y alimentación sean efectivos?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí

- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

10.- El dialogo con los enfermos, ¿les trasmite tranquilidad, seguridad y confianza?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

11.- ¿Se abstiene de realizar críticas negativas y quejas en presencia del enfermo?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

12.- Al momento de administrar medicamentos, para disminuir la ansiedad, psicosis o agitación, ¿vigila las reacciones secundarias y/o adversas de estos?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

13.- ¿Considera que la bioética, debe ser aplicada en las intervenciones que se llevan a cabo todos los días?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

14.- ¿Cuál de los siguientes enunciados contiene los cuatro principios bioéticos?

- Honradez, honestidad, respeto y puntualidad
- Autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia
- Individualidad, cordialidad, sociabilización y amabilidad

15.- ¿Cuál de los siguientes principios bioéticos, respeta la toma de decisión del enfermo, por ejemplo, para someterse a un tratamiento invasivo?

- Beneficencia
- Autonomía
- Justicia
- No maleficencia
- Respeto

16.- El deber que tiene el personal de la salud para actuar en beneficio del enfermo, ¿a qué principio se refiere?

- Beneficencia
- Autonomía
- Justicia
- No maleficencia
- Respeto

17.- ¿Qué principio bioético, obliga al profesional de enfermería, no hacer daño, en las intervenciones que lleva a cabo?

- Beneficencia
- Autonomía
- Justicia
- No maleficencia
- Respeto

18.- ¿Qué principio aplica en su quehacer profesional, al no distinguir a ningún enfermo cuando proporciona cuidados, por su status social, raza, orientación sexual y/o patología (VIH, hepatitis)?

- Beneficencia
- Autonomía
- Justicia
- No maleficencia
- Respeto

## **Anexo no.2.Instrumento y consentimiento informado aplicado a familiares de enfermos esquizofrénicos**



**INSTITUTO NACIONAL DE NUEROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA**



**“MANUEL VELASCO SUÁREZ”**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONÓMA DE MÉXICO**

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Soy pasante de la licenciatura en enfermería y obstetricia de la ENEO-UNAM estoy recabando datos sobre: “los aspectos bioéticos de la atención de enfermería a enfermos esquizofrénicos” el objetivo es analizar los aspectos bioéticos de la atención de enfermería a los enfermos que padecen esquizofrenia. Solicito su autorización en este estudio.

Consiste en contestar un cuestionario relacionado con la atención que proporcionan las enfermeras (os) hacia su familiar hospitalizado, el cual consta de 10 preguntas de opción múltiple, le tomara responderlo aproximadamente 5 minutos, el proceso de la información será estrictamente confidencial. Esto no implica ningún riesgo. Si tiene alguna duda sobre esta investigación se puede comunicar al área de Investigación en Enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Teléfono: 56063822 extensión 5031.

He leído el instrumento descrito arriba y de forma voluntaria doy mi consentimiento para poder participar.

\_\_\_\_\_  
Autorizo (nombre y firma)

\_\_\_\_\_  
fecha



“MANUEL VELASCO SUÁREZ”

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Le pedimos su colaboración para contestar el siguiente instrumento titulado:  
**“Aspectos Bioéticos de la Atención de Enfermería a Enfermos con Esquizofrenia”**. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas. Solamente son útiles para el investigador.

Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Servicio en el que se encuentra su paciente hospitalizado: \_\_\_\_\_

Instructivo: Lea cuidadosamente todas las preguntas y marque con una “X” la opción que usted elija, no omita ninguna pregunta.  
Elija la respuesta que mejor describe lo que piensa usted. Solamente una opción.

1.- ¿Considera que la atención que brinda el personal de enfermería es adecuada, para lograr una pronta recuperación de su enfermo?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

2.- ¿Considera que los cuidados proporcionados por las enfermeras (os) es el mismo hacia su enfermo y los demás que se encuentran hospitalizados?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

3.- ¿Considera que las enfermeras (os) tienen la mejor disposición para cuidar a su familiar hospitalizado?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

4.- De acuerdo con las vivencias, expresadas por su familiar hospitalizado, ¿considera que el personal de enfermería respeta las decisiones de su enfermo al proporcionarle cuidados?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

5.- ¿En alguna de sus visitas que realiza a su familiar, la enfermera(o) que proporciona cuidados a su enfermo, se ha presentado por su nombre con usted?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

6.- ¿En alguna ocasión su familiar le ha manifestado alguna queja en relacionada con la atención de enfermería?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

7.- ¿La enfermera (o) lo invita a participar en el tratamiento de su enfermo al sugerirle acciones o alternativas que pueda implementar en el hogar?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

8.- ¿Su familiar que se encuentra hospitalizado le manifiesta agradecimiento, afecto o respeto hacia su enfermera (o)?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

9.- ¿Nota usted que la enfermera (o), muestre interés o preocupación por el estado de salud de su familiar?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

10.- ¿Considera que la enfermera (o) que cuida a su familiar, está capacitada para llevar a cabo dicha labor?

- Siempre
- La mayoría de las veces sí
- Algunas veces sí, algunas veces no
- La mayoría de las veces no
- Nunca

## **Anexo no. 3**

### **LEY GENERAL DE SALUD Y NORMAS OFICIALES**

**Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984**

#### **TITULO TERCERO**

##### **CAPITULO VII**

##### **Salud Mental**

**Artículo 72.-** La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.

**Artículo 73.-** Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

- I.** El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud;
- II.** La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental;
- III.** La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia, y
- IV.** Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

**Artículo 74.-** La atención de las enfermedades mentales comprende:

- I. La atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas, y
- II. La organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales.

**Artículo 75.-** El internamiento de personas con padecimientos mentales en establecimientos destinados a tal efecto, se ajustará a principios éticos y sociales, además de los requisitos científicos y legales que determine la Secretaría de Salud y establezcan las disposiciones jurídicas aplicables.

**Artículo 76.-** La Secretaría de Salud establecerá las normas oficiales mexicanas para que se preste atención a los enfermos mentales que se encuentran en reclusorios o en otras instituciones no especializadas en salud mental.

A estos efectos, se establecerá la coordinación necesaria entre las autoridades sanitarias, judiciales, administrativas y otras, según corresponda.

**Artículo 77.-** Los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad de menores, los responsables de su guarda, las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con los mismos, procurarán la atención inmediata de los menores que presenten alteraciones de conducta que permitan suponer la existencia de enfermedades mentales.

A tal efecto, podrán obtener orientación y asesoramiento en las instituciones públicas dedicadas a la atención de enfermos mentales.

## **TITULO QUINTO**

### **Investigación para la Salud**

#### **CAPITULO UNICO**

**Artículo 96.-** La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

**Artículo 97.-** La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

**Artículo 98.-** En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

**Artículo 99.-** La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizando un inventario de la investigación en el área de salud del país.

**Artículo 100.-** La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible

contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

**II.** Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

**III.** Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

**IV.** Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

**V.** Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación;

**VI.** El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y

**VII.** Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

**Artículo 101.-** Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

**Artículo 102.-** La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente:

**I.** Solicitud por escrito;

**II.** Información básica farmacológica y preclínica del producto;

**III.** Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere;

**IV.** Protocolo de investigación, y

V. Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma.

**Artículo 103.-** En el tratamiento de una persona enferma, el médico, podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su título segundo y capítulo I, proporciona información sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, brinda un amplio referente sobre los aspectos bioéticos que se deben considerar en toda investigación.

## **REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.**

### **TITULO SEGUNDO**

#### **De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos**

##### **CAPITULO I**

###### Disposiciones Comunes

**ARTÍCULO 13.-**En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

**ARTICULO 14.-** La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;
- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

**ARTICULO 15.-** Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

**ARTÍCULO 16.-** En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

**ARTÍCULO 17.-** Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de

administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

**ARTÍCULO 18.-** El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

**ARTÍCULO 19.-** Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

**ARTÍCULO 20.-** Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

**ARTÍCULO 21.-** para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representantes legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y
- XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

**ARTÍCULO 22.-** El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

**ARTICULO 23.-** En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

**ARTICULO 24.-** Si existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del sujeto de investigación hacia el investigador, que le impida otorgar libremente su consentimiento, éste debe ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación, completamente independiente de la relación investigador-sujeto.

**ARTICULO 25.-** Cuando sea necesario determinar la capacidad mental de un individuo para otorgar su consentimiento, el investigador principal deberá evaluar su capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica, de acuerdo a los parámetros aprobados por la Comisión de Ética.

**ARTICULO 26.-** Cuando se presuma que la capacidad mental de un sujeto hubiere variado en el tiempo, el consentimiento informado de éste o, en su caso,

de su representante legal, deberá ser avalado por un grupo de profesionistas de reconocida capacidad científica y moral en los campos específicos de la investigación así como de un observador que no tenga relación con la investigación, para asegurar la idoneidad del mecanismo de obtención del consentimiento, así como su validez durante el curso de la investigación.

**ARTICULO 27.-** Cuando un enfermo psiquiátrico esta internado en una institución por ser sujeto de interdicción, además de cumplir con lo señalado en los artículos anteriores será necesario obtener la aprobación previa de la autoridad que conozca del caso.

### **Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.**

El Programa de Reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes.

Destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de la presente Norma Oficial Mexicana se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico a través de la cual los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

**Objetivo:** Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.

**Campo de aplicación:** La presente Norma Oficial Mexicana es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, en los términos previstos en la misma.

### **NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica<sup>38</sup>**

Los esquemas de atención médica para el tratamiento de personas que padecen enfermedad mental, experimentan cambios continuos en función del desarrollo acelerado de la ciencia, de la mejor comprensión de los múltiples factores que

---

<sup>38</sup>Secretaría de desarrollo social del Distrito Federal, 11-16-95 NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica; localizador de información, México, disponible en:[http://www.sds.df.gob.mx/archivo/legislacion/normas/norma\\_salud.pdf](http://www.sds.df.gob.mx/archivo/legislacion/normas/norma_salud.pdf), [consulta: 8 de Febrero de 2012]

intervienen en el origen y evolución de la enfermedad mental, así como de los recursos terapéuticos, físicos, humanos y financieros para su atención.

Una característica fundamental de este cambio, es la tendencia hacia la reinserción social de la persona enferma al medio al que pertenece, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de la implementación de programas extra hospitalarios y comunitarios tales como hospitales de día, servicios de consulta externa, centros de día, casas de medio camino, talleres protegidos, entre otros, con especial énfasis en la prevención, desde una perspectiva integral que considera la complejidad de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades mentales. Para fortalecer esta tendencia es indispensable continuar el proceso modernizador de la organización y funcionamiento de los servicios de salud, que permita superar los rezagos aún prevalecientes.

La entrada en vigor de la presente Norma, deberá considerar que, tanto por el monto de la inversión requerida, como por el número de recursos humanos necesarios y su capacitación, su cabal cumplimiento deberá atender a la determinación de los plazos pertinentes para el desarrollo de los servicios, tomando en cuenta la condición específica de cada Entidad Federativa. Sin embargo existe la urgente necesidad de que a la mayor brevedad posible la vigencia de la presente Norma Oficial Mexicana opere en plenitud.

**Objetivo:** Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto uniformar criterios de operación, actividades, actitudes del personal de las Unidades que prestan servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual se proporcionará en forma continua e integral, con calidad y calidez.

**Campo de aplicación:** Esta Norma Oficial Mexicana es de aplicación obligatoria en todas las Unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica para enfermos agudamente perturbados y otros de estancia prolongada, de los sectores público, social y privado del país que conforman el Sistema Nacional de Salud.

## **Anexo no. 4**

### **DECLARACIÓN DE HELSINKI**

Este documento fue aprobado en 1964 en la Asamblea Médica Mundial de Helsinki, Finlandia y actualizado en 1975 en la Asamblea Médica Mundial de Tokyo, Japón.

Los principios básicos que lo conforman son los siguientes:

1. La investigación biomédica que involucra seres humanos debe sujetarse a los principios científicos generalmente aceptados y deberá estar basada en experimentaciones adecuadas de laboratorio y animales, así como en el conocimiento de la literatura científica.
2. El diseño y ejecución de cada procedimiento y experimental que involucre seres humanos deberá estar claramente formulado en un protocolo experimental, el cual será enviado a un comité independiente para su consideración, comentarios y guía.
3. La investigación que involucre seres humanos debe ser conducida sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínico competente. La responsabilidad para los sujetos humanos debe siempre descansar sobre una persona médicamente calificada y no en el sujeto de experimentación, aun cuando éste haya dado su consentimiento.
4. Todo proyecto de investigación biomédica que involucre seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa evaluación de los riesgos predecibles en comparación con los posibles beneficios para el sujeto o para otros seres humanos.
5. Se debe respetar el derecho de cada sujeto a salvaguardar su integridad. Deben tomarse todas las precauciones para respetar la vida privada y para minimizar el impacto del estudio en la integridad física y mental y en la personalidad de sujeto.

6. En cualquier estudio con seres humanos, cada sujeto potencial debe ser informado de los objetivos, métodos, beneficios anticipados, peligros potenciales y molestias que el estudio puede provocar. El individuo debe conocer la libertad que tiene para abstenerse de participar en el experimento o retirarse del mismo si lo desea. Se debe obtener el consentimiento informado, de ser posible por escrito.
7. Los médicos deben abstenerse de realizar proyectos de investigación en seres humanos, a menos que tengan la certeza que los riesgos inherentes son predecibles. Deben así mismo interrumpir todo experimento si los riesgos son mayores que los posibles beneficios.
8. Al publicar los resultados de la investigación, el médico tiene la obligación de mantener la exactitud de los resultados. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración, no deben ser aceptados para su publicación.
9. Toda investigación en seres humanos debe ser precedida de la información adecuada a cada voluntario de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que pueda implicar el experimento. El individuo debe saber que tiene la libertad de no participar en el experimento y que tiene el privilegio de anular en cualquier momento su consentimiento. El médico debe entonces obtener el consentimiento informado voluntario del individuo, preferiblemente por escrito.
10. Al obtener el consentimiento informado del individuo para el proyecto de investigación, el médico debe observar atentamente si el individuo se ha formado una relación de dependencia hacia él o si el consentimiento puede ser forzado. En tal caso, el consentimiento informado debe obtenerse por un médico que no participa en la investigación y que es completamente independiente de dicha relación oficial.
11. El consentimiento informado debe obtenerse del tutor legal en caso de incapacidad legal y de un pariente responsable, en caso de incapacidad física o mental, o cuando el individuo es menor de edad, según las disposiciones nacionales en cada caso.

Cuando el menor de edad puede en efecto dar su consentimiento, éste debe obtenerse además del consentimiento de su tutor legal.

12. El protocolo de investigación siempre debe contener una mención de las consideraciones éticas del caso y debe indicar que se ha cumplido con los principios enunciados en ésta Declaración.

## **Anexo no. 5Glosario**

**Abulia:** Se manifiesta como una falta de voluntad, energía, o de disminución notable de energía

**Afecto aplanado:** Ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva.

**Afecto embotado:** Reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional.

**Afecto Inapropiado:** Discordancia entre la expresión afectiva y el contenido del habla o ideación.

**Afecto lábil:** Variabilidad anormal en el afecto, con cambios repetidos, rápidos y bruscos de la expresión afectiva.

**Agitación psicomotora:** Excesiva actividad motora asociada a una sensación de tensión interna. Habitualmente, la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos, manosear los vestidos e incapacidad para permanecer sentado.

**Alogia:** Empobrecimiento del pensamiento que se infiere de la observación del lenguaje y el comportamiento verbal. Pueden observarse réplicas breves y completas a las preguntas formuladas, así como restricción de la cantidad del habla espontánea (pobreza del habla).

**Alucinación:** Percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real, pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado.

**Amnesia:** Pérdida de memoria. Hay dos tipos de amnesia: Anterógrada. Pérdida de memoria relativa a hechos que ocurrieron tras la acción de agente etiológico.

**Ansiedad:** Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo.

**Ataxia:** Pérdida parcial o completa de la coordinación del movimiento muscular voluntario.

**Atención:** Capacidad para centrarse de manera persistente en un estímulo o actividad concretos. Un trastorno de la atención puede manifestarse por distraibilidad fácil o por dificultad para realizar tareas o concentrarse en el trabajo.

**Autonomía:** hace referencia al deber de respetar la capacidad de toma de decisiones del individuo, permitiendo que tomen decisiones razonadas e informadas.

**Beneficencia:** se refiere al deber que tienen el personal médico y las estructuras sanitarias de actuar siempre en beneficio del paciente

**Bioética:** Un médico oncólogo, en 1970, Van Rensselaer Potter, acuñó el término “bioética”. Y la describió como la ciencia de la supervivencia, con la finalidad principal de promover la calidad de la vida. Una definición sencilla que miraba esta nascente disciplina como el conjunto de análisis desde la ética hacia la ciencia. Una ciencia que busca cómo usar el conocimiento. Para la supervivencia del hombre en el cosmos.

**Catalepsia:** mantenimiento rígido de una posición corporal durante un período prolongado de tiempo.

**Comportamiento catatónico:** Importantes anormalidades motoras que incluyen inmovilidad motora (esto es, catalepsia o estupor), ciertos tipos de actividad motora excesiva (agitación aparentemente no intencionada ni influida por estímulos externos), negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a seguir instrucciones o a los intentos de ser movilizado) o mutismo, ciertas posturas o movimientos estereotipados y ecolalia o ecopraxia.

**Cuidado:** Heidegger declara, en efecto el cuidado es el ser de la existencia, tal cuidado debe ser entendido, ante todo en un sentido existencial, la cura debe poseer al hombre mientras viva, ya que el bien del hombre se realiza en la cura; el cuidado no puede reducirse a un impulso –a un impulso de vivir-, a un querer y, en general a una vivencia, el cuidado que es ontológicamente anterior a ellas.

**Cuidado de enfermería:** Asistencia de enfermería dirigida a mejorar la salud potencial de una familia o de cualquiera de sus miembros.

**Cultura:** se considera como el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o un grupo social.

**Desorientación:** Confusión acerca de la hora del día, la fecha o la estación (temporal), acerca de donde se encuentra uno (lugar) o de quién es (persona).

**Despersonalización:** Alteración de la percepción o experiencia de uno mismo, de modo que uno se siente separado del propio cuerpo o de los propios procesos mentales, como si se tratara de un observador exterior (p. ej., sintiéndose como si uno estuviera soñando).

**Desrealización:** Alteración de la percepción o experiencia del mundo externo de manera que éste parece extraño e irreal (p. ej., las personas pueden parecer desconocidas o mecánicas).

**Disartria:** Articulación imperfecta del habla debido a alteraciones del control muscular.

**Discinesia:** Distorsión de movimientos voluntarios con actividad muscular involuntaria.

**Disociación:** Alteración de las funciones normalmente integradas de conciencia, memoria, identidad, o percepción del ambiente. El trastorno puede ser repentino o gradual, transitorio o crónico.

**Distonía:** Alteración del tono muscular.

**Distraibilidad:** Incapacidad para mantener la atención, esto es, el pase de un área o tema a otro, con una provocación mínima, o fijación excesiva de la atención en estímulos externos poco importantes o irrelevantes.

**Disfórico:** Estado de ánimo desagradable, tal como tristeza, ansiedad o irritabilidad.

**Ecolalia:** Repetición (eco) patológica, propia de un loro y aparentemente sin sentido de una palabra o frase acabada de emitir por otra persona.

**Ecopraxia:** Repetición por imitación de los movimientos de otra persona. La acción no es voluntaria y tiene un carácter semiautomático e incontrolable.

**Estado de ánimo:** Emoción generalizada y persistente que colorea la percepción del mundo.

**Elevado:** Sentimiento exagerado de bienestar, euforia o alegría. Una persona con estado de ánimo elevado puede decir que se siente arriba, en éxtasis, en la cima del mundo o por las nubes.

**Eutímico:** Estado de ánimo dentro de la gama «normal», que implica la ausencia de ánimo deprimido o elevado.

**Expansivo:** Ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos, a menudo con sobrevaloración del significado o importancia propios.

**Estado intersexual:** Estado en el que un individuo manifiesta mezcladamente, y en distintos grados, características de cada sexo, incluyendo formas físicas, órganos reproductivos y comportamiento sexual.

**Estrés:** Alteración física y psíquica de un individuo por exigir a su cuerpo un rendimiento superior al normal. Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.

**Enfermedad:** mientras la filosofía siempre se ha interesado en el mal en general y en el físico en particular, no se puede decir otro tanto de la enfermedad. Hoy en día la cosa está cambiando gracias a la bioética, que lleva a la filosofía a medirse en cuestiones terapéuticas y con la muerte. Empero, antes de ahora en el plano de la ética de la vida, la enfermedad encontró en la filosofía hermenéutica una atención particular: de Heidegger a Gadamer a Habermas se ha evidenciado que la enfermedad, debe considerarse desde el punto de vista médico, y también del existencial: por ello impone un concepto biológico no productivista de la salud, sino de la enfermedad como expresión significativa de la vicisitud existencial del hombre. Por lo tanto en lo tocante a cuestiones filosóficas, la enfermedad suscita interrogantes en el, plano antropológico y ético y constituye uno de los argumentos más debatidos de la filosofía de la medicina.

**Enfermo:** Individuo que se considera enfermo, o cuando al ser examinado por el médico se diagnostica que está enfermo.

**Enfermero (a):** persona que es el responsable de brindar cuidados profesionales, asiste en la promoción, conservación y restablecimiento de la salud de los individuos, familias y comunidades en una amplia variedad de entornos.

Este se socializa en una imagen profesional al incrementar la conciencia que tiene de sí mismo y al fomentar el respeto hacia sus capacidades como enfermero.

**Enfermería:** Es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación, promoción o restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos.

**Esquizofrenia:** Según el DSM IV, es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico).

**Esquizofrenia catatónica:** Predomina el trastorno del movimiento o movimientos motores. Los expertos hablan de "estupor catatónico".

**Esquizofrenia desorganizada o hebefrenica:** Predomina un afecto absurdo, no apropiado (se suelen reír cuando se les da una mala noticia, las conductas suelen ser infantiles, el estado de humor es absurdo, existe desinhibición en los sentimientos).

**Esquizofrenia paranoide:** Se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo auditivas. Los delirios y las alucinaciones a veces constituyen una unidad.

**Esquizofrenia residual:** En estos casos debe haber habido, por lo menos, un episodio de esquizofrenia anteriormente, pero en el momento actual no hay síntomas psicóticos.

**Ética:** En general, la ciencia del de la conducta. Existen dos concepciones fundamentales de esta ciencia a saber: a) la que la considera como ciencia del fin al que debe dirigirse la conducta de los hombres y de los medios para lograr tal fin y deducir, tanto el fin como los medios de la naturaleza del hombre; b) la que considera como la ciencia del impulso de la conducta humana e intenta determinarlo con vistas a dirigir o disciplinar la conducta misma.

**Fobia:** Miedo persistente e irracional hacia un objeto, situación o actividad específicos (el estímulo fóbico), que da lugar a un deseo incoercible de evitarlo. Esto suele conducir a evitar el estímulo fóbico o a afrontarlo con terror.

**Fuga de ideas:** Un flujo casi continuo de habla acelerada, con cambios temáticos bruscos, que habitualmente se basan en asociaciones comprensibles, estímulos que distraen la atención o juegos de palabras. Cuando es grave, el habla puede ser incoherente y desorganizada.

**Idea delirante:** Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario.

**Ideas de referencia:** Sensación de que ciertos incidentes causales o que determinados acontecimientos externos tienen un significado particular y desusado que es específico para cada sujeto.

**Incoherencia:** Lenguaje o pensamiento que resulta esencialmente incomprensible a los demás porque las palabras o las frases se unen sin una conexión lógica o significativa. La irregularidad ocurre dentro de las oraciones, a diferencia del descarrilamiento o dispersión, en el que la alteración se produce entre las oraciones

**Intervenciones de enfermería:** en 1992 se publicó la primera edición de la denominada clasificación de intervenciones de enfermería, elaborada por un equipo de enfermeras de la universidad de Iowa como un intento de normalizar el lenguaje que describía las actuaciones de las enfermeras (os). El proyecto denominado NIC (nursinginterventionsclassification), de tal manera que se identifican las intervenciones enfermeras que constituyen una opción de tratamiento ante un determinado diagnóstico

**Iusnaturalismo:** La doctrina del iusnaturalismo es la clave filosófica para entender el liberalismo político y económico. Según esta doctrina el ser humano tiene unos derechos pre-estatales, es decir, anteriores a la formación de cualquier comunidad política, los cuales deben ser respetados por el Estado y no pueden ser violados.

**Irritable:** Fácilmente enojado y susceptible a la cólera.

**Justicia:** indica que se tienen que distribuir los riesgos, daños, beneficios y costos en un modo equitativo; infiere que no se puede tratar a pacientes que estén en situaciones semejantes de modos distintos.

**Metaparadigma:** Desde el punto de vista general de lo que supone la investigación para una disciplina a la hora de definirla como tal, la disciplina enfermera tiene la necesidad de determinar los fenómenos objeto de investigación que significan su razón de ser y existir. Esos fenómenos que conforman el denominado metaparadigma de enfermería son: la persona, el entorno, la salud y el cuidado, teniendo en cuenta que en España, en lugar del concepto de cuidado, frecuentemente encontramos el de rol profesional de enfermería.

**No maleficencia:** apunta al deber de evitar causar daño al paciente, el daño que pueda producir un tratamiento tiene que ser proporcionado y menor que el beneficio que produce.

**Normas éticas profesionales:** Conjunto de normas éticas entendidas como los principios de orden moral que deben guiar la actuación de todo profesional.

**Pensamiento mágico:** Creencia errónea de que los propios pensamientos, palabras o actos causarán o evitarán un hecho concreto de un modo que desafía las leyes de causa y efecto comúnmente aceptadas

**Personalidad:** Patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los rasgos de personalidad son aspectos prominentes de la personalidad que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes

**Pródromo:** Signo o síntoma premonitorio o anticipado de un trastorno.

**Psicótico:** Este término ha recibido históricamente numerosas definiciones diferentes, ninguna de las cuales ha conseguido ser aceptada universalmente. La definición más estricta de psicótico se limita a ideas delirantes o alucinaciones prominentes, en ausencia de conciencia acerca de su naturaleza patológica.

**Paciente psiquiátrico:** Persona que cursa con alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida; el cual amerita la necesidad de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar su estado de salud y

asegurar la autonomía y la adaptación del individuo a las condiciones de su existencia

**Proceso de atención de Enfermería:** Se lleva a cabo gracias a la relación de colaboración existente entre el enfermero (a) profesional y el usuario, que incluye diferentes manifestaciones de comunicación interpersonal, entre ellos, con otras personas importantes para el usuario y con quienes forman parte del sistema de servicios de salud. Este modo de actuación, avizoramos, contribuirá al reconocimiento y consolidación de la enfermería como disciplina científica ya que a través de este se podrán validar teorías y filosofías en función de los sistemas de cuidados.

**Principios bioéticos:** Las propuestas que llegaban desde bioeticistas pioneros en Estados Unidos, hacia 1978 como T. L. Beauchamp y J. F. Childress, trataban de dar una orientación normativa a los desafíos que la tecnología ponía a la naciente bioética. Estos autores proponían los “cuatro principios”: autonomía, beneficencia, no maleficencia, y justicia (Beauchamp-Childress 1978).

**Terapia electro-convulsiva (TEC):** también conocida como electroconvulsoterapia o terapia por electroshock, es un tratamiento psiquiátrico en el cual se inducen convulsiones utilizando la electricidad.