



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/188d.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Visión epistemológica de la Enfermedad Renal Crónica
<i>Autores</i>	Ma. Gloria Vega Argote, ^{1,2} Luxana Reynaga Ornelas, ¹⁻³ María Aurora Montañez Frausto, ^{1,2} Norma Lilia Aguilera Elizarraraz, ² Sulima del Carmen García Falconi ⁴
<i>Centro/institución</i>	(1) Doctorado en Ciencias de Enfermería, Campus Celaya-Salvatierra. (2) Departamento de Enfermería, Campus Irapuato-Salamanca, Universidad de Guanajuato. (3) Departamento de Enfermería, Campus León, Universidad de Guanajuato. (4) Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Autónoma de Querétaro
<i>Ciudad/país</i>	(1) Celaya (Guanajuato), México. (2) Salamanca (Guanajuato), México. (3) León (Guanajuato), México. (4) Santiago de Querétaro, México
<i>Dirección e-mail</i>	Gloria-vega-argote@hotmail.com

RESUMEN

Con este texto se busca explorar las bases epistemológicas que subyacen a las visiones médicas sobre las relaciones salud/enfermedad y médico/paciente. En primer lugar, se exponen las perspectivas sobre el conocimiento que más han influido en las llamadas Ciencias de la Salud; en segundo, se presenta una propuesta para explicar, comprender e investigar el mundo de la vida de las personas que padecen la Enfermedad Renal Crónica (ERC), sustentada en la idea de Watson según la cual el cuidado tiene como eje fundamental la interdependencia entre el paciente y el cuidador, donde entre ambos existe una reciprocidad al compartir experiencias vitales. En consecuencia, el profesional de la Enfermería no es un ser frío ni aislado sino alguien que se compromete con el paciente que es el sujeto de cuidado.

Palabras clave: Epistemología/ Cuidado/ Enfermedad renal crónica.

ABSTRACT

This paper explores the epistemological basis underlying the medical vision of health/illness and physician/patient relationships. From the beginning, it discusses the knowledge's perspectives that have mostly influenced health sciences. Subsequently a proposal is presented in order to explain, understand and inquire about the life's world of the persons with Chronic Kidney Disease (ERC), based in Watson's idea of health care as a fundamental interdependence between patient/caregiver, where there is a reciprocity when sharing vital experiences. Consequently, the professional nurse is no longer considered as an isolated being but someone who is committed to the patient as the subject of care.

Key-words: Epistemology/ Nursing care/ Chronic kidney disease.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Este trabajo se aboca a dar cuenta de las bases epistemológicas que han sustentado los saberes y las prácticas de las Ciencias de la Salud. Se presentan, en primer término, los enfoques sobre el conocimiento que han tenido mucha influencia, a lo largo de la historia, en las disciplinas relacionadas con la dupla médico/paciente; en segundo, se plantea un enfoque humanista que contribuye a analizar la vivencia de los personas que sufren la ERC y a comprender su propia experiencia y de las personas que les rodean, las cuales invariablemente se ven afectadas por la enfermedad. De esta manera, tal enfoque debe generar un mejor diagnóstico de enfermería y un cuidado óptimo.

Perspectivas epistemológicas y Ciencias de la Salud

Las ideas y las prácticas en las Ciencias de la Salud que actualmente se discuten, han sido afectadas por los grandes debates filosóficos suscitados a lo largo de la historia de la civilización. Las grandes preguntas sobre cómo se produce el conocimiento y el para qué del mismo se han generado en la Grecia Antigua. Efectivamente, la visión epistemológica se remonta a las ideas de los filósofos como Sócrates, Heráclito y Parménides; Heráclito sugirió la igualdad de ‘verdadero’ y ‘profundo’, y abrió así el camino a la hermenéutica psicológica, una visión de todas las cosas desde el alma¹; pero fue Platón quien redefinió y sintetizó el pensamiento cognoscitivo de su época con la “Teoría de la ideas.” En ella, Platón divide y jerarquiza la realidad en el “mundo sensible” o visible, donde reinan los sentidos y en el “mundo de la ideas”, de mayor importancia y transcendencia que el anterior por aportar verdadero conocimiento².

Según Platón la idea representa la verdad absoluta (mundo de las ideas), la cual nos llevará al conocimiento, a la ciencia y posteriormente a la dialéctica que deriva en sabiduría. En cambio, lo perceptible por los sentidos (mundo sensible) sólo ayuda a tener conjeturas, creencias y opiniones simples basadas en imágenes y objetos. Con su “Teoría de la Anamnesis” o reminiscencia, Platón complementa este enfoque afirmando que las almas preexisten en el “mundo de las ideas” y caen en el “mundo sensible” como castigo por faltas en sus vidas pasadas. Por tal motivo, para Platón “conocer es recordar” y es así como la búsqueda de la verdad, a través del conocimiento, se convierte en un proceso de introspección personal para el cual la educación solo puede prepararnos³.

En esta teoría platónica encontramos las bases de la filosofía cartesiana. Descartes distingue tres sustancias esenciales: la sustancia pensante (alma) la sustancia extensa (cuerpo) y la sustancia infinita (Dios). Para Descartes cada quien se descubre como ser pensante a través de la introspección y la generación de ideas. Posteriormente, entre estas ideas, se descubre la idea de Dios, la cual nos remite a nuestra propia existencia y justifica, a su vez, la existencia del mundo exterior. Descartes también considera la idea como esencia del conocimiento, la cual lleva al pensamiento. Este se traduce como cualquier fenómeno psíquico en general, es decir, cualquier vivencia posible¹.

Descartes clasificó las ideas en tres grupos: las “ideas adventicias”, que son creadas por la realidad externa; “las ideas ficticias”, las cuales creamos en el alma por medio de la imaginación; las “ideas Innatas”, las cuales residen en el alma sin influencia de la

realidad externa, ni son producto de nuestra imaginación⁴. Estas últimas serían rechazadas posteriormente por John Locke en su *Ensayo sobre el Entendimiento Humano*.

John Locke partió de la filosofía cartesiana para comprender el origen y el alcance del conocimiento humano, pero su verdadera inspiración provino de Boyle y Sydenham⁵. Fue precisamente la obra de Thomas Sydenham (*Methodus Curandi Febres*) la que definió el enfoque epistemológico de Locke. El método de Sydenham fue un intento de determinar las especies de enfermedades en función de su "historia" (enfoque Baconiano), es decir, analizar los síntomas sin alguna idea preconcebida, confiando solo en la experiencia que brinda la progresión de dicha enfermedad. Para Sydenham cualquier hipótesis formulada *a priori* sobre la enfermedad, es pura ficción; ya que la enfermedad es un proceso ordenado, mediante el cual la naturaleza busca restablecer el equilibrio o normalidad en el funcionamiento del cuerpo.

Es así como Locke rechaza los principios fundamentales de los sistemas filosóficos que constituían la medicina antigua, para sustituirlos por el análisis de los datos recabados a través de la experiencia pura. Para Locke, las ideas innatas expuestas por Descartes no existen, ya que es imposible desconocer algo que ya está "impreso" en nuestra mente. Esto significa que si existe un conocimiento preconcebido o "impreso" previamente en nuestra mente y alma, entonces se nacería conociendo y dicho conocimiento sería evidente desde la infancia. Retomando la filosofía platónica, Locke explica que las ideas se originan de dos fuentes: la sensación y la reflexión. La sensación es la respuesta obtenida por el contacto con el mundo exterior a través de los sentidos, es decir, la experiencia externa. Asimismo, después de obtener esta experiencia externa se dispara el proceso intrínseco de la reflexión, del cual obtendremos una experiencia interna. Ambos procesos generan ideas simples, las cuales al encadenarse formarán ideas más complejas de forma infinita. Por lo tanto, las ideas complejas no son productos directos de la sensación o de la reflexión, ya que se forman dentro de la mente humana⁵.

Posteriormente, Isaac Newton reforzaría el enfoque empírico de Locke y Sydenham, afirmando que cualquier fenómeno natural puede analizarse a través de la experiencia y ser traducido a fórmulas precisas que faciliten la observación y seguimiento de dicho fenómeno. Newton también formuló la "Ley de Atracción Universal", la cual influenciaría posteriormente a humanistas como David Hume⁶.

Fue precisamente Hume, quién continuó el trabajo de Locke. Según Hume, todos nuestros estados de conciencia son impresiones o ideas. Este concepto de "impresiones" sustituye a las sensaciones y reflexiones de Locke. Hume explica que las impresiones son mecanismos originados por el conocimiento, a través de los cuales somos capaces de reconocer las cualidades de los objetos del mundo exterior (impresiones de sensación) o nuestros estados de conciencia (impresiones de reflexión).⁷

Para Hume, las ideas son residuos de las impresiones, una vez que estas han desaparecido. La distinción entre ambas es que las impresiones son vívidas, frescas y fuertes; mientras que las ideas son remanentes débiles de aquellas vivencias que quedan grabadas en la mente humana. Este enfoque fue bautizado como psicologismo fenomenista, el cual refuerza la idea de que sin experiencia no hay conocimiento, enunciada por Locke.

Según Hume las ideas no existen de forma aislada en nuestra mente. Su comportamiento es similar al de un átomo, ya que se enlazan unas con otras dentro de la conciencia. Trasladando las ideas de Newton al contexto psíquico, Hume formula la Ley de la Causa y el Efecto, en la cual declara que: “La fuerza de asociación de las ideas y su solidez depende y es proporcional a la distancia o proximidad que haya entre tales ideas asociadas.” Con esta Ley Hume intenta explicar cómo funciona nuestra red cognoscitiva, por lo cual a este enfoque se le ha llamado fisicalismo psicológico de Hume⁷.

La formulación de teorías basadas en ideas llevó a muchos autores que compartían esta visión a enfocar sus estudios hacia el ser y su relación con el conocimiento. Uno de ellos fue Martin Heidegger quien, en la *Carta sobre el Humanismo*, retoma la búsqueda interna del individuo, iniciada por los filósofos griegos; más específicamente del “ser”, afirmando que: “*lo que ante todo «es» es el ser. El pensar lleva a cabo la relación del ser con la esencia del hombre. No hace ni produce esta relación. El pensar se limita a ofrecérsela al ser como aquello que a él mismo le ha sido dado por el ser. Este ofrecer consiste en que en pensar el ser llega al lenguaje. El lenguaje es la casa del ser. En su morada habita el hombre.*” Lo anterior armoniza con el objetivo del conocimiento según Platón, el diálogo (la dialéctica) a través del lenguaje⁸.

Heidegger considera que la sociedad moderna, con su actitud elemental y manipuladora, terminó por privar de todo sentido al ser y a la vida humana, un estado que llamaba “nihilismo”.

Dicho enfoque nihilista es evidente en la Enfermería actual, la cual adolece de una marcada “deshumanización”, por parte de los investigadores, profesionales al estudiar y confrontar la enfermedad sin considerar o demeritar el espectro emocional y el contexto social [específicamente la influencia en el núcleo familiar] del paciente. Esta forma de pensar y actuar ha existido desde la constitución de las instituciones hospitalarias, donde el enfermo siempre ha sido considerado un mero “objeto de estudio” científico – biológico, reduciendo así la importancia en su ser individual e integridad⁹.

Estamos ya muy lejos de las ideas de Fechner, quien buscaba crear una ciencia exacta de la relación cuerpo y mente, reduciendo a números la experiencia y el estudio de los pacientes¹⁰.

La llamada “deshumanización de la medicina” ha sido criticada por varios autores como Dethlefsen y Dahlke, quienes afirman que cualquier enfermedad se origina en la conciencia; por ende, el cuerpo es sólo un vehículo que refleja los cambios intrínsecos en la conciencia de un individuo en forma de síntomas: Lo que ocurre en el cuerpo de un ser viviente es expresión de una información o concreción de una idea específica. Cuando el pulso y el corazón siguen un ritmo determinado, la temperatura corporal mantiene un nivel constante, las glándulas segregan hormonas y en el organismo se forman anticuerpos. Estas funciones no pueden explicarse por la materia en sí, sino que dependen de una información concreta, cuyo punto de partida es la conciencia. Cuando las distintas funciones corporales se conjugan de un modo determinado se produce un modelo que nos parece armonioso y por ello lo llamamos salud. Si una de las funciones se perturba, la armonía del conjunto se rompe y entonces hablamos de enfermedad.

Dethlefsen y Dahlke retomaron el trabajo de Sydenham, considerando a la salud como un estado de armonía entre cuerpo alma y mente, siendo así el síntoma un indicador de la pérdida de este equilibrio en el individuo. Ambos definieron el objetivo de la medicina actual como la eliminación de la dependencia en el estudio de la causalidad, ya que las enfermedades siempre tenderán a buscar nuevas causas para manifestarse. Para ellos el profesional de la salud debe interpretar el síntoma únicamente en su manifestación cualitativa y subjetiva. “Para reconocer una sustancia sólo importa que algo es y cómo es, no por qué es”¹¹.

Este enfoque alejado del estudio técnico tradicional también fue criticado por Merhy, quien añade que las instituciones hospitalarias actuales deben constituir un núcleo de cuidado humanista centrado en el paciente y no en los procedimientos¹².

Según Gutiérrez, los profesionales de la enfermería moderna obtienen satisfacción únicamente a través de la aplicación del diagnóstico y tratamiento técnico basado en la perspectiva analítica de los procesos biológicos y fisiopatológicos de la enfermedad; ya que consideran este conocimiento de mayor valor que la experiencia sensible obtenida del cuidado del paciente¹³.

Para Watson, la esencia de la Enfermería es el cuidado, el cual no es un proceso frío y aislado, ya que debe existir una relación de interdependencia entre el paciente y el cuidador, donde premie la reciprocidad al compartir experiencias y sensaciones. Lo anterior con el objetivo de lograr una armonía subjetiva en la mente, cuerpo y alma del paciente. Por lo tanto, el profesional en Enfermería no es sólo un científico clínico, es más un ser humanitario y moralista cuya intervención es esencial para la restauración de la salud física y mental¹⁴.

EL “mundo de las ideas”, la conciencia, la moral y la introspección son conceptos clave que llevarán hacia una mejor y mayor comprensión de la enfermedad, dejando a un lado nociones comunes basadas en lo “somático” y “psicosomático” que encasillen al investigador y al paciente en un marco netamente científico. Para poder comprender en realidad al paciente y a la enfermedad, el profesional de Enfermería debe ir más allá de los preceptos médicos tradicionales, tomando como estandarte el empirismo humanista.

La propuesta es considerar dicha corriente en el análisis e interacción de los pacientes para conocer su propia experiencia y la de las personas que lo rodean; las cuales, invariablemente, se ven afectadas por su enfermedad. Si el investigador profesional de Enfermería considera primero el aspecto empírico y personal de los actores afectados por la enfermedad, entonces tendrá acceso a invaluable información que generalmente escapa al ojo clínico tradicional; generando así una nueva experiencia que derive en un mejor diagnóstico y un cuidado óptimo del paciente.

Esta perspectiva se basa en las teorías del empirismo y la filosofía racionalista propuestos por humanistas como Locke y Hume; las cuales, consideramos como básicas al determinar una metodología ideal para abordar el cuidado del paciente que padezca cualquier enfermedad, principalmente las de tipo crónico- degenerativo como la Diabetes Mellitus (DMT2) y la Enfermedad Renal Crónica (ERC).

La comprensión de la ERC desde el punto de vista de quienes la padecen

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), representa uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI a nivel mundial. Tan solo en México, más de 40,000 personas están en tratamiento renal sustitutivo (diálisis o trasplante) debido a esta enfermedad. Es alarmante considerar que el número de mexicanos afectados podría aumentar a 80.000 en los próximos diez años debido al envejecimiento progresivo de la población y al aumento en la prevalencia de otros procesos crónicos como la diabetes mellitus (DMT2), que puede llegar a causar Enfermedad renal crónica¹⁵.

En los últimos años la DMT2 ha sido objeto de investigaciones encaminadas a conocer otras dimensiones del problema, más allá de los factores asociados con el incremento de los casos y las complicaciones. De manera más específica, han aparecido algunas investigaciones que tratan de conocer la relación entre el apoyo familiar y el control de la enfermedad, algunas encaminadas a evaluar el sostén familiar que reciben los enfermos de diabetes.¹⁶ Otros estudios valoran la perspectiva de la familia en torno al enfermo de diabetes y exploran el significado del cuidado y los elementos implicados en la atención a los enfermos crónicos por parte de los familiares¹⁶.

Muchos de los estudios realizados en torno al tema del apoyo familiar dan cuenta de las perspectivas de los actores sean enfermos o familiares, pero en forma aislada.

Consideramos que la experiencia del padecimiento no queda limitada a la persona enferma. Ésta se extiende a su red social más cercana que es la familia. Si se asume que la familia es un sistema, queda claro que la experiencia de cada uno de sus miembros afecta al núcleo familiar y, a su vez, este afecta a cada uno de sus integrantes. La influencia de esta experiencia es entonces multilateral, cuya afectación es relativa exclusivamente a la vivencia personal de cada uno de los involucrados, es decir, se origina de factores exteriores y tiene repercusiones intrínsecas y reflexivas, tanto en el paciente como en aquellos cercanos a este. Tanto la influencia como la experiencia misma son no medibles ni cuantificables¹⁷.

La familia comparte experiencias de un padecimiento crónico el cual es fuente de conflictos y desequilibrios al generar un clima de tensión, preocupación e incertidumbre por la presencia de los signos y síntomas y sus repercusiones en las actividades del enfermo, por las necesidades de cambiar patrones de conducta, por el temor a las complicaciones que vendrán, por el incremento de los gastos y la reducción de ingresos más aún cuando el principal proveedor de recursos es la persona enferma.

En este sentido el apoyo familiar tiene una repercusión directa sobre la aceptación de la enfermedad por parte de la persona enferma y el desarrollo de un conjunto de conductas que le permitan mantener el control de su enfermedad; es determinante mantener la comunicación estrecha entre los familiares y el paciente, propiciar condiciones para incrementar el bienestar emocional y físico de los pacientes. De esta manera, la familia como red de apoyo social favorece el apego al tratamiento y el control de la enfermedad, desde la perspectiva del modelo de efecto directo, que plantea que el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisio-psicológicos lo que mejora la salud e impide la enfermedad o bien que el apoyo social favorece el cambio de conductas en los individuos, lo cual tiene consecuencias positivas para la salud.

En los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) se describe un síndrome de desnutrición calórico proteica, con una prevalencia que varía entre 50 al 70% según estadio. La enfermedad crónica y sus complicaciones son situaciones que acompañan a los enfermos y sus familiares durante toda la vida, los síntomas, angustias, incertidumbres, cambios en corporalidad, contexto como otras experiencias asociadas a la cronicidad constituyen en su conjunto el padecimiento, el cual es interpretado y afrontado por los enfermos y su red más cercana de diferentes maneras¹⁸.

El cuidado de los enfermos no se debe considerar un problema sino una responsabilidad a planificar por todos y cada uno de los miembros de la familia con la finalidad de ocuparse de sus necesidades personales de manera que la responsabilidad no recaiga sobre una misma persona.

La tarea de cuidado del paciente con enfermedad crónica es una actividad que involucra de forma determinante a todos los miembros de la familia, especialmente del cuidador, quien le dedica mayor tiempo y tiene sobre si la mayor carga de la responsabilidad. Es importante que el grupo familiar reciba información sobre estas enfermedades y su cuidado, de manera de asegurar una buena calidad de vida para el paciente, mantener la integridad del núcleo familiar y disminuir la carga del cuidador.

Al tomar en cuenta estas consideraciones, los futuros proyectos de investigación deberán dirigirse al conocimiento de los significados de los enfermos renales sobre el apoyo familiar que les brindan sus seres queridos, así como los significados de la alimentación. Esto derivará en el conocimiento de la realidad del paciente y sus allegados como una construcción social.

Por su parte, el investigador deberá compartir los usos, costumbres, estilos y modalidades de vida de las personas con ERC en sus hogares correspondientes, enriqueciendo así su experiencia como profesional de la salud. A la par tomar notas de campo detalladas en el lugar de los acontecimientos tan pronto como sea posible, las cuales podrían ser audiograbadas revisadas periódicamente de manera que facilite la reorientación de la información.

De igual forma, el investigador deberá familiarizarse con la lingüística utilizada por los informantes; también serán recogidas historias, anécdotas y mitos que conformen el trasfondo transcultural de los involucrados. Todo ello culmina en una estructuración detallada, completa y reflexiva del espectro psicosocial de los actores implicados en el contexto de la patología ERC; lo cual facilita la comprensión de las diversas experiencias de dichos actores, creando un vínculo empático entre el investigador y los objetos de estudio como seres racionales y sensibles ante la adversidad.

Nuestro desarrollo del análisis de la Enfermedad Renal Crónica intenta explorar sus escuetas y sucintas acotaciones teóricas para que miremos y atendamos desde más cerca a los enfermos crónico para poder comprender e interpretar el conocimiento pleno de los enfermos su problemática, sus intereses y su diario vivir.

A manera de conclusión

A lo largo de la exposición se ha logrado dar cuenta de las visiones epistemológicas que han sustentado las disciplinas de la salud. El devenir histórico sobre los modos de

conocer nos coloca ante la pugna de la razón y la experiencia, discusión que se traslada a la medicina; tan es así que Sydenham, en el sigloXVIII, crea un método según el cual los síntomas se analizan sin ideas preconcebidas, sólo sobre la experiencia que brinda la progresión de la enfermedad. Con base en Bacon, asegura que cualquier conocimiento a priori sobre la enfermedad, es pura ficción. De ahí que se puede señalar que las vivencias de los pacientes no son consideradas. Los síntomas sensibles, establecidos por el médico, son más importantes que lo que el enfermo pueda señalar.

Sin embargo, en el siglo XX con Martin Heidegger, ya se plantea con mayor firmeza la necesidad de la búsqueda interna del sujeto; posición que será relevante para recuperar el punto de vista de los que padecen las enfermedades. La ausencia del sujeto provoca una marcada “deshumanización” de las Ciencias de la Salud, pues se hace a un lado el espectro emocional y el contexto social del paciente.

Detehlfesen y Dahlke hacen una síntesis entre los enfoques que buscan comprender los síntomas (físicos) de las enfermedades y lo que el paciente tiene que decir sobre ellos. Con base en este planteamiento, aseguran que el profesional de la salud debe interpretar el síntoma únicamente en su manifestación cualitativa y subjetiva. En fin, como se observa, las discusiones actualmente giran en torno a fijar la atención en lo que el paciente tiene que decir o en los procedimientos; es decir, entre una lógica humanista y otra técnico instrumental. De ahí que se pretenda recuperar hoy día, cuando la causa de los Derechos Humanos está presente, el empirismo humanista. Dicho enfoque menciona que, si el profesional de la salud estima primero el aspecto empírico y personal de quienes padecen una enfermedad, entonces tendrá acceso a información significativa para observar lo que casi siempre escapa al ojo clínico tradicional; logrando así una nueva experiencia que derive en un mejor diagnóstico y un cuidado óptimo del paciente. La aplicación del enfoque empírico humanista en la Enfermedad Crónico Renal supone: a) información clara y puntual sobre la enfermedad a todos los miembros de la familia, sobre todo al cuidador principal; b) comunicación continua con la familia, sobre todos los aspectos de la enfermedad, para mantener en buenas condiciones al paciente y la integridad del núcleo familiar y disminuir la carga del cuidador; c) conocimiento de los significados de los pacientes sobre la enfermedad, el apoyo familiar y la alimentación; d) observar la realidad del paciente como una construcción social. En síntesis, se trata de recuperar lo humano dentro de las disciplinas de la salud.

Referencias

1. Hussey E. Epistemología y significado en Heráclito. México, ed. 2004.
2. Ross D. Teoría de las Ideas de Platón. México, ed. 2001.
3. Guthrie W.K.C. Historia de la Filosofía Griega. Colombia, ed. 2004.
4. Grassi E. La filosofía del Humanismo: Preeminencia de la palabra. Barcelona: Anthropos; 1993.
5. Locke, John, Teoría del conocimiento. Epistemología, Madrid. Colección Clásicos del pensamiento, 1632-1704.
6. Carracedo, RJ. El hombre y la Ética: humanismo crítico, desarrollo moral, constructivismo ético. Barcelona: Anthropos, ed. 2003.
7. Reale y Antiseri. Hobbes, Locke, Berkeley y Hume. Historia de la filosofía. II. Del humanismo a Kant, Herder, Barcelona, ed. 2002.
8. Heidegger, Martin. Carta sobre el Humanismo. Traducción de Helena Cortés y Arturo Leyte, publicada por Alianza Editorial, Madrid, 2001.

9. Heidegger, Martin. Ser y Tiempo Traducción, prólogo y notas de Jorge Eduardo Rivera; 2008.
10. Fechner, Gustav. Elemente der Psychophysik; 1860.
11. Dethlefsen T, Dahlke R. La Enfermedad como Camino: Un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades. ed. 2003.
12. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
13. Gutiérrez González MP, Núñez Carrasco ER, Rivera CL. Características del rol en el profesional de enfermería intrahospitalario. Enfermería. 2002; 37(120):29-33.
14. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985
15. López -Cervantes M, Rojas-Russell ME; Tirado-Gómez LL; Durán-Arenas L; Pacheco Domínguez RL, Venado-Estrada AA; et al. Enfermedad renal crónica y su tratamiento sustitutivo en México, DF. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México. 2009. 1(1):19-43.
16. Tejada Tayabas Lm, Grimaldo Moreno BE, Maldonado Rodríguez. Percepción de enfermos diabéticos y familiares acerca de apoyo familiar y el padecimiento. Salus cum propositum vitae. 2006; 7(1):1-8.
17. De la Cuesta, C. Familia y cuidados a pacientes crónicos: El papel de la enfermera en el cuidado Familiar. Índex de Enfermería. 2001; 34:20-25.
18. Chen J , Peng H, Zhang K, Xiao L, Chen J, Wang Z, WangJ, Huang H. The insufficiency intake of dietary micronutrientes associated with malnutrition-inflammation score in hemodialysis population. 2013; 8(6):doi:10.1371.