

Fundamentos de Enfermería

Parte I

Nilda L. Bello



Editorial Ciencias Médicas



Nilda L. Bello

Parte I

Fundamentos de Enfermería

Fundamentos de Enfermería

Parte I

Fundamentos de Enfermería

Parte I

Nilda L. Bello



La Habana, 2006

Datos CIP- Editorial Ciencias Médicas

Bello Fernández Nilda L.

Fundamentos de enfermería/Nilda L. Bello
Fernández. La Habana: Editorial Ciencias
Médicas; 2006.

344 p. Figs Tablas

Incluye tabla de contenido. Incluye 7 capítulos con
unidades. Incluye bibliografía al final de cada unidad.
ISBN 959-212-218-0

1.ESCUELA DE ENFERMERÍA 2.PERSONAL DE
ENFERMERIA EN HOSPITAL 3.ATENCION DE
ENFERMERIA 4.DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

WY18

Edición: Dra Nancy Cheping Sánchez
Diseño: Ac. Luciano Ortelio Sánchez Núñez.
Fotografía y realización: Héctor Sanabria Horta
y Yasmila Valdés Muratte
Composición: Xiomara Segura Suárez

© Nilda L. Bello Fernández, 2006.
© Sobre la presente edición:
Editorial Ciencias Médicas, 2006

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle I No. 202, esquina Línea, El Vedado,
Ciudad de La Habana, 10400, Cuba
Correo Electrónico: ecimed@infomed.sld.cu
Teléfonos: 55 3375/832 5338

Autora Principal

Lic. *Nilda L. Bello Fernández*. Licenciada en Enfermería. Máster en Educación a Distancia. Profesora Auxiliar y Consultante de Enfermería. Profesora de Fundamentos de Enfermería, Ética y Bioética en Enfermería, Proceso enseñanza aprendizaje e Historia de la Enfermería.

Autores

Lic. *Carlos A. León Román*. Licenciado en Enfermería. Máster en Ciencias de Enfermería. Profesor Auxiliar de Enfermería. Profesor de Enfermería en Urgencias.

Lic. *Cristobalina Valdés Marrero*. Licenciada en Enfermería. Máster en Ciencias de Enfermería. Profesora de Fundamentos de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Salvador Allende".

Lic. *Marianelys Fernández Bello*. Licenciada en Enfermería. Enfermera Especializada en Cuidados Intensivos Pediátricos.

Coautores

Lic. *Ana C. Pérez García*. Licenciada en Enfermería. Asistente de Enfermería. Profesora Principal de Fundamentos de Enfermería I y II. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Salvador Allende". Maestrante en Comunicación.

Lic. *Olga Rivero González*. Licenciada en Enfermería. Máster en Ciencias de la Educación. Profesora de Gestión del Cuidado.

Lic. *Caridad Valenzuela Tamayo*. Licenciada en Enfermería. Profesora Auxiliar y Consultante de Enfermería. Profesora de Fundamentos de Enfermería. Maestrante en Educación Sexual.

Lic. *Dulce M. Zequeira Betancourt*. Licenciada en Enfermería. Máster en Ciencias de la Enfermería. Enfermera Especializada en Cuidados Intensivos.

Lic. *Armando Moret Montano*. Licenciado en Enfermería. Investigador Agregado. Profesor Auxiliar de Enfermería. Diplomado en Enfermería Oncológica y en Proceso de Atención de Enfermería.

Lic. *Jovita Páez Armenteros*. Licenciada en Enfermería. Asistente de Enfermería. Presidenta de la Junta Nacional de la Sociedad Cubana de Enfermería.

Presentación

Este texto fue elaborado por un colectivo de profesores de Enfermería del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana a solicitud del Ministerio de Salud Pública, para garantizar la formación de los estudiantes que matricularán en el nivel universitario en la carrera de Licenciatura en Enfermería; esta se puede considerar la cuarta edición de dicho texto.

La edición *Temas de Enfermería General*, de un colectivo de autores del Departamento Central de Enfermería de la Facultad No. 1 de Medicina del ISCM-H, dirigido a estudiantes de 1er. Año de Licenciatura, fue editado en 1982 por la Editorial Ciencias Médicas. El texto consta de 2 partes, cada una corresponde con 1er. y 2do. semestres, respectivamente; estas son:

Primera parte

Tema I. Introducción a la Enfermería.

Tema II. Componentes básicos de Enfermería.

Tema III. Introducción al proceso de Enfermería.

Tema IV. La evaluación. Primera etapa del proceso de Enfermería.

Tema V. La intervención. Segunda etapa del proceso de Enfermería.

Tema VI. La evaluación. Tercera etapa del proceso atención de enfermería.

Segunda parte:

Tema I. Introducción al proceso solución-problema.

Tema II. Proceso solución-problema.

Tema III. Recolección de datos. Primera etapa del proceso solución-problema.

Tema IV. Evaluación. Segunda etapa del proceso solución-problema.

Tema V. Implementación. Tercera etapa del proceso solución-problema.

Tema VI. Evaluación. Cuarta etapa del proceso solución-problema y metodología para el Informe final.

La edición *Manual de Enfermería General I y II*, publicada en 1990 por la Editorial Pueblo y Educación, fue elaborado por un colectivo de profesores del ISCM-H, para los estudiantes de 1er. Año de la carrera. En su estructura se integran algunos conceptos básicos para la forma-

ción de profesionales de pregrado y posgrado, en el que se consolida la descripción del Proceso de Atención de Enfermería como método único para la atención de la persona, familia y comunidad, constituido por 3 etapas: valoración, intervención y evaluación, además, se incluye Diagnósticos de Enfermería para identificar las necesidades afectadas y problemas.

También se edita un folleto básico, elaborado por el colectivo de profesores del ISCM-H que imparten las asignaturas Fundamentos de Enfermería I y II para los estudiante matriculados en los cursos regular diurno y regular para trabajadores en el año 1997. Este material, actualizado en el Proceso Atención de Enfermería, se utilizó en la docencia y la asistencia como implementación de este método, también fue empleado como alternativa en las limitaciones propias del Período Especial.

Esta edición tiene como objetivo garantizar conocimientos y habilidades que deben adquirir los estudiantes de Licenciatura en Enfermería, que matriculen en el 1er. Año de la carrera, y responder, según el nuevo Modelo Pedagógico, con el perfil del enfermero básico para dar respuesta con mayor calidad a la formación del recurso en enfermería; todo esto, como parte de los programas de la Revolución dentro de la Batalla de Ideas. Su estructura consta de 7 capítulos que señalamos en su contenido.

El colectivo de autores de esta edición se sienten muy complacidos, no obstante, manifiestan que no es una obra terminada, sino la continuación del perfeccionamiento y la adecuación. Este libro se ha realizado con mucho amor y respeto, para profesores y estudiantes de 1er. Año del nuevo Modelo Pedagógico, lo cual significa que deben hacer sugerencias necesarias para futuras ediciones.

Muchas gracias

Contenido

- Capítulo I. Enfermería como profesión y ciencia/ 1
 - Unidad 1. La profesión/ 1
 - Unidad 2. Enfermería como ciencia/ 32
 - Unidad 3. Teorías y modelos que fundamentan la Enfermería/ 64
 - Unidad 4. Caracterización del profesional/ 83
 - Unidad 5. Ética en Enfermería/ 99

- Capítulo II. El hombre y su ambiente/ 109
 - Unidad 1. El hombre y su relación con el medio/ 109

- Capítulo III. Sistema Nacional de Salud/ 127
 - Unidad 1. Generalidades/ 127
 - Unidad 2. Breve historia de la enseñanza de la Enfermería en Cuba/ 144
 - Unidad 3. Formación de recursos humanos en Enfermería/ 149
 - Unidad 4. Sociedad Cubana de Enfermería/ 163

- Capítulo IV. Proceso salud-enfermedad/ 170
 - Unidad 1. Generalidades del proceso salud-enfermedad/ 170
 - Unidad 2. Aspectos demográficos/ 187

- Capítulo V. Proceso de Atención de Enfermería/ 196
 - Unidad 1. Origen y evolución / 196
 - Unidad 2. Proceso de Atención de Enfermería. Origen y evolución en Cuba/ 198
 - Unidad 3. Proceso de Atención de Enfermería en la actualidad/ 212

- Capítulo VI. Primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería/ 220
 - Unidad 1. Valoración/ 220
 - Unidad 2. Métodos principales para el examen físico/ 227
 - Unidad 3. Diagnósticos de Enfermería/ 236

- Capítulo VII. Segunda y tercera etapas del Proceso de Atención de Enfermería/ 298
 - Unidad 1. Intervención/ 298
 - Unidad 2. Redacción o formulación de los resultados/ 303
 - Unidad 3. Desarrollo de intervención de Enfermería/ 311
 - Unidad 4. Documentación. Plan de Cuidados de Enfermería/ 327
 - Unidad 5. Evaluación/ 331

Enfermería como profesión y ciencia

UNIDAD 1. LA PROFESIÓN

Carlos A. León Román

"La contribución social, moral y científica de Enfermería a la sociedad reside en su compromiso con los ideales de la asistencia humana en la teoría, la práctica y la investigación."

J Watson

Concepto de profesión

Este concepto en la historia es algo que no está bien esclarecido, resulta difícil definir entre las profesiones y los oficios; parece evidente que el adjetivo "profesional" se utiliza para cubrir lo opuesto a lo aficionado y al trabajo no especializado. El diccionario filosófico describe este concepto como la acción de profesar, efecto de profesar, y profesar es ejercer una ciencia, arte u oficio. Aunque Everett Hughes sugiere que la profesión "es una etiqueta simbólica de un status deseado"; lo cierto es que los sociólogos suelen definirlo utilizando como referencia el requerimiento que la sociedad hace de un grupo ocupacional que cubra una necesidad concreta, es decir, lo que la sociedad determina qué debe ser un profesional, no tanto lo que el profesional quiere ser.

Los oficios han tenido la característica tradicional de ser ocupaciones manuales, en tanto que las profesiones han sido, no exclusivamente, ocupaciones intelectuales, lo que continúa hoy con esa tendencia. La razón de que la sociedad considere los oficios como "menos privilegiados" la encontramos en la historia, al conocer cómo en la Grecia clásica se hablaba de 2 tipos de artes: las artes serviles, ejercidas por los siervos y esclavos, y las artes liberales ejercidas por los hombres libres. Las profesiones clásicas del mundo grecorromano y más tarde consolidadas en la Edad Media son: el sacerdocio, el derecho y la medicina, aunque todas con un marcado carácter intelectual, solo la medicina ha sido capaz de asumir la ciencia moderna, por lo que de este modo se convierte en paradigma de profesión.

Esto hace que varios autores hayan utilizado la medicina como base para realizar sus estudios sobre las profesiones y establecer este patrón como medida para otras ocupaciones.

El análisis histórico se hace imprescindible, ya que como indicó Diego Gracia en 1992: "La profesión es una creación humana, frente a los hechos naturales en sí mismos y todo lo que es una creación humana, es una creación histórica, es decir, las creaciones del hombre surgen en la historia, surgen en el tiempo y no se entienden bien cuándo, cómo y por qué han surgido si no es dentro de la 'historia'. Este es un fenómeno claramente humano ¿Por qué la Enfermería es como es? Eso, o se analiza en su gestación o no se entiende; además, un profesional ha de ser una persona que tenga conciencia de su rol, y este es un rol histórico-social creado por los hombres, por las sociedades. Por tanto, hacer un breve recorrido histórico en busca de esas personas que proporcionaban cuidados y de los lugares donde se aplicaban, nos permitirá adentrarnos en el conocimiento de la Enfermería y de los momentos en los que se efectuaron cambios que han favorecido el avance hacia el desarrollo profesional". Si se admite como cierta la afirmación de Diego Gracia, de que la profesión es un hecho histórico-social, nos proponemos analizar el camino que una ocupación, *cuidar*, va recorriendo desde sus inicios como oficio, hasta ser reconocida legal y socialmente, y alcanzar el status de profesión.

Características de profesionalización del grupo ocupacional

La existencia de un grupo ocupacional no garantiza su profesionalidad, precisa cumplir 3 requisitos en esta primera etapa, que le permitan ir adquiriendo el carácter auténtico de profesión:

1. El trabajo debe ser no manual. El carácter intelectual del ejercicio profesional es un aspecto recurrente en la literatura acerca de las profesiones, así, Elliot, en 1975, afirma que: "Las profesiones que tienen tras ellas un cuerpo de conocimientos más sustancial y teórico, están más capacitadas para convencer a la sociedad de la necesidad de sus servicios particulares y quizás de persuadirla de su derecho a hacerse responsable de ello". Contrariamente, el mismo autor indica que, cuando el ejercicio profesional se basa en la realización de técnicas, por complejas que estas sean, persuadir a la sociedad de la necesidad de sus servicios se hace más difícil, pues la referencia a un cuerpo teórico se hace también cuando se trata de justificar decisiones referentes a los fines

y "en la aplicación de las técnicas, los fines ya están decididos"; lo que implica la subordinación del técnico a las órdenes del verdadero profesional.

2. En relación con lo antes planteado, Greenwooden 1957, incluye como primer criterio de profesionalización la posesión de "una base de investigación y un sistema teórico". Por su parte Parsons en 1976, habla de la adquisición de un cuerpo de conocimientos y unas destrezas que permitan cimentar la "especificidad funcional" del profesional, lo que se entiende como la característica según la cual un profesional ejerce su autoridad sobre un campo específico y especializado.
3. La conexión establecida con profesiones de mayor rango, ya reconocidas, hace más probable la profesionalización de una ocupación. Esta conexión debe desarrollarse en colaboración, no en subordinación.
4. El status social que suele tener todo movimiento profesionalizador.

Una profesión comienza a surgir cuando algunos individuos observan una necesidad social y se comprometen a cubrirla, actuando sobre un grupo determinado de problemas. Este grupo trabaja con dedicación exclusiva, y de hecho, cuando la sociedad precisa de sus servicios. Por lo que una profesión es aquella que se caracteriza por presentar un conjunto de conocimientos y técnicas; en la que en alguna medida se incluye la formación cultural, científica y filosófica para que se hagan concretas las actividades ocupacionales y sociales en las que ha de desenvolverse.

Las sociedades en el proceso de socialización que implican sus organizaciones, se estructuran de manera que asignan diferentes funciones a distintos grupos. Estos grupos son identificados dentro de la sociedad, por el aporte específico y especializado que hacen, para cubrir las necesidades que se tienen. A medida que las sociedades se hacen más complejas, la estructuración de los grupos y la especificación de su contribución se hace más concreta; así, las profesiones se ocupan de estudiar y atender campos cada vez más concretos y especializados.

Orígenes de la Enfermería

La Enfermería, al igual que cualquier otra profesión, es un producto social que adopta en cada época de la historia la forma que le es posible en las circunstancias de referencia.

En el transcurso del tiempo y en todas las culturas han existido especialistas en el cuidado de la salud. Entre las profesiones más

antiguas de la humanidad está la de bruja, sanadora, partera, etc. Para llegar a ser sanadora o sanador, era preciso ser elegido mediante un proceso propio de cada cultura, por herencia, iniciación en sueños, etc; además de ser elegido, se exigía preparación (conocimientos y saberes) y adiestramientos (habilidades prácticas), hasta llegar a ser considerado apto por parte de los sanadores mayores y finalmente ser reconocido por la sociedad para recurrir a ella.

Esta figura ha ido perdurando en las diferentes épocas de la historia, por la asunción de distintas responsabilidades y roles, aunque teniendo como punto de referencia los cuidados de salud de las personas y de los grupos, cuyo resultado ha sido el desarrollo de diferentes conocimientos y habilidades en función de las demandas sociales.

La enfermería ha ido desarrollando el contenido de su función a través de la historia, como lo han hecho la medicina y otras profesiones, por lo que su historia hoy día puede dar razones de esta evolución, que se ha hecho irreversible para convertirse en una profesión sin perder la originalidad de su esencia: el cuidado. De todos es sabido que la enfermería, como actividad, de acuerdo con los historiadores ha existido desde el inicio de la humanidad, pues la especie humana siempre ha tenido personas incapaces de valerse por sí mismas y siempre se ha visto en la necesidad de cuidar de ellas.

Si reconocemos que la enfermería existe desde siempre, no resulta tan sencillo demostrar estos extremos en documentos. La asistencia sanitaria es una amalgama de saberes y quehaceres sanadores, de los que surge tanto la medicina como la enfermería.

La influencia del género. Para comprender la evolución de la enfermería es fundamental comprender el papel y evolución de la mujer en la sociedad, pues en todos los tiempos, a lo largo de la historia, la sociedad ha establecido una división de las responsabilidades y del trabajo. En esta división a las mujeres se le han asignado las prácticas relacionadas con el cuidado, la reproducción y la crianza infantil, así como la utilización y transmisión cultural de elementos fundamentales para el mantenimiento de la vida, como la alimentación, la higiene, etc.

No podemos ignorar que el cuidado que ha ejercido la mujer en el ámbito doméstico en el transcurso de la historia (guiado por el instinto, el cariño y la tradición sanadora procedente de la magia y la religión) constituye la primera aproximación a la función de enfermero. Más próximo, con fines cuidadores y sanadores, está todo ese mundo que se cierne entre magia, religión y que subsiste desde la Edad Media hasta nuestros días, también influye en el desarrollo científico de la medicina.

No es una defensa del enfoque de género solamente, es el reconocimiento a la verdad histórica. Cuando se habla de "teóricas" de enfermería se refiere a las mujeres enfermeras, ya que esta ha sido una profesión femenina durante muchos años, y desde mediados del siglo XX con alguna participación masculina; no así en el campo teórico, donde ejercen el protagonismo las mujeres.

La influencia de la religión. Dentro del Imperio Romano surge de forma independiente otra cultura sanitaria que tiene como origen la religión cristiana. Este hecho no solo ha merecido la atención desde el punto de vista religioso, también social y médico. Desde este aspecto el profesor Laín Entralgo en 1976, quien al estudiar la repercusión que tuvo la doctrina cristiana en la medicina de esos siglos, nos dio también las claves para el estudio de la Enfermería. La creación de estas fundamentales novedades que introduce el Cristianismo en relación con el mundo de los enfermos, tuvo al menos las consecuencias siguientes:

1. La consideración del sentimiento de ayuda al enfermo como un deber religioso y, por tanto, la creación de instituciones dedicadas a este propósito.
2. La condición igualitaria del tratamiento. No hay diferencia entre griegos, bárbaros, hombres libres y esclavos, pobres y ricos. Todos son atendidos sin que exista discriminación, como ocurría en el mundo pagano.
3. La incorporación metódica del consuelo. En determinado sentido "técnico" una especie de psicoterapia en la acción del médico y del cuidador.
4. La asistencia gratuita. Solo por caridad al enfermo.
5. La valoración moral y terapéutica de la convivencia del dolor. El dolor y sufrimiento eran sobrellevados pacientemente.

El amor al semejante centra la atención de toda una sociedad y tiene unas repercusiones importantes para la enfermería. Los grupos de personas dedicadas al cuidado lo atestiguan: la Comunidad Cristiana, las Vírgenes, las Viudas y las Matronas Romanas, grupos que dedicaron su vida a la atención de los enfermos y necesitados, primero en sus domicilios y después en los hospitales. En esta etapa en Constantinopla y Alejandría existía un grupo numeroso de servidores llamados enfermeros y enterradores. En relación con lo que hacían o en qué consistía su trabajo, no hemos encontrado datos, pero sí hay constancia de la ayuda que prestaban a los enfermos, tanto en sus domicilios como en las instituciones que a partir del emperador Constantino y Juliano el apóstata se fueron creando.

Cuando desapareció el Imperio Romano, con la invasión de los pueblos germanos y escandinavos, la vida social se hizo insegura. En este tiempo la cultura se repliega, se centra y conserva en los monasterios, estos se convierten en centros no solo religiosos, sino culturales y de poder, pues los monjes son tenidos por los emperadores y reyes como consultores y como médicos. En los primeros monasterios, se comienza a regular la enfermería, que inicialmente se centra en el cuidado a los propios monjes y después se abren a la sociedad. Las reglas de los monjes establecen por escrito los principios de la enfermería y fundamentan la ayuda al enfermo desde el "a mi me lo hacéis", del evangelio (Mat., 25,46), de tal forma, que se convierte en principio y máxima para el enfermero monástico.

En la segunda mitad de la Edad Media, la enfermería alcanza un relieve y reconocimiento social más amplio, la Iglesia sale de los monasterios para cristianizar Europa mediante las Ordenes Mendicantes; una de ellas, fundada por el español Domingo de Guzmán, se diversificaba y daba cabida no solo a religiosos, incorporaba a laicos en la denominada Orden Tercera que, según los mismos principios doctrinales, se abren a las necesidades sociales, sobre todo a la atención a los enfermos en sus propios domicilios. La aparición de estos grupos representa una aproximación a lo profesional, pues el trabajo que realizan es reconocido y reclamado socialmente, de tal forma, que dieron respuesta a las necesidades sociales en momentos de enfermedad y en las grandes pestes.

El efecto del cristianismo sobre la enfermería ha sido definitivo, e influye en la formación de las enfermeras y confiere a los cuidados la presencia de actitudes y valores (espirituales y religiosos) durante mucho tiempo. En los principios y prácticas de la enfermería moderna, que desarrolla Florence Nightingale, están presentes aspectos que se derivan de esta ideología.

Parte de la indumentaria de las enfermeras (cofia, uniforme) se asemejan bastante a los hábitos de las monjas, y la creencia generalizada, hasta no hace mucho tiempo, de que para ejercer la función de enfermería había que tener vocación religiosa, será la base ideológica que va a sustentar su quehacer cotidiano.

El legado escrito de la enfermería iniciado en las reglas monásticas se amplía cuando estas intentan fundamentar todo ese quehacer con los enfermos; de esta manera se recopila y aparece en 1269, en el libro de Humberto de Romans *De officiis ordinis praedicatorum*, transcrito más tarde al latín, en Roma en 1889. El libro, en su capítulo 27: "Acerca del oficio del enfermero" empieza por definir quién es y lo expresa así: "El enfermero es el que tiene el cuidado general de los

enfermos y de la Enfermería". Define al profesional y su campo de acción; dice además de las cualidades que debe poseer, su competencia en cuanto al oficio, al cuidado del enfermo y de la Enfermería; acerca de los cuidados y conocimientos que debe tener sobre los remedios terapéuticos y de la relación y trato con los enfermos; establece una atención personalizada y una jerarquización del oficio de enfermero, habla de un enfermero que lleva la responsabilidad de la enfermería, y otro al que se le asignan enfermos.

Sin duda, los reglamentos de hospitales son una de las mejores fuentes históricas para conocer cuál ha sido el trabajo realizado como "expertos en el cuidado" y en la organización de la atención sanitaria. Estos reglamentos son la expresión de todo el quehacer de un oficio que en el ámbito hospitalario tiene muy amplia función. Esta documentación, aunque sigue el mismo esquema, no por ello todos aportan la misma información, pues en el devenir de los hospitales, nos encontramos que existen de todo tipo, según el origen y vinculación o dependencia, número de camas y tipo de enfermos que atienden, esto marca en realidad, la forma de funcionar. El puesto de trabajo lo define la función, el grado de dependencia e independencia del enfermero frente a la institución y al médico, la organización de la enfermería, las actividades y campos de actuación, la cultura, la responsabilidad y ética profesional. Todo en conjunto marca la relación con el paciente y la conducta profesional.

Los hospitales no son centros de curación sino de cuidados y predominan estos en la atención. Entre los siglos XIII al XVII al médico le son requeridos sus servicios y este tiene unas horas para visitar a los enfermos en el hospital, pero la figura principal y de presencia continúa siendo el enfermero. Todo lo anterior nos permite afirmar que, en esa época, el cuidado era el núcleo sobre el que gravitaba la asistencia al enfermo. Un estudio de las órdenes religiosas como los Hermanos de San Juan de Dios, los Religiosos Camilos, las Hijas de la Caridad, los Hermanos Obregones y los Religiosos Belemitas desde su historia, sus reglas y los reglamentos de los hospitales nos confirman este paso hacia la profesionalización.

Estos reglamentos, que versan acerca de la función de la enfermería, definen sus actividades propias y especifican algunas acciones que el enfermero está autorizado a realizar en ausencia del médico; diferencian asimismo una jerarquía profesional con distintos tipos de trabajadores y diversas competencias laborales, época en la que enfermería tiene un campo de actuación más amplio, mayor dependencia de los administradores y menor del médico, también una mayor autonomía en cuanto al cuidado y responsabilidad.

La asistencia sanitaria prestada en los hospitales, durante los siglos del XV al XVII, experimentó un importante avance en la preocupación de los monarcas por mejorarla, tanto con la construcción de hospitales, como por su reglamentación, lo cual tuvo gran repercusión para el desarrollo de la enfermería, no solo en los reglamentos de estos hospitales, también en los primeros manuales, en los que se recoge todo el quehacer y el conocimiento del enfermero de la época.

A partir de la segunda mitad del siglo XVIII se "medicaliza" la asistencia; se inician los avances y los grandes descubrimientos de la medicina. En esta etapa el médico asume la responsabilidad del hospital, se revisan todos los reglamentos y se regulan las profesiones sanitarias, por lo que la actividad de enfermería queda supeditada plenamente a la medicina, como ayudante.

La enfermería en esta etapa tuvo un papel muy limitado en el análisis intelectual de los problemas que trataba, así como la toma de decisiones sobre estos. La subordinación total a la medicina no siempre fue tan clara como en los 2 últimos siglos, en la que, llevada de un gran desarrollo científico, asume un protagonismo social y domina el campo de la salud, quedando la práctica sanitaria regulada por ella, aunque este extremo no siempre fue así.

Surgimiento de la Enfermería profesional organizada

En el siglo XIX cuando Florence Nightingale, en su inquietud por sacar la enfermería de su rutina "...no solo significa la administración de medicinas y cataplasmas...", realiza una serie de observaciones que la llevan a reconocer el valor peculiar del cuidado "...debe significar el uso adecuado de aire fresco..., y todo ello con el menor gasto de energía vital para el paciente", tratando de demostrar todo con datos estadísticos, lo que la lleva a definir la enfermería como: "Poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él". Por todo ello Florence Nightingale consideró que "la enfermería es una vocación que requiere sujetos aptos e inteligentes a los cuales hay que remunerar por la calidad de su servicio".

Durante mucho tiempo se ha tenido a la enfermera inglesa Florence Nightingale (1820-1910) como iniciadora de la obra y de la tarea de las enfermeras. Durante la guerra en Crimea organizó hospitales, con lo cual mejoró sensiblemente las instalaciones sanitarias de campaña, además, escribió varias obras acerca de estas reformas; por ello se reconoce a Florence Nightingale, hacia finales del siglo XIX, como

la impulsora de la Enfermería profesional organizada; ella llegó a ser una figura legendaria en su época, lo que la convierte en "la dama de la lámpara".

Por influencia de su padre, Florence recibió una educación con un importante bagaje cultural: idiomas, arte, matemáticas, estadísticas, filosofía, historia, política, gobierno, etc. Estos conocimientos unidos a los recibidos en su formación como enfermera con el pastor Theodor Fliedner en la Orden de Diaconisas Protestantes en Kaiserswerth, Alemania, le permitió crear el primer modelo teórico de Enfermería, en él establecía que el medio ambiente afectaba el estado de salud; este concepto revolucionó la época, si se piensa que la mortalidad de los enfermos aumentaba debido a infecciones que adquirirían en los hospitales, no influyendo muchas veces la enfermedad que padecían originalmente. Junto con esto, Florence pensaba que el ser humano es creativo y tiene la habilidad de cambiar su situación en la vida, así como modificar su destino. Señalaba: "...nadie nos va a regalar un mundo mejor, empecemos cuanto antes a construirlo".

Nightingale, al elaborar el plan de estudio para la primera escuela de enfermeras, analizó lo que estas hacían en los hospitales. Como consecuencia, la imagen de enfermería comenzó a relacionarse con las tareas y procedimientos que constituían el núcleo del plan de estudio.

La escuela Nightingale tenía las siguientes características:

1. La escuela era independiente, pero estaba vinculada a un hospital.
2. Las alumnas dependían solo de la enfermera-jefa.
3. La escuela proporcionaba un hogar a las alumnas.
4. La instrucción de las alumnas era responsabilidad de algunos miembros del hospital (monjas y médicos).
5. La evaluación de las alumnas corría a cargo de las monjas y de la enfermera-jefa.
6. Las alumnas recibían un estipendio durante su formación.
7. El contrato de alumna-enfermera estipulaba que esta debía aceptar, tras su formación, un puesto en algún hospital elegido por el Fondo Nightingale, cuya política consistía en enviar grupos de enfermeras para difundir el Sistema Nightingale de formación en otros hospitales.
8. Una de las condiciones básicas era la presencia de "monjas residentes". Su función consistía en consolidar la instrucción recibida en las salas, y evaluar el progreso moral de las alumnas.

La nueva labor de Florence Nightingale entrañaba no pocas dificultades. El sistema dependía de monjas que carecían de formación;

los médicos, como era de prever, no entendían que las enfermeras necesitaran una formación específica; la enfermera-jefa, Sarah Wardroper, responsable de las enfermeras en el hospital, utilizaba a las alumnas como personal suplementario.

En 1887, cuando la Sra. Wardroper se jubila de su puesto de dirección, tuvo la satisfacción de anunciar que 42 hospitales contaban con enfermeras-jefas formadas en la Escuela Nightingale, en la que un total de 520 enfermeras habían completado su instrucción. Los éxitos de la escuela facilitaron la incorporación de alumnas mejor capacitadas, por lo que "enfermeras Nightingale" cada vez mejor preparadas comenzaron a crear sus propias escuelas de enfermeras.

Como causa de los tremendos cambios sociales y tecnológicos que se sucedieron en aquella época, la enfermería comenzó a ser manipulada casi de inmediato, para beneficio de otros grupos. A pesar de que Florence creó un modelo teórico, la carencia de una base conceptual definitiva para la práctica, junto con la posición dependiente que ocupaban las mujeres en la sociedad, hizo que la enfermería fuera controlada por médicos y administradores de hospitales. Esta situación ha influido de tal forma al desarrollo de la profesión que solo hoy, un siglo después, la enfermería moderna comienza a alcanzar una posición profesional independiente.

En relación con el modo de la función profesional y cómo debe desarrollarse, a partir de los años 50 surge una corriente de opinión importante que aborda la propia filosofía de la profesión, y pretende dar a la enfermería una identidad propia dentro de las profesiones de salud. Se publicó en 1952 el primer Modelo Conceptual de Enfermería en la obra de Hildegarden Peplau, que tiene por título, *Interpersonal Relations in Nursing*. En este mismo año apareció la revista *Nursing Research*, que se convierte en un órgano de difusión de primer orden en la investigación. En 1955, surge la teoría Definición de Enfermería de Virginia Henderson, adoptada en 1961 por el Consejo Internacional de Enfermería. Estas y otras teorías que surgieron a partir de la segunda mitad del pasado siglo han sido de gran relevancia para la profesión, fomentando el desarrollo epistemológico de la ciencia de Enfermería.

Estos aspectos conceptuales, inherentes a toda búsqueda de identidad, han ido madurando y evolucionando a lo largo del tiempo. Se ha tratado de esclarecer el entorno conceptual de la profesión y su identidad. Fundamentalmente se busca como objetivo global el desarrollo de una profesión, que pueda aportar a la sociedad cuidados de salud que otras profesiones no ofrecen, adaptándose a las nuevas estructuras y estrategias del sistema sanitario, el privilegio de la promoción de salud y la prevención de la enfermedad.

En este recorrido transversal de los saberes, desde Florence Nightingale a la actualidad, se han tratado 4 conceptos metaparadigmáticos que están presentes en todas las teorías y modelos conceptuales: persona, entorno, salud y cuidados de enfermería, este último *-el cuidado-* es el objetivo de estudio y razón de ser de la Enfermería, ya que esta es: "El cuidado que se le brinda a las personas, que en su interacción con el entorno, viven experiencias de salud".

Definiciones de Enfermería

A continuación aparecen algunas de las definiciones desarrolladas por teóricas y organizaciones de enfermería, las cuales permiten valorar el desarrollo de esta profesión desde Nightingale a la actualidad.

Florence Nightingale (1853-1874). Indicó en sus escritos que el objetivo fundamental de la enfermería era situar al paciente en el mejor estado posible, para que la naturaleza actuara sobre él. Consideraba que la enfermería requería un conocimiento distinto del conocimiento médico, ya que era una vocación religiosa. Definió la Enfermería como arte y ciencia.

Hildegard E. Peplau (1952). La enfermería se define como un proceso significativo, terapéutico e interpersonal. Funciona cooperando con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en las comunidades. Cuando los equipos de profesionales de salud ofrecen servicios sanitarios, los enfermeros participan en la organización de las condiciones que facilitan la marcha natural de las tendencias del organismo humano. La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que intenta favorecer el avance de la personalidad hacia una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva.

Ernestina Wiedenbach (1952-1965). La enfermera es un ser humano funcional; como tal no solo actúa, también piensa y siente; sus pensamientos y sentimientos como enfermera son importantes, están íntimamente relacionados no solo con lo que hace sino con el modo en que lo hace, y subyace a cualquier acto que realiza, ya sea en forma de una palabra pronunciada, un documento escrito, un gesto o un acto de cualquier clase. Para la Enfermería, cuya actividad esta dirigida a la consecución de un propósito específico, los pensamientos y sentimientos tienen que estar disciplinados. Esta se adhiere a una filosofía explícita cuyos puntos básicos son:

1. Veneración del don de la vida.

2. Respeto a la dignidad, el valor, la autonomía y la individualidad de cada ser humano.
3. Capacidad para actuar de forma dinámica de acuerdo con sus propias opiniones.

Dorothea E. Orem (1957-1959). El arte de la enfermería es actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma.

Ida Jean Orlando (1958-1962). Es una profesión independiente que funciona de manera autónoma. Aunque históricamente la enfermería ha sido alineada con la medicina y continúa manteniendo una estrecha relación con ella, la enfermería y la medicina son 2 profesiones claramente separadas. Orlando afirma que la función de la enfermería profesional se conceptualiza como la averiguación y la atención a las necesidades de ayuda inmediata del paciente. Esta idea puede desarrollarse por completo, sobre el enfoque de Orlando acerca del Proceso de Enfermería, que, según su propuesta, estaría compuesto por los elementos básicos siguientes:

1. La conducta del paciente.
2. La reacción de la enfermera.
3. Las acciones de enfermería.

La interacción de estos elementos entre sí constituye el Proceso de Enfermería. Otros de los supuestos que propone Orlando, es que los enfermeros deben aliviar el malestar físico y mental y no deben aumentar el estrés del paciente.

Virginia Henderson (1959-1960). La única función de una enfermera es ayudar a la persona, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios y hacer esto de tal forma que le permita ser independiente lo antes posible.

Lydia E. Hall (1960-1965). La Enfermería puede y debe ser profesional. Hall estimaba que los pacientes debían ser atendidos sólo por profesionales que hubieran asumido toda la responsabilidad de la asistencia y educación de sus pacientes. La enfermera profesional actúa de forma más terapéutica cuando los pacientes se encuentran en la segunda fase de su estancia hospitalaria. La segunda fase consiste en la recuperación o fase no aguda de la enfermedad. La primera fase es un período de crisis biológica, en la cual la enfermería actúa como auxiliar de la medicina. Tras el período de crisis, el paciente está más capacitado para beneficiarse y aprender de las enseñanzas que la enfermera pueda ofrecerle.

Dorothy E. Johnson (1964-1978). La Enfermería es una fuerza externa que actúa para preservar la organización de la conducta del paciente, mientras que este se encuentra bajo estrés, mediante la imposición de mecanismos reguladores o mediante la provisión de recursos. Es un arte y una ciencia que proporciona apoyo externo antes y durante el tiempo que dura la alteración del equilibrio, para lo que se requiere un buen conocimiento del orden y control de sus alteraciones. Las actividades de Enfermería no dependen de la autoridad médica, pero son complementarias de la Medicina.

Myra E. Levine (1965-1973). La Enfermería es una interacción humana. La enfermería profesional se debe reservar para ese reducido grupo, que es capaz de completar un programa de formación tan exigente como el de los profesionales de cualquier otra disciplina. El ejercicio de la Enfermería, y esto incluye la formación de enfermería, ha reflejado siempre las teorías vigentes de salud-enfermedad; es labor de las enfermeras formular un cuerpo de principios científicos en el que las decisiones dependan de situaciones precisas que la enfermera comparta con el paciente.

La Enfermería se basa en la conservación de la integridad estructural de cada paciente, la integridad personal y social.

Sor Callista Roy (1966-1977). La Enfermería se define como un sistema de conocimiento teórico que ordena un proceso de análisis y actividad, relacionado con la asistencia de la persona enferma o potencialmente enferma. Roy hace la distinción entre Enfermería como ciencia y como disciplina profesional. La ciencia de la Enfermería es un sistema de conocimientos en desarrollo acerca de las personas que observa, clasifica y relaciona los procesos, mediante los cuales las personas influyen positivamente en su estado de salud.

La Enfermería como disciplina profesional es el cuerpo de conocimientos científicos acerca de la Enfermería, utilizado con el propósito de proporcionar un servicio esencial a las personas, es decir, de promover la capacidad de afectar positivamente la salud. El objetivo de la Enfermería es ayudar al hombre a adaptarse a los cambios que se operen en lo relativo a sus necesidades fisiológicas, al concepto de sí mismo, a la función que realiza y a sus relaciones de interdependencia en la salud y la enfermedad.

Kathryn E. Barnard (1966). Es el proceso mediante el cual el paciente recibe ayuda para mantener su independencia; puede ser educacional, terapéutico o restaurador: implica la facilitación de cambios en el entorno. Barnard, 5 años después en su discurso de apertura pronunciado en 1981 en la Primera Conferencia Internacional sobre Investigación en Enfermería, definió la enfermería como el diag-

nóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud.

Joyce Travelbee (1966-1971). El enfermero también es un ser humano; posee un bagaje de conocimiento especializado y la capacidad para aplicarlos, con el propósito de ayudar a otros seres humanos para prevenir la enfermedad, recuperar la salud, encontrar un sentido a la enfermedad o mantener el máximo nivel posible de salud. La Enfermería es un proceso interpersonal que ocurre entre la enfermera y una persona o un grupo de personas.

Madeleine Leininger (1966-1978) (enfermería transcultural). Un área principal de la Enfermería que se centra en el estudio y el análisis comparativo de distintas culturas y subculturas del mundo en relación con sus conductas para cuidar, cuidados de enfermería y valores, creencias y patrones de conducta relativos a la salud-enfermedad, con objeto de desarrollar un cuerpo de conocimientos en el área científica y humanística que proporcione la práctica de cuidados de enfermería específica y universalmente culturales. El foco intelectual y de la práctica de la enfermería más unificador, dominante y central es el cuidado. La enfermería es un arte y ciencia humanísticos que centra su conducta en cuidados personalizados (individuales y en grupos), con funciones y procesos dirigidos hacia la promoción y el mantenimiento de conductas de salud y la recuperación de enfermedades que tienen significación física, psicocultural y social, para aquellos que están asistidos generalmente por una enfermera profesional.

Faye Glenn Abdellah (1968). Es un servicio a las personas y a las familias, por tanto a la sociedad; basado en un arte y una ciencia que moldea las actitudes, la capacidad intelectuales y las habilidades técnicas de cada enfermera, así como las transforman en el deseo y la capacidad de ayudar a las personas (enferma o sana) para que hagan frente a sus necesidades sanitarias y que puede ser realizada bajo una dirección médica general o específica.

Imogene King (1968-1981). La Enfermería es una conducta observable que se encuentra en los sistemas de cuidados sanitarios de la sociedad. Su objetivo es ayudar a las personas a mantener su salud para que puedan ejercer sus funciones. La Enfermería se considera como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción.

Martha E. Rogers (1970). La Enfermería es una profesión que se aprende, es una ciencia y un arte; también es una ciencia humanística dedicada, con compasión, a mantener y promover la salud, prevenir la enfermedad, así como asistir y rehabilitar al enfermo y al discapacitado.

Yura y Wals (1970). La Enfermería es en esencia el encuentro con un paciente y su familia, durante el cual la enfermera observa, ayuda, comunica, atiende y enseña, además, contribuye a la conservación de un estado óptimo de salud y proporciona cuidados durante la enfermedad hasta que el paciente es capaz de asumir la responsabilidad inherente a la plena satisfacción de sus propias necesidades básicas como ser humano; por otra parte, cuando se requiera, brinda al paciente en estado terminal ayuda compasiva y misericordiosa.

Evelyn Adam (1970). La Enfermería tiene una función propia, aunque comparta algunas funciones con otros profesionales. Esta debe tener un modelo conceptual con la finalidad de obtener identidad profesional concreta. La sociedad quiere y espera que la enfermera proporcione un servicio de cuidados propios. La meta de enfermería es preservar o reestablecer la independencia del cliente para la satisfacción de sus necesidades básicas.

Betty Neuman (1970-1975). Neuman considera que la Enfermería debe aplicarse a la persona en su totalidad. Es la única profesión en la cual se manejan todas las variables que afectan la respuesta de la persona al estrés. Dado que la percepción del enfermo influye en los cuidados administrados, debe evaluarse el campo perceptual, tanto del enfermero como del paciente; para ello, Neuman desarrolló una encuesta de valoración e intervención.

Asociación Norteamericana de Enfermería (ANA, 1973). La práctica de la Enfermería es un servicio directo con un propósito ambientado y adaptado a las necesidades de la persona, de la familia y de la comunidad, tanto en la salud como en la enfermedad.

Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 1973). La única función de la Enfermería es la asistencia a la persona sana o enferma, en la realización de las actividades que mantienen la salud o la reestablecen (o una muerte tranquila), que el paciente las llevaría a cabo solo si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios.

Joyce J. Fitzpatrick (1975). Las interacciones ontogenéticas y filogenéticas entre la persona y la salud se consideran como la esencia de la Enfermería.

Jean Watson (1979). Propone comprender cómo se interrelaciona la salud, la enfermedad y la conducta humana. Con su filosofía y ciencia de los cuidados, intenta definir un resultado de la actividad científica en relación con los aspectos humanísticos de la vida. En otras palabras trata de hacer de la Enfermería una interrelación de calidad de vida y muerte, así como de prolongación de la vida.

Rosemarie Rizzo Parse (1981). Al presentar la Enfermería como una ciencia humana, Parse rechaza su visión tradicional como una ciencia natural emergente. Sostiene que la Enfermería ha seguido un desarrollo paralelo al de la Medicina, copiando sus mismos temas. Afirma que la experiencia de participación del hombre en las situaciones sanitarias ha sido virtualmente ignorado. La Enfermería, basada en las ciencias humanas, se centra en el hombre como unidad vital y en su participación cualitativa en sus experiencias de salud. Para que la Enfermería evolucione como una disciplina independiente, debe apartarse de este modelo de orientación médica. Parse se pronuncia rotundamente acerca de la responsabilidad de la enfermería para con la sociedad, que es la de guiar en la elección entre las distintas posibilidades cambiantes de la salud.

Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin, Mary Ann P. Swain (1981). La Enfermería es la ayuda holística a las personas en las actividades para sus propios cuidados en relación con la salud. Es un proceso interactivo e interpersonal que nutre las fuerzas que permiten el desarrollo, liberación y canalización de los recursos necesarios para que la persona se enfrente a su entorno. El objetivo es alcanzar un estado de percepción de salud óptima y de satisfacción.

Colectivo de autores cubanos (1982). Atención de Enfermería es la ayuda prestada a la persona cuando este, por alguna causa, se encuentra en estado de incapacidad que le impida hacerse cargo de la satisfacción de sus necesidades. Enfermería es la profesión que al tener como base las necesidades humanas, la importancia de su satisfacción y los aspectos que las modifican y afectan, aplica en sus acciones los principios de las ciencias biológicas, físicas, químicas, sociales, psicológicas y médicas, además, proporciona atención integral al hombre sano o enfermo.

Lillian S. Brunner, Doris Smith Suddarth (1988). Enfermería es una profesión orientada hacia el servicio de la salud con el objeto de satisfacer las necesidades de la persona, tanto sano como enfermo en relación con todos los aspectos de su capacidad funcional. Puede definirse el objetivo de la Enfermería como la promoción, conservación y reestablecimiento de la salud, con atención especial a los factores biológicos y psicosociales, y con absoluto respeto a las necesidades y derechos de la persona a la cual se brinda este tipo de servicio.

Bárbara Kosier, Glenora Erb (1989). La Enfermería es educar, cuidar y preocuparse por las personas; es un servicio a los enfermos, sus familias y comunidades; puede ser tanto preventiva como terapéutica. Es un servicio personal, es decir, un contacto directo entre la

enfermera y el paciente o entre esta y la familia. Se adapta a las necesidades individuales del enfermo.

Asociación Americana de Profesionales de Enfermería (ANA, 1997). Define la naturaleza y alcance de la práctica de esta disciplina como el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante problemas reales o potenciales de salud.

Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 2000). La Enfermería abarca los cuidados -autónomos y en colaboración- que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas en estado terminal. Funciones esenciales de la Enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la formación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud.

Desarrollo de la taxonomía

La búsqueda de un método que permitiera a las enfermeras avanzar en la profesionalización de su quehacer, ha implicado que diversas teóricas inicien el estudio de lo que se ha dado en llamar Proceso de Atención de Enfermería, pero no es hasta 1953 cuando Vera Fray, enfermera norteamericana, utilizó audazmente el término diagnóstico de enfermería que afirmaba: "Una vez que las necesidades del paciente son identificadas, pasamos al siguiente apartado, el Diagnóstico de Enfermería". Se comenzó a consolidar la necesidad de una taxonomía propia de la profesión (lenguaje común), que permitiera esclarecer las parcelas de actuación independiente. La aparición de este nuevo concepto provocó continuos debates y confusiones acerca del uso del término diagnóstico y las connotaciones médicas que implicaba. Un grupo multidisciplinario comenzó a investigar, en los años 70, acerca del diagnóstico.

Al comienzo de la década de los 70 Gebbie K. y Lavin MA., profesoras de la Escuela de Enfermería de San Luis, crearon el Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería, que en 1973 organiza la First National Conference for the Classification of Nursing Diagnosis (Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería).

En la 5ta. Conferencia Nacional sobre Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería (1982) se aprobó la creación de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Los diagnósticos

de enfermería suponen un avance para la profesión, lo cual se evidencia en el reconocimiento que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha hecho de ellos, al aceptar incluirlos en su Clasificación Internacional de Enfermedades, cuando estos adapten adecuadamente su taxonomía a la de la OMS; lo que ha llevado al Consejo Internacional de Enfermería a realizar una profunda revisión al nivel internacional de este tema.

A partir del siglo XIX, y con especial relevancia en el siglo XX, cuando ocurren los cambios que nos van acercando a los cánones de profesión, se inicia la reflexión intelectual sobre nuestro quehacer profesional. Este saber va cumpliendo su objetivo: garantizar la vida, en relación con "cantidad de vida", a lo cual la Enfermería ha contribuido con una grandísima dignidad. Luego aparece otra necesidad social de carácter cualitativo, la "calidad de la vida"; y esta calidad la garantiza el cuidado.

En el colectivo de Enfermería siempre ha estado presente que la eficacia de su acción no radicaba exclusivamente en la destreza técnica, por lo que se apeló a todo aquello que de arte ha tenido nuestra profesión para la calidad del cuidado. Es aquí donde la Enfermería va realizando la reflexión de cuáles son los aspectos principales de esta calidad, mediante el conocimiento de la ciencia médica, de la ciencia psicológica y de las ciencias sociales, comenzando a configurarse de esta manera el conocimiento de la ciencia de Enfermería. Pero es la definición de salud de la OMS: "...como máximo estado de bienestar...", y no solo la ausencia de enfermedad", la que marcó un giro y abrió un campo de posibilidades, donde la Enfermería comienza a explicar porqué de sus acciones y cómo estas actúan para proporcionar mayor calidad al cuidado. No solo el procurar conservar la vida, sino la calidad de la vida lo que la sociedad comienza a reclamar.

La posibilidad de contar con una taxonomía propia ha permitido delimitar las parcelas concretas de actuación independientes en los problemas profesionales de Enfermería, así como determinar las actividades que en el plano de colaboración compartimos con otros profesionales.

Dimensión social de la enfermería

El desarrollo de una profesión requiere del establecimiento de modelos y normas que definan la función ocupacional y establezcan las relaciones con grupos competitivos. Este cometido es propio de las organizaciones profesionales creadas y autogobernadas por ellos mismos, las cuales establecen criterios de admisión-exclusión e impulsan un elevado nivel de competencia.

Una profesión debe estar en condiciones de definir:

1. Su objeto de estudio.
2. El objetivo de su profesión.
3. La finalidad de su actividad.
4. Su función o rol.
5. Su autonomía.
6. Su taxonomía.
7. Su código ético.
8. La naturaleza de su intervención.
9. Las consecuencias de esta intervención.

La Enfermería es una profesión de servicio de salud que responde a una necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados requeridos para mantener la vida, la sociedad y el bienestar como causa de una situación de salud particular.

En estos momentos que caminamos hacia un mayor requerimiento social de nuestros servicios, y con ello conseguiremos consolidar nuestra presencia en un campo fuertemente profesionalizado, a un nivel de colaboración y no de subordinación, se puede plantear que la Enfermería es una profesión porque:

1. Constituye un servicio a la sociedad.
2. Posee un cuerpo de conocimientos y habilidades propias que busca siempre acrecentar su competencia para mejorar la calidad de sus servicios.
3. Establece sus propias normas y políticas para controlar sus actividades.
4. Se encarga de la preparación de las personas que van a desempeñar la profesión.
5. Adapta sus servicios a las necesidades que se le van presentando.
6. Acepta la responsabilidad y compromiso de proteger al público al cual sirve.
7. Trata de utilizar al máximo de sus posibilidades, a las personas que la ejerce.
8. Regula su propia práctica.
9. Se ajusta a un código de conducta sobre la base de sus principios éticos.
10. Convoca la unión de sus miembros con el propósito de alcanzar objetivos comunes en respuesta al encargo social.

La Enfermería es una profesión de salud especializada porque lleva a cabo la valoración, toma de decisiones y operaciones produc-

tivas para saber qué sucede en las situaciones concretas de la práctica, saber qué se puede cambiar, tomar decisiones sobre qué debería hacerse y producir un sistema o sistemas de cuidados que:

1. Aseguren la satisfacción de los requerimientos de la persona, para la regulación del funcionamiento y el desarrollo.
2. Protejan la capacidad de acción desarrollada o en vías de desarrollo, y regulen dichas capacidades para que la persona sea capaz de cuidar de sí misma o de las personas que dependan de ella.

Podemos apreciar claramente la dimensión social de nuestra profesión, la cual presenta directrices que rigen la responsabilidad social que asumimos.

Directrices de responsabilidad social

1. Demostrar un compromiso personal y profesional en el acto del cuidado.
2. Estar capacitado para desempeñar la profesión.
3. Administrar cuidados seguros y continuos.
4. Respetar los derechos básicos de las persona.
5. Ser portavoz del paciente y abogar por él.
6. Aplicar acciones de prevención, promoción, curación y rehabilitación.
7. Evitar riesgos o secuelas.
8. Brindar atención de calidad.
9. Respetar a la persona sin enjuiciar su orientación sexual, status socioeconómico, grupo étnico, problemas de salud o naturales, raza o influencia ideológicas.
10. Colaborar con las funciones de liderazgo dentro de un sistema cambiante de atención de salud.

La misión de Enfermería

Toda profesión posee una misión, una expresión más precisa de la finalidad o razón para la existencia de su organización. Muchas personas se refieren a una exposición de la misión de la organización como una tarjeta de presentación o una parte importante de su identidad. Es típico que las personas que investigan una organización pidan primero ver su exposición de la misión, ya que esta transmite información muy útil. La exposición de la misión de su organización es una introducción concisa de su trabajo, que describe una organización en términos de su:

1. Finalidad: qué trata de realizar la organización (¿Por qué existimos?).

2. Audiencia objetivo: el grupo objetivo o beneficiarios del trabajo de la organización (¿A quién servimos?).
3. Servicio: el método principal o actividad a través del cual la organización trata de cumplir su finalidad (¿Qué servicios proporcionamos y qué hacemos para proporcionarlos?).

La característica más importante de una exposición de la misión es la claridad. La capacidad de la organización para expresar su misión claramente indica lo bien que conoce hacia donde se dirige. La tarea de producir una exposición de la misión constituye un ejercicio que implica encontrar esta claridad.

La misión de Enfermería es contribuir a lograr un óptimo estado de salud de la persona, la familia y la comunidad, asegurando una atención oportuna, integral, personalizada, humanizada, continua y eficiente, mediante un uso racional de los recursos humanos y tecnológicos, en un clima organizacional propicio de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable.

Otro elemento fundamental dentro del desarrollo profesional es también la autonomía, cuyas finalidades principales son: la autorregulación y el control del ejercicio de la profesión, representar esta y defender sus intereses. Una profesión, como actividad que reclama la sociedad y que cubre una parte de sus necesidades, debe mantener una relación directa con el colectivo al que atiende, y ser responsable de su actuación.

Para el control del acceso a la profesión y de las formas en que esta debe ejercerse, se hace imprescindible una legitimación no solo social sino legal. Elliot, en 1975, planteó que las profesiones pretenden tener responsabilidad única sobre algún aspecto del bien público y saber cómo conseguir ese bien. El desarrollo de una profesión debe estar situado sobre la base de ese reconocimiento social, ya que esta no es lo que sus miembros digan de ella, sino lo que necesite y determine la sociedad. Este reconocimiento público se consolida en una autorización de la comunidad, certificación y registro que garantizan que el profesional ha sido sometido a un programa formativo específico para ese ejercicio, y ha superado las pruebas que avalan su competencia.

Esta formación debe estar dada por sus propios profesionales, aunque no de manera exclusiva. El concepto de profesión implica responsabilidad legal y moral en su ejercicio, responsabilidad para practicar la profesión de forma competente y segura (sin mala praxis),

así como disposición de correr riesgos, autodeterminación y autorregulación; eso implica valorar de forma adecuada a las personas que pretenden ejercer la ocupación, para ello se seleccionan los candidatos adecuados, ya que: "una actividad que pretende lograr el status profesional no puede permitirse que sea considerada como refugio para aquellos que no tienen vocación, capacidades ni aptitudes". La responsabilidad de cualquier profesión, está basada en el grado de congruencia entre lo personal, lo profesional y lo organizacional, a la hora de emplear objetivos y propósitos.

La Enfermería se socializa en una imagen profesional, al incrementar la conciencia que tiene de sí misma y al fomentar el respeto a sus capacidades, al apreciar y reconocer las necesidades de educación continua y al integrar los elementos cognitivos e interpersonales del yo profesional en su función. La condición de profesión se logra cuando una actividad, indispensable para la sociedad, se realiza con elevado nivel intelectual en sus decisiones.

La Enfermería como agente de cambio incluye en sus funciones la comunicación interpersonal, defensora y colaboradora de la profesión. Estos papeles se basan en la suposición filosófica de que la meta de la Enfermería profesional se sitúa sobre la base del fomento de la salud. Sus profesionales deben realizar cambios para promover el bienestar, además de mantener una socialización para el ejercicio profesional mediante la educación a sus colegas, lo cual constituye el promotor del papel de su profesión a través del liderazgo; este último, está considerado como el aspecto fundamental de la función de la enfermería profesional.

El proceso de socialización permite hacer un enfermero que cambie y crezca en las diversas etapas del desarrollo profesional mediante las experiencias educativas y ocupacionales, creencias, conocimientos y habilidades que, al integrarse a las normas legales y morales, caracterice al servicio profesional de competente y comprometido, así como fomente el desarrollo de una personalidad profesional atemperada al desarrollo científico-técnico del momento histórico-cultural.

Este proceso va dirigido a que el profesional posea un dominio de la concepción científica en la actuación profesional mediante una base filosófica, científica y metodológica comprometida con una práctica social transformadora, orientada hacia el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, con un sistema de capacidades intelectuales y cualidades valiosas de la personalidad como ciudadano y profesional.

Ayuda profesional

No podemos olvidar que la Enfermería es un servicio humano porque la práctica no solo tiene aspectos tecnológicos, sino también morales, puesto que las decisiones tienen efectos sobre la vida, la salud y el bienestar de las personas. Nos debemos preguntar lo que es correcto para el individuo y si esto será efectivo.

La relación de Ayuda Profesional de Enfermería requiere que se establezca sobre la base del respeto a la integridad y dignidad humana, el valor de la vida, las dimensiones legales, el establecimiento de una ética en las relaciones interpersonales, los derechos, la individualidad, el consentimiento, el respeto a la autonomía y a la toma de decisiones.

Esta relación tiene como objetivo propio, ayudar a las personas sanas o enfermas que necesitan de nuestro "*cuidado*" y supone una interacción entre 2 o más personas. Todo contacto humano está sujeto a una mediatización simbólica (la palabra, la representación), que no es otra cosa que el instrumento de ese contacto: el contacto significa implicación emocional, intelectual y de actitud entre las personas; supone compromisos y acuerdos e interés mutuo en un objetivo o tarea común.

La ayuda profesional puede ser concebida como un campo de experiencia, donde se viven a la vez las creencias y los valores arraigados en lo esencial de la disciplina, la aplicación de conocimientos, así como el ejercicio de un juicio clínico que implica una intervención reflexionada.

Las relaciones del enfermero en la sociedad se basan en un estado de equilibrio entre las habilidades de Enfermería para prescribir, asignar, manejar y mantener los sistemas de autocuidado terapéutico de las personas y las capacidades de estas y de sus familiares para realizarlas.

La descripción de la relación enfermero-paciente está influida por nuestra propia filosofía y creencias acerca de las personas, el cuidado, la salud y el entorno, así como de la enfermería misma y su interacción entre estos factores; todo ello constituye el centro de atención y fundamento filosófico de la Enfermería.

La integración de la filosofía dentro de la relación de ayuda profesional y la suposición de que la filosofía de una persona determina sus actos, respaldan la necesidad de reflexionar sobre nuestro código de ética.

Contar con un código de ética es una de las premisas más importantes de una profesión y constituye un mecanismo de autocontrol

profesional. Este indica la aceptación, por parte de la profesión, de la responsabilidad y la confianza que en ella ha depositado la sociedad, además de desarrollar valores ético-morales en su modo de actuación, resaltando el humanismo como sello distintivo del cuidado de salud.

El CIE adoptó por primera vez un código internacional de ética para enfermeras en 1953; posteriormente, este ha sido revisado y reafirmado en diversas ocasiones: la más reciente es este examen y revisión, completado en el año 2000.

Deberes y principios fundamentales

Deberes:

1. Promover la salud.
2. Prevenir la enfermedad.
3. Restaurar la salud.
4. Aliviar el sufrimiento.

Principios básicos:

1. Contribuir a que el paciente conserve su personalidad.
2. Ayudar al paciente a recuperar su salud.
3. Proteger al paciente de lesiones o agentes externos o enfermedades.
4. Contribuir en la incorporación del paciente a la sociedad.

En los cuidados de enfermería no se hará distinción alguna fundada en consideraciones de edad, raza, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, nacionalidad, opiniones política o condición social, pues son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluido el derecho a la vida, a la dignidad y a ser tratado con respeto.

Código de ética del Concilio Internacional de Enfermería

El Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería es una guía para actuar sobre la base de los valores y necesidades sociales; solo tendrá significado como documento vivo si se aplica a las realidades de la Enfermería y de la atención de salud en una sociedad cambiante.

Para lograr su finalidad, el Código ha de ser comprendido, asimilado y utilizado por las enfermeras en todos los aspectos de su trabajo.

Debe permanecer al alcance de los estudiantes y las enfermeras durante sus estudios y su vida de trabajo.

Este código tiene 4 elementos que constituyen el contexto de las normas de conducta: la enfermera y las personas, la enfermera y la práctica, la enfermera y sus compañeros de trabajo, y la enfermera y la profesión.

Elementos del código

La enfermera y las personas:

1. La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de Enfermería.
2. Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.
3. La enfermera debe comprobar que la persona, la familia o la comunidad reciban información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados.
4. La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla.
5. La enfermera compartirá con la sociedad, la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción para satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular, de las poblaciones vulnerables.
6. La enfermera compartirá también la responsabilidad de mantener el medioambiente natural y protegerlo del empobrecimiento, la contaminación, la degradación y la destrucción.

La enfermera y la práctica:

1. La enfermera será responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de Enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua.
2. La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados.
3. La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad.
4. La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que acrediten la profesión y fomenten la confianza del público.
5. Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.

La enfermera y la profesión:

1. Es responsabilidad de la enfermera cumplir la función principal de establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de Enfermería.
2. La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación.
3. La enfermera, a través de la organización profesional, participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas en la Enfermería.

La enfermera y sus compañeros de trabajo:

1. La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas que trabaje en la enfermería y en otros sectores.
2. La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar las personas cuando alguien ponga en peligro los cuidados que ella ofrece.

Glosario de términos utilizados en el código deontológico del CIE para la profesión de enfermería

Los compañeros de trabajo de la enfermera deben ser: colegas, otros trabajadores y profesionales de salud o no relacionados con esta.

Información personal: obtenida a través de un contacto profesional, propio de una persona o familia, no se debe divulgar para no violar el derecho a la intimidad personal, causar inconvenientes y dificultades o perjuicios a la persona o familia.

La enfermera comparte con la sociedad: la enfermera, como profesional de la salud y ciudadana, inicia y apoya acciones adecuadas para responder con las necesidades de salud y sociales del público.

Relación de cooperación: esta debe ser profesional sobre la base de acciones y conductas de grupo y recíprocas, que tienen por objeto conseguir determinadas metas.

Salud personal: el bienestar mental, físico, social y espiritual de la enfermera.

Competencias profesionales

La Enfermería es una de las profesiones que se distingue de la Educación Médica Superior por su actuación profesional en la salud, basada en 4 dimensiones fundamentales: el cuidado de enfermería, la persona (familia, comunidad), la salud y el entorno. Se ocupa de satisfacer las necesidades humanas y atender las alteraciones de la

salud, mediante la aplicación de la lógica del Proceso de Atención de Enfermería como método científico de la profesión; además, se tienen en cuenta acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación para proporcionar el bienestar físico, mental y social. También utiliza los procesos docente, gerencial e investigativo para garantizar la calidad y optimización de los servicios de Enfermería.

La Enfermería es una profesión con profundas raíces humanísticas, genuinamente preocupada por las personas que se confían a su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento; es una actividad formal que aprecia y valora la conciencia colectiva del gremio. Sus fundamentos dan sustento a una práctica, muy humanista, que ha evolucionado con el avance científico y tecnológico de las ciencias de la salud. Acorde con su propósito de superación se acoge a la corriente que tiende a garantizar la calidad en los sistemas de los servicios de salud, que busca satisfacer las necesidades de atención que tiene la sociedad en su conjunto. Asimismo, la competencia y la calidad se han convertido en requerimientos esenciales en los servicios de salud.

El profesional de Enfermería debe desarrollar competencias holísticas que atiendan los problemas profesionales durante su desempeño, con lo cual se cumplen diferentes actividades en el proceso productivo: desarrollar competencias para acceder a distintas formas de construcción de conocimiento y otros aspectos dentro de la globalización social.

El concepto competencia tiene, desde el punto de vista teórico, lo relacionado con la formación y desarrollo de capacidades humanas, al entenderlas como particularidades psicológicas individuales de la personalidad, que son condiciones para realizar con éxito una actividad dada, y revelar las diferencias en el dominio de los conocimientos, habilidades y hábitos necesarios para ello, es decir, que el ser humano tiene la potencialidad de combinar características psicológicas de su personalidad, como condición necesaria y suficiente para el logro de altos resultados profesionales.

Como se observa en la figura 1.1, en el acto del cuidado, los enfermeros deben desarrollar competencias sustentadas en habilidades personales, interpersonales, sociales, clínicas, técnicas, intelectuales y conductuales, que le permitan un desempeño de excelencia.

Las habilidades interpersonales son importantes durante todas las etapas del Proceso de Atención de Enfermería, pero resultan particularmente imprescindibles para una valoración satisfactoria; se trata de un proceso interactivo, donde el enfermero(a) tiene que tener muy bien desarrolladas las capacidades comunicativas.



Fig. 1.1. Habilidades fundamentales en el acto del cuidado.

Las competencias de enfermería están diversificadas y se las encuentra en todas las esferas de la actividad relacionada con la salud. Los enfermeros cuidan, educan, aconsejan, dirigen y también investigan (competencias holísticas). Se les pide competencias técnicas de alto nivel, manteniendo el calor humano y la sencillez en el contacto.

Competencias holísticas. Es el conjunto de habilidades, actitudes, conocimientos y los procesos complejos para la toma de decisiones, que permitan que la actuación profesional esté al nivel exigible de cada momento. Implica la capacidad para llevar a la práctica los conocimientos, las habilidades y las actitudes propias de la profesión al servicio de los problemas de salud de la población.

Las competencias profesionales son:

1. El saber ser (valores, creencias, convicciones y actitudes).
2. El saber (conocimiento, comprensión análisis crítico y síntesis).
3. El saber hacer (habilidades técnicas, diagnósticas y terapéuticas).

El saber ser es guiado por una formulación explícita de los valores de la disciplina, previo compromiso personal y profesional de los estudiantes. Estos valores dan forma a los aprendizajes, y orientan el cuidado y la investigación. Los profesionales asumen estos valores que dan sentido a la responsabilidad social y suscitan un análisis crítico y reflexivo del contexto socio-cultural y político del sistema de salud.

Los saberes y el saber hacer, por su parte, emanan de objetivos precisos y medibles, teniendo como base el arte del cuidado. En primer lugar, los saberes específicos de la disciplina emergen de la trama conceptual y de las interrelaciones que se derivan del propio cuidado.

Competencias de enfermería generales y frecuentes:

1. Atención integral a las necesidades afectadas de la persona sana o enferma, mediante el Proceso de Atención de Enfermería.
2. Atención integral a las necesidades afectadas de familias, colectivos y/o comunidades, sustentada en la lógica del Proceso de Atención de Enfermería.
3. Cumplimiento y vigilancia de las normas y principios éticos y bioéticos en las áreas donde labore.
4. Aplicación de tratamientos basados en la Medicina Natural y Tradicional y Programa de Adicciones.
5. Observación estricta de las reacciones adversas y contraindicaciones de medicamentos, y toma de decisiones de actuación profesional acorde con estas.
6. Establecimiento de comunicación con otros miembros del equipo de trabajo, personas y familiares.
7. Realización de cuidados de enfermería mediante la aplicación de los principios científicos que los sustentan.
8. Vigilancia y cumplimiento de normas higiénico-epidemiológicas en los servicios donde labore.
9. Coordinación con la atención médica y con distintos especialistas según las necesidades diagnosticadas individuales y colectivas, en los que se incluyen servicio social y trabajadores sociales.
10. Identificación de necesidades de aprendizaje en los enfermeros a partir de la evaluación de las competencias profesionales.
11. Participación en la formación de recursos humanos afines con su profesión.
12. Realización de investigaciones en enfermería o como miembro del equipo multidisciplinario.
13. Administración de los recursos humanos y materiales ubicados en su radio de acción.
14. Registro de toda la información que se derive de su actuación profesional en documentos y/o modelos establecidos.
15. Educación para la salud de forma individual y colectiva como parte de las actividades de promoción.

Esferas de actuación. Este profesional podrá desempeñarse en los 3 niveles de atención médica y en los diferentes niveles y

centros de la estructura administrativa, docente e investigativa del Sistema Nacional de Salud, aspecto que será ampliado en el tema que trata acerca del SNS.

Consideraciones finales

La profesión de Enfermería experimenta actualmente importantes cambios que surgen de la propia dinámica de crecimiento y evolución de las profesiones dentro del sistema de salud, posee gran utilidad y reconocido prestigio social, al estar encaminada hacia la satisfacción de las demandas sociales a través del cuidado de la salud.

Algunos de los factores que han contribuido a que la Enfermería sea considerada como un actor trascendente en el equipo de salud, lo constituyen la participación activa en el proceso salud-enfermedad, el fortalecimiento de la base teórica como fundamento de la práctica, una mejor y más precisa definición de su rol profesional y de sus "parcelas" de actuación.

Los valores morales pertenecientes a su filosofía están presentes en su código ético, dirigidos a la protección del protagonista principal en el proceso salud-enfermedad: la persona.

Para su continuo desarrollo como profesión, demanda nuevas investigaciones que permitan describir, identificar, comparar, predecir y controlar los problemas de su competencia, mediante la posesión de un cuerpo de conocimientos sustancial y teórico que avale la actuación con carácter eminentemente intelectual.

Bibliografía

- Amaro MC. Problemas éticos y bioéticos en enfermería. Ed. Ciencias Médicas, 2005.
- Benavent MA et al. Fundamentos de Enfermería. España: DAE. Grupo Paradigma. Enfermería 21; 2002.
- Burckhardt J. Del paganismo al cristianismo. La época de Constantino el Grande. Fondo de Cultura Económica, México, 1945.
- Castrillón MC. La dimensión social de la práctica de la enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia, 1997.
- Colectivo de profesores. Rediseño de la carrera de Licenciatura en Enfermería. Nuevo Modelo Pedagógico. Instituto de Ciencias Médicas de La Habana. Documentos Rectores, 2003.
- Comelles JM. Cuidar y curar. Bases para una historia antropológica de la enfermería hospitalaria. Revista de Enfermería Rol 172: 35-41, 1992.
- Consejo Internacional de Enfermería Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. (Publicación científica, N° 57). OPS/OMS. Washington, 1961.
- Chacón N. Formación de Valores Morales. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 1999.
- Diccionario Manual Ilustrado de la Lengua Española. Barcelona: BIBLIOGRAF.SA, 1983.

- Dodd ER. Paganos y cristianos en una época de angustia. Cristiandad, Madrid, 1975.
- Domínguez Alarcón C. Los cuidados y la profesión enfermera en España: Pirámide, 1986.
- Donahue P. Historia de la Enfermería. Barcelona: Doyma, 1989.
- Elliot P. Avance tecnológico. Madrid: Síntesis, 1992.
- Henderson VA. La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1994.
- Hernández Martín F. Historia de la Enfermería en España. Desde la Antigüedad hasta nuestros días. Madrid: Síntesis, 1996.
- Hernández Martín F. Historia de la Enfermería en España. Desde la antigüedad hasta nuestros días. Síntesis. Madrid: Síntesis, 1996.
- Leddy S, Pepper JM. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Filadelfia: JB Lippincott Company, 1985.
- Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería, 4ta. ed. Madrid: Harcourt; 2000.
- Martín Barroso C. Enfermería: presente y futuro. Colegio Oficial de ATS. Madrid: Síntesis, 1978.
- Martín J. De Miguel A. Sociología de las profesiones. Madrid: CIS, 1982.
- Medina Castellanos CD. Ética y Legislación. España: DAE. Grupo Paradigma. Enfermería 21, 2002.
- Nightingale F. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. Salvat, 1990.
- Organización Colegial de Enfermería Código deontológico de la enfermería española, Madrid, 1989.
- Ortega C, Suárez M. Manual de evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería. Estrategias para su aplicación. México: Editorial Médica Panamericana, 2006.
- Parsons T. Estructura social y proceso dinámico: El caso de la práctica médica moderna. En: El sistema social, 2da. ed. Revista de Occidente, Madrid, 1976.
- Romans, H. Libri de Officiis de Orden Praedicatorum. Roma, 1889.
- Thompson J. Thompson H. Ética de Enfermería. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1998.
- Wilensky HL. The Professionalization of everyone? The American Journal of Sociology; 1964.

UNIDAD 2. ENFERMERÍA COMO CIENCIA

Carlos A. León Román

El enfermero debe poseer una visión científica de su profesión y su formación humanista de respeto y amor a las personas, debe caracterizar su actuar ético.

S Kérouac

Fundamento teórico-filosófico de la ciencia del cuidado

La Enfermería como ciencia humana práctica es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos.

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías que se aplica a la práctica en el Proceso de Atención de Enfermería, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad.

Al aplicar el método científico de enfermería (Proceso de Atención de Enfermería) el profesional debe reconocer a la persona, la familia o grupo social, en su contexto y características individuales para realizar una valoración holística adecuada que le permita identificar sus necesidades afectadas, por lo que crea un plan de cuidados que le ayude a satisfacerlas, siempre que el sujeto las acepte y las apruebe, deben estar dirigidas a mantener y preservar la integridad física, junto con sus creencias y valores personales.

Podemos plantear que atender las necesidades de la persona y de la familia, mantener un bienestar óptimo y contribuir con elevada calidad de vida posible son algunos de los objetivos fundamentales de la profesión.

El enfermero asume además la responsabilidad en el Proceso de Atención de Enfermería, como necesidad que tiene esta especialidad profesional de elaborar y reflexionar sobre su propia filosofía.

La Filosofía es la ciencia constituida por la lógica, la ética, la estética, la ontología y la epistemología que investiga las causas y las leyes que indagan sobre la naturaleza de las cosas, sobre la base de

un razonamiento lógico y no en un método empírico. Además, es una ciencia compleja que abarca aspectos como el conocimiento, el sistema de valores y la conciencia que tienen las personas. Nos servimos de ella cuando tomamos su base metodológica para la elaboración de una filosofía de Enfermería.

La Filosofía como ciencia nos permite desarrollar y orientar nuestro "saber ser", mediante la ontología y la estructura del conocimiento, para utilizar su método científico y conocer al ser mediante la epistemología; aspectos que retomamos en el proceso de enfermería como necesidad que tiene el profesional de elaborar y reflexionar acerca de su propia filosofía.

La filosofía de Enfermería comprende el sistema de creencias y valores de la profesión, incluye también una búsqueda constante de conocimientos, y por tanto, determina la forma de pensar sobre los fenómenos y, en gran medida, de su manera de actuar, lo que constituye un elemento de vital importancia para la práctica profesional.

La filosofía de Enfermería agrupa algunas creencias que rigen la conducta de cada persona, si analizamos nuestra misión: "Lograr un óptimo estado de salud de la persona, familia y comunidad, prestándoles una atención integral, personalizada y libre de riesgos".

La Enfermería es una profesión de servicio de salud que responde a una necesidad: ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí mismas o a las personas que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados requeridos para mantener la vida y el bienestar, como causa de una situación de salud particular.

La integración de la Filosofía dentro del Proceso de Atención de Enfermería y la suposición de que la filosofía de una persona determina sus actos, respalda la necesidad que tienen los enfermeros de elaborar y reflexionar sobre su propia filosofía.

El Proceso de Atención de Enfermería está basado en el pensamiento lógico y en el método científico, regido por un código ético, que se ocupa de la salud de los seres humanos y de la evolución de la práctica a partir de la teoría. Este método científico de actuación constituye un plan de trabajo diario en el ejercicio de la práctica clínica, sobre la base de las capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, con el objetivo de atender las necesidades de las personas, la familia y su interrelación con el entorno.

En la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería influyen las opiniones, conocimientos y habilidades que permiten un razonamiento crítico en cada una de sus fases, lo cual nos facilita examinar una situación, un fenómeno, una duda o un problema para llegar a una hipótesis o conclusión.

El pensamiento científico es el método empleado por la ciencia para proporcionar una forma sistematizada especial del pensamiento y facilitar el cuestionamiento reflexivo.

En la dimensión del razonamiento científico se encuentra el uso de:

1. La lógica. Mediante el empleo del enfoque lógico, organizado y consciente podemos comprender el procedimiento del razonamiento que constituye la fuente del ser humano para aprender.
2. La competencia. Por medio de la adquisición y actualización de la base del conocimiento y mediante las experiencias de la propia práctica clínica.
3. La flexibilidad. Permite acomodarse a razonamientos e ideas divergentes.
4. La creatividad. Mediante un pensamiento creativo que promueva la curiosidad y el desarrollo de estrategias innovadoras.
5. La iniciativa. Estimula la actuación precoz y el razonamiento creativo.
6. La comunicación. Utiliza la interrelación verbal y no verbal.

Estos elementos del razonamiento científico se encuentran implícitos en las propiedades del Proceso de Atención de Enfermería y se retoman en el razonamiento crítico que se aplica en cada fase. Esto influye en las opiniones, conocimientos y habilidades personales para formar la base de la interrelación entre el enfermo y el paciente, a partir de las percepciones, valores y metas personales.

Las 3 áreas de la filosofía que se relacionan con el Proceso de Atención de Enfermería son: el conocimiento, los valores y la existencia.

1. Conocimiento. Basado en el pensamiento lógico y en el método científico.
2. Valores. Están regido por un código ético propio.
3. Existencia. Se ocupa de la enfermera y la persona como seres humanos y de la evolución de la práctica basada en la teoría.

La filosofía emplea como método los procesos intelectuales, por lo que el conocimiento es importante para la Enfermería, ya que es una ciencia y su proceso de atención se basa en la lógica y en el método científico.

Desde los años 50 del siglo pasado, la enfermería ha participado activamente en el desarrollo de una teoría propia, por tanto, resulta evidente que está comprometida con sus propias creencias y respecto a su existencia profesional.

La importancia de los valores es esencial porque la Enfermería efectúa de manera constante declaraciones de actividades y preferencias, conforme a su competencia en la relación existente entre el enfermero y el paciente, con respeto hacia la persona sin enjuiciar su status socioeconómico, grupo étnico, orientación sexual, raza, cultura o influencias ideológicas.

Aunque el sistema de valores humanos altruistas se aprende al principio de la vida, estos pueden ser fortalecidos por los formadores de Enfermería, así como establecer el sistema de valores y creencias del profesional para su adecuada interrelación enfermero-paciente. Estos formadores deben atender e interrelacionar lo cognitivo-afectivo-volitivo e ideológico, la formación de la autoconciencia, el conocimiento de sí mismo por la reafirmación del yo, y el yo profesional.

Determinar un comportamiento humanista en la relación ciencia-valor-disciplina-programa-asignatura permite desarrollar un proceso de transformación interna y autoconstrucción de una escala de valores.

La formación de valores como la responsabilidad, la dignidad, la honestidad, la solidaridad, la cortesía, el patriotismo, el sentido de pertenencia y el internacionalismo son cualidades que se deben fomentar en los educandos de enfermería, los cuales permitirán reconocer su sensibilidad y sus sentimientos, al ser más generosos, auténticos y humanos. Esta formación humanista de respeto y amor a las personas es la tendencia más profunda del desarrollo moral de la Enfermería.

Florence Nightingale dejó como legado al personal de Enfermería 2 cualidades morales que nos deben caracterizar: la veracidad y la fidelidad. La enfermería cubana se encuentra en plena madurez profesional, preparada para la elaboración de su propio código ético.

Aspectos éticos y de responsabilidad social en cada fase del Proceso de Atención de Enfermería

Es oportuno, antes de describir los aspectos éticos que se encuentran dentro del proceso, establecer una clara visión de sus etapas y fases.

El Proceso de Atención de Enfermería está organizado en 3 etapas, que a su vez están estructuradas en fases:

1. Etapa del proceso nominada valoración, está estructurada para su mejor comprensión en fase de valoración y fase diagnóstica.

2. Etapa del proceso denominada intervención, está estructurada para su mejor comprensión en fase de planeación y fase de ejecución.
3. Etapa del proceso denominada evaluación, tiene una sola fase con el mismo nombre de la etapa (evaluación).

Las fases son:

1. Fase de valoración. La valoración es un proceso organizado y sistemático de recolección de datos procedentes de diversas fuentes; esta debe ser holística y se realiza a la personas, familia o comunidad, mediante patrones funcionales de salud o de respuestas humanas, que deben reflejar las necesidades biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales para ver a la persona como "un todo". Los aspectos éticos en la valoración son los siguientes:
 - Fomentar la interrelación enfermero-paciente.
 - Desarrollar relación de ayuda-confianza, que permite la expresión de sentimientos.
 - Mantener la coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz.
 - Evitar las opiniones personales y juicios de valores.
 - Mantener la confidencialidad de la información.
2. Fase diagnóstica. El enfermero formula un juicio clínico acerca de las respuestas humanas de la persona o familia hacia los problemas de salud (reales o potenciales) y a los procesos vitales. Debemos tener en cuenta que este aspecto es parte de nuestra responsabilidad legal y ética, por lo que no se debe emitir un juicio de valor para lograr obtener la aceptación del paciente o familiar.
3. Fase de planeación. Es importante que el enfermero conozca que no se pretende cambiar a la persona, sino desarrollar intervenciones que ayuden en su desarrollo personal:
 - Tener en cuenta para el establecimiento de prioridades los propios intereses de la persona.
 - Permitir su participación activa en la solución de alternativas y toma de decisiones, respetando su autonomía.
 - Aplicar planes de cuidados individualizados, según el estado y necesidades de la persona.
4. Fase de ejecución. Se aplican los cuidados de enfermería para modificar los factores que influyen en los diagnósticos, teniendo como premisas:
 - Ofrecer atención individualizada, de calidad y libre de riesgos.
 - Mantener un ambiente terapéutico.
 - Propiciar un entorno adecuado y seguro.

- Ofrecer cuidados que conserven y protejan la autonomía, dignidad y derechos de la persona.
 - Asegurar la privacidad y curiosidad de la persona.
 - Ayudar en la toma de decisiones éticas.
 - Ofrecer atención considerada y respetuosa.
 - Brindar información oportuna, actual y comprensible.
5. Fase de evaluación. El enfermero compara el estado de salud y los resultados esperados, definidos en el plan de cuidado, y evalúa la calidad del cuidado brindado, así como la regulación de nuestra propia práctica, fortaleciendo la autonomía de la profesión, teniendo como premisas:
- Permitir la libre expresión de sentimientos en relación con sus expectativas.
 - Mantener la coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz.
 - Evitar las opiniones personales y juicios de valores.
 - Mantener la confidencialidad de la información.

Centro de interés de la profesión o conceptos metaparadigmáticos

La descripción del Proceso de Atención de Enfermería está influida por nuestra propia filosofía y creencias acerca de las personas, el cuidado, la salud y el entorno, así como de la Enfermería misma y su interacción entre estos factores; todo ello constituye el centro de atención y fundamento filosófico de la Enfermería como ciencia.

Las personas son seres sociales complejos en su aspecto interno (biopsicocultural-espiritual), sus patrones se desarrollan a partir de la herencia genética y la interrelación con su entorno (medio externo). Estas actúan y reaccionan a los cambios y a las fuerzas dinámicas de las experiencias de sus vidas, mientras luchan en busca de su propia realización.

La sociedad se compone de personas, grupos, familias y comunidades con objetivos y valores comunes, e incluye fuerzas sociales, económicas, políticas y ambientales que cambian mediante interacciones y relaciones recíprocas.

La salud es el elemento primordial del conocimiento de la Enfermería. Se considera como los niveles cambiantes biopsicosociales-culturales y espirituales del bienestar y la enfermedad. Está influida y circundada por la herencia genética de la persona, las capacidades vitales, las experiencias y la interrelación con la fuerza y los cambios sociales y ambientales.

El entorno es el conjunto de condiciones e influencias del ambiente que afecta a la persona como parte integral e indivisible.

El cuidado es la esencia del estudio de la Enfermería; se sustenta mediante sus intervenciones, y está influenciado por el conocimiento, el contexto sociocultural e histórico del cual forma parte. Para su estudio debe tenerse en cuenta la influencia de la cultura, la religión, la ética y la filosofía en la diversidad del pensamiento de un grupo étnico o región determinada.

Los cuidados de Enfermería son la manera de ser de la enfermera, se refiere a una realidad compleja y no lineal; su evolución y contenido reflejan hoy día el nivel de desarrollo del conocimiento de la disciplina, ante todo, su carácter humano.

Enfermería: arte y ciencia

Muchas de las teorías plantean que la enfermería es un arte y una ciencia. Si analizamos las definiciones de enfermería que han realizado distintos autores, encontramos que está considerada como un arte, una ciencia o ambas.

Es una ciencia que requiere destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas que se aplican a través de un método científico, con carácter teórico-filosófico que guía y respalda cada uno de sus componentes, sustentado por investigaciones que regulan la práctica profesional.

El arte del cuidado es la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado. Es el más imaginativo y creativo sentido del conocimiento al servicio del ser humano. Para ello el profesional de enfermería debe integrar los conocimientos de las artes, las humanidades, las ciencias sociales y conductuales en la asistencia humana.

En la figura 1.2 se observa que la práctica de Enfermería puede ser concebida como un campo de experiencia, donde se incluyen las creencias y los valores arraigados en lo esencial de la disciplina, la aplicación de conocimientos, así como el ejercicio de un juicio clínico que lleva a una intervención reflexionada.

Según Watson, el objetivo de la Enfermería es facilitar que las personas adquieran un grado superior entre la mente, el cuerpo y el alma, que da lugar a los procesos de autoconocimientos, autocuración y autoasistencia mediante un proceso de asistencia interpersonal.

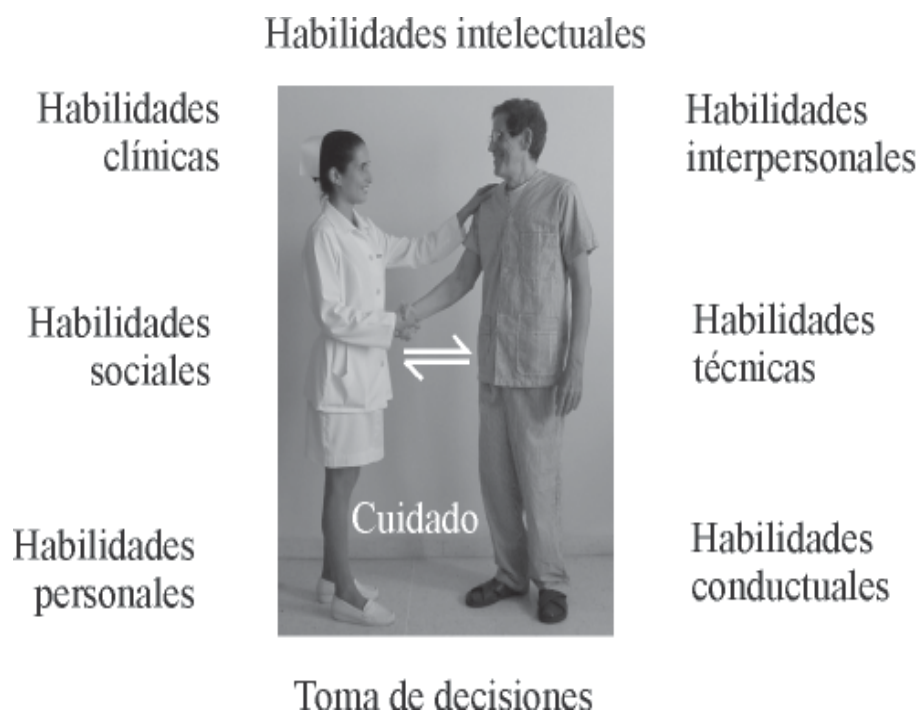


Fig. 1.2. La ciencia y el arte de la enfermería.

Tomado de: Kérouac S. El Pensamiento Enfermero. España: Masson SA, 1996.

Si analizamos el postulado de Florence Nightingale se puede evidenciar que desde 1859 esta enfermera tenía una visión clara de la Enfermería como arte del cuidado: "...la Enfermería es una arte, y si se pretende que sea un arte, requiere una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, es como el trabajo de un pintor o de un escultor, pero ¿Cómo puede compararse la tela muerta o el frío mármol con el tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu de Dios? Es una de las bellas artes, casi diría, la más bella de las bellas artes..."

Desde los postulados de Florence Nightingale ha transcurrido más de un siglo, durante el cual varias enfermeras fueron esclareciendo la esencia y razón de la Enfermería, mediante la elaboración de un marco conceptual, una teoría y una filosofía de cuidados, intentando precisar su propia área de investigación y de la práctica. Estas enfermeras, a menudo llamadas teorizadoras y metateóricas, han querido delimitar el campo de la disciplina de Enfermería según su perspectiva única y sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación. Las disciplinas profesionales tienen por objetivo desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.

La Enfermería se ha desarrollado como ciencia y como profesión, pero todo cambio, y aún más, toda consolidación debe ir respaldada por una teoría (que le da sentido y metodología), así como por una práctica (que la hace útil y funcional).

La adopción de un modelo de cuidados para la práctica asistencial y su aplicación sistemática en la ayuda profesional tienen ventajas para todos los implicados.

Tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidados de Enfermería, sin hacerlo sistemáticamente, se queda en un simple ejercicio intelectual; aplicar el Proceso de Atención sin un modelo teórico de referencia, solo sirve para sistematizar actividades aisladas que tienen significado para quién aplica el proceso.

Marco teórico de los cuidados de Enfermería

Una práctica es científica cuando sus actuaciones se basan en teorías que han sido desarrolladas científicamente, y se aplican mediante un método sistemático para resolver los problemas de su área de competencia.

La práctica científica de la Enfermería requiere la adopción de una teoría que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados, y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones de Enfermería.

Hoy día con el nivel de desarrollo de la disciplina, la práctica científica de la Enfermería adopta como referencia teórica un modelo de cuidados y como metodología, el Proceso de Atención de Enfermería; ambos significan la epistemología de Enfermería, entendidos como los fundamentos y el método del conocimiento de Enfermería.

Dos personas interactúan para satisfacer sus requerimientos de cuidados de salud, relacionados con la actividad de la vida diaria; existe una habilidad normal por parte de estas personas de cuidarse a sí misma, la cual puede verse disminuida por una enfermedad, efecto de un tratamiento o por la edad, además, también influye el funcionamiento físico, psicológico social y espiritual. Para satisfacer estos requerimientos de cuidados es necesario:

1. Conocimientos científicos.
2. Aplicación de tecnologías.
3. Habilidades en las relaciones humanas.

Los cuidados de enfermería pueden aumentar su complejidad según el contexto donde se apliquen, por ejemplo, estos pueden ser desarrollados en el medio hospitalario o en la comunidad, por lo que

se necesita uno o varios modelos que permita orientar y organizar el propio proceso del cuidado.

Modelos

Los modelos se desarrollan mediante conceptos relacionados que aún no han progresado hacia una teoría. Estos conceptos constituyen unos diseños estructurales que dan lugar al modelo, este no es más que una etapa intermedia en el desarrollo de una teoría. Los conceptos tienen que poseer un valor, o estar considerados como relevantes para la medición de los resultados específicos de una disciplina.

Estos modelos nunca deben ser una estructura rígida o sólida, sino algo creciente y en evolución. El aporte que se haga desde el campo de la investigación, de la práctica y la docencia, deben mantenerlos vigentes. Son útiles para desarrollar teorías, porque ayudan a la selección de conceptos relevantes y necesarios para representar un fenómeno de interés, y para determinar las relaciones existentes entre los conceptos.

Modelos de enfermería:

1. Son representaciones de la realidad de la práctica.
2. Son contruidos para hacer comprensibles lo que hacen y deben hacer los profesionales de Enfermería.

Hacer explícitos estos factores que se dan en una situación de enfermería. Se convierte en un instrumento que nos recuerda los distintos aspectos del cuidado de enfermería que tienden a olvidarse.

Los modelos de enfermería establecen el pensamiento, guían su contenido y práctica, son valiosos para la práctica porque:

1. Sirven como elementos o instrumentos de unión entre la teoría y la práctica.
2. Pueden clasificar nuestras ideas sobre elementos de una situación práctica relacionada entre sí.
3. Pueden ayudar a quienes trabajan en Enfermería para comunicarse con mayor eficiencia.
4. Puede servir de guía en la práctica, la docencia, la investigación y la administración.

Conceptos básicos en la unidad de enfermería:

1. La persona que recibe los cuidados.
2. El entorno de esa persona.
3. La salud.
4. Los propios cuidados de enfermería.

La mayoría de estos conceptos están influidos por los trabajos en las ciencias sociales y biológicas, sobre todo, por los descubrimientos hechos en las disciplinas de psicología, sociología y estudios de comunicación, por lo que no han salido de la nada, sino de un organismo de comprensión que llamamos ciencias humanas.

La adopción de un modelo de cuidados para la práctica asistencial y su aplicación sistemática en el proceso de atención de Enfermería tiene ventajas para todo lo implicado.

Tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidados de Enfermería, sin hacerlo sistemáticamente, se queda en un simple ejercicio intelectual; así como aplicar el Proceso de Atención de Enfermería, sin un modelo teórico de referencia, solo sirve para sistematizar actividades aisladas que tienen significado para quien aplica el proceso. Las actividades suelen ser tan variadas y cambiantes como la persona que lo realiza, puede encontrarse fuera del ámbito profesional y/o de disciplina.

Necesidad de un modelo para el cuidado de enfermería. Las explicaciones teóricas en las que se sustentan los cuidados de enfermería se encuentran en los modelos de cuidados. Los conceptos acerca del cuidado es uno de los elementos nucleares o paradigmáticos de los modelos de Enfermería.

La principal ventaja de utilizar un modelo en la práctica cuidadora es que proporciona un marco conceptual para la organización, análisis y evaluación del proceso de cuidado.

Comprender lo relacionado con los cuidados de la persona, su dimensión para la salud, enfermedad y el entorno requiere que estos fenómenos sean entendidos durante la parte teórica de Enfermería; por tanto, la práctica correcta de la Enfermería precisa que los cuidados se observen, analicen y aborden mediante el modelo de enfermería que mejor se adapte a la realidad en la que se desarrolla la práctica cuidadora.

Una disciplina es un área de investigación y de práctica marcada por una perspectiva científica o por una manera distinta de examinar los fenómenos.

La Enfermería como ciencia necesita de un marco conceptual, es decir, delimitación de una unidad de pensamiento, se debe recordar que la ciencia es conceptual.

En Enfermería se utilizan conceptos científicos de nuestro trabajo, también principios científicos de otras disciplinas.

Los conocimientos científicos se organizan y se desarrollan en teorías, los modelos describen las relaciones que pueden existir entre los conceptos de esa teoría.

Las disciplinas se definen a sí mismas y se diferencian de otras por su marco de referencia que usan como base de sus observaciones, y que dirigen la forma y los objetivos de su práctica.

Teorías

Las teorías proporcionan las bases para comprender la realidad en Enfermería, y capacitan al enfermero para comprender porqué un hecho ocurre. Con el aprovechamiento del conocimiento teórico, el enfermero puede ser capaz de describir y explicar qué está ocurriendo. Una vez que el enfermero ha comprendido porqué una situación aparece, es posible identificar qué acción específica puede realizar en esa situación, esto es aplicable no solo cuando aparecen las situaciones, sino antes de que se lleguen a producir, ya que puede predecir y controlar situaciones de atención al paciente.

Definición. "Un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyecta una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos".

Las funciones de la teoría son entre otras la síntesis del conocimiento, la explicación de los fenómenos de interés para la disciplina que utiliza la teoría, y la previsión de medios para predecir y controlar los fenómenos. El científico busca en una teoría:

1. Definiciones. Las teorías están formadas por conceptos que son los elementos básicos de una teoría, son abstracciones de la realidad que se pueden observar directa o indirectamente. Cada concepto teórico tiene un solo significado que queda claramente definido en la teoría. Todo conocimiento científico está formado por conceptos y estos son privativos de una rama de la ciencia.
2. Explicaciones. La teoría relaciona los conceptos de tal forma que explica los fenómenos que interesan a esta disciplina, proporcionando comprensión.
3. Predicciones. A partir de las hipótesis se afirman relaciones entre los conceptos o proposiciones.

La teoría proporciona un marco y relaciona los conceptos pertinentes a la disciplina, ordena los acontecimientos asociados con la disciplina, esta es la base teórica que la disciplina ofrece al profesional.

La teoría desde el punto de vista científico, consiste en un patrón de construcción lógica en el que encajan todos los datos pertinentes de un fenómeno, es un fenómeno abstracto que se desarrolla dentro

de la mente, pero deriva de la realidad e influye en las acciones; a través de la teoría, una multitud de datos se organizan en un conjunto con significado. Es el resultado de un proceso intelectual que se pone en marcha mediante las observaciones que generan las ideas, entonces, por medio del intelecto, las ideas y los conceptos pueden ser relacionados entre sí para identificar o aislar factores, para caracterizarlas o clasificarlas, para predecir el efecto de la causa o para prescribir una línea de acción por la cual obtener los resultados deseado. Cuando tal relación se estimula se ha formulado una teoría.

La utilidad de la teoría consiste en proporcionar conocimientos para mejorar la práctica a través de la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

La formulación de una teoría requiere que el teórico tenga habilidad para observar de manera discriminada, pensar con lógica y conceptualizar creativamente.

Al formular la teoría, lo que se obtiene es una descripción de la realidad tal y como es, no unas especulaciones personales de la realidad.

El proceso por el que se construye una teoría normalmente incluye:

1. La descripción de los fenómenos relacionados con el terreno de la investigación.
2. La especificación, definición y clasificación de los conceptos que guardan relación con las entidades empírica correspondientes.
3. El desarrollo de experiencias, que surgen como los conceptos, están relacionados entre sí.
4. La exposición de cómo las afirmaciones están relacionadas de forma sistemática y lógica.

Los conceptos son los elementos básicos de una teoría, son representaciones abstractas de la realidad que indican la materia de la teoría.

La teoría proporciona un marco y relaciona los conceptos pertinentes a la disciplina, ordena los acontecimientos asociados con esta última, esta base teórica de la disciplina ofrece al profesional un punto de partida para la práctica y la investigación; además, brinda autonomía profesional porque orienta las funciones que la Enfermería desarrolla. Es importante diferenciar lo que es una teoría y lo que es un modelo. Un modelo es: "una representación esquemática de algún aspecto de la realidad".

Consideramos a la teoría y a la praxis como las dos caras de una misma moneda, las cuales no pueden separarse. Solo los enferme-

ros que fundamentan su práctica en la teoría serán capaces de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos en Enfermería e iniciar acciones pertinentes.

Una teoría permite guiar la acción, es su primera finalidad; tenemos necesidad de un marco conceptual, tanto si la prestación de servicio es en el ámbito hospitalario, como en el comunitario, en la enseñanza o en la investigación de Enfermería.

A finales de los años 60, las "teóricas" en enfermería intentaron crear unas teorías de enfermería, desarrollaron una estructura teórica que empleaban los conocimientos de otras ciencias.

Roger en 1967 planteó: "Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional."

La Enfermería es una ciencia humana, una actividad sistematizada que parte de una explicación lógica, racional o fundamentada. El cuerpo de conocimiento de Enfermería parte de teorías generales de aplicación de diversas ciencias, de fundamentos de otras disciplinas y de conceptos propios que le dan categoría de profesión independiente.

El conjunto de conocimientos propios de enfermería, que le dan un significado diferente de otras profesiones, es lo que se denomina el medio conceptual de Enfermería.

La ciencia trata de la comprensión, la predicación y el control de los fenómenos naturales; la habilidad de predecir con exactitud y de identificar los medios apropiados para su control.

La calidad de la acción de Enfermería está en relación directa con el nivel de conocimiento y comprensión de la persona que lo practica. Una profundización de estos conocimientos mejora la calidad de los cuidados prestado a las personas, familia y comunidad.

Los cuidados siguen siendo la razón de ser de la profesión y constituye su esencia, por lo que se hace necesario consolidar un cuerpo de teorías de enfermería científicamente comprobada, de donde se podrán obtener los hechos, los conceptos y los principios en los que se basan la educación de enfermería, los cuidados y los servicios de enfermería al paciente, familia y comunidad.

Principales conceptos y definiciones del desarrollo de una teoría

Ciencia. Es un cuerpo de conocimientos que se fundamenta en la observación, la descripción, la identificación, la explicación y la investigación de los fenómenos.

Hecho. Es aquello que se sabe o conoce con certeza.

Conocimiento. Es la percepción o conciencia de la realidad, adquiridas por el aprendizaje o la investigación.

Concepto. Es la formulación mental compleja de un objeto, que deriva de la experiencia perceptiva individual. Es una idea o una

imagen mental. Los conceptos pueden ser abstractos (son independientes del lugar y el tiempo) y concretos (están bien tipificados).

Paradigma. Del griego paradeima que significa modelo, tipo, ejemplo. Un paradigma es el resultado de los usos y costumbres, de creencias establecidas, de verdades a medias; un paradigma es ley hasta que es "desbancado" por otro nuevo. Es un diagrama conceptual, puede tratarse de una estructura usada para organizar u ordenar una teoría.

Modelo. Es una idea que explica por medio de la visualización física o simbólica. Estos modelos pueden ser esquemáticos, verbales o cuantitativos. Los modelos pueden carecer de forma física (modelos simbólicos), pueden estar enunciados con palabras (modelos verbales) o manifestarse a través de dibujos, diagramas, imágenes, etc. (modelos esquemáticos). Los modelos suelen realizarse para facilitar la acción de pensar o imaginar los conceptos, así como las relaciones que existen entre ellos, o para estructurar una investigación.

Teoría. Una teoría es un conjunto de definiciones, proposiciones y conceptos que proyectan una visión sistemática de los fenómenos, que establece relaciones específicas entre los conceptos para describir, explicar, aclarar, predecir y controlar fenómenos.

Fenómeno. Es cualquier hecho que sea susceptible de percepción directa (es decir, a través de nuestros sentidos), equivale a la realidad.

Definiciones. Son enunciados relativos al significado de una palabra, frase o término. Las definiciones pueden ser connotativas (sugieren significados accesorios), denotativas (se refieren a las propiedades y caracteres identificativos del objeto), teóricas (comunican significados generales) y operativas (especifican las actividades y miden variables).

Enunciados supuestos. Son aquellos enunciados que se creen ciertos sin estar demostrados. Pueden ser implícitos o explícitos.

Enunciados teóricos. Describen una relación entre 2 o más conceptos.

Ley. Es un enunciado que describe una relación en que los científicos tienen tanta confianza que la consideran verdad absoluta.

Axioma. Representan conjuntos de enunciados básicos, cada uno de los cuales es independiente de los demás, y a partir de ellos pueden derivarse los demás enunciados de la teoría.

Proposiciones. Son enunciados derivados de los axiomas. En la terminología científica se utiliza o sustituye por hipótesis. La hipótesis debe ser confirmada o negada a través de la investigación o comprobación.

Existencia. Establece que hay un concepto (que es real).

Causalidad. Cuando existe relación entre 2 conceptos.

Investigación. Es la aplicación rigurosa del método científico para demostrar u obtener conocimientos fiables y veraces de la realidad. Puede llevarse a cabo de forma inductiva o deductiva.

Macroteoría. Se refiere a aquellas teorías que son amplias de alcance y de gran complejidad. Tienen conceptos acumulativos que encontraremos en las teorías de menor alcance.

Teorías de medio alcance. Son teorías más definidas, se sitúan en una banda más concreta de menor extensión que las macroteorías, pero mayor que las microteorías.

Microteorías. Se ocupan de fenómenos muy definidos, son muy específicas y poseen poca complejidad.

Inducción. Es una forma de razonamiento que parte de lo específico hacia lo general, o sea, las partes se juntan hacia algo más amplio. En este tipo de desarrollo, primero se observan y estudian los acontecimientos particulares, para luego ir hacia los enunciados teóricos generales.

Deducción. En este caso ocurre lo contrario que el concepto anterior, pues se parte de lo general y se dirige hacia lo específico. Es la teoría de elección para la investigación.

Retroducción. Se caracteriza por la combinación de los 2 conceptos anteriores. Produce adelantos y es utilizado por los autores o los teóricos para formar una nueva teoría; marcan la estructura y trasladan datos.

Cualidades que debe tener una teoría para ser evaluada. Independientemente de los diferentes criterios que se pueden exigir de una teoría, según los autores existen unos requisitos que son comúnmente aceptados:

1. Claridad. Se miden los conceptos y las palabras utilizadas, las que deben entenderse fácilmente, sin neologismos (inventados), antagonismos (de las mismas palabras o conceptos según el contexto).
2. Las definiciones denotativas son más valoradas por su gran claridad, aunque no se desestiman las connotativas.
3. Los ejemplos, los gráficos y otros elementos (imágenes, tablas, etc.) son de gran valor esclarecedor y pedagógico.
4. Generalidad. Se observa la cantidad de conceptos y de metas establecidos por la teoría, mientras mayor sea el número de ellos más general resulta ser. Algunos autores consideran que las teorías cuantos más generales, son más válidas; otros piensan que cada teoría debe tener su espectro según el tema que estudien, y dejan en un segundo plano la generalidad.

5. Sencillez. También según los pensadores hay diferencias, mientras que algunos consideran que la teoría debe ser compleja para ser significativa, otros opinan que la concisión y la comprensión deben gobernarla.
6. Precisión empírica. Este punto va a regular o medir el grado de cumplimiento o relación entre la teoría y la información empírica observable, es decir, el grado de cumplimiento o de accesibilidad en la práctica.
7. Consecuencias derivables. Las teorías deben ser útiles, influir en las investigaciones y en la práctica, identificar el camino que debe seguir la enfermería, aumentar conocimientos específicos sobre la profesión, y debe predecir los resultados.

Con el propósito de precisar las características de la disciplina Enfermería, Fawcett (1984) examinó los escritos de varios enfermeros teóricos y ha reconocido como Flaskerud y Halloran (1980), que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita e implícita. Desde 1859 estos conceptos están presentes en los escritos de Nightingale. Es precisamente, gracias a la manera particular con que los enfermeros abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno, que se clasifica el campo de la disciplina Enfermería. Este razonamiento esclarece que para lograr el objetivo de enfermería, se hace necesario retomar el cuidado como la esencia de la propia Enfermería.

Desarrollar una teoría profesional es esencial para el crecimiento de toda disciplina, pues su finalidad primordial es que permite la acción sin olvidar que los modelos son construcciones relacionadas con esta teoría; por ellos precisamente el binomio teoría-modelo forma un todo coherente.

En un intento por estudiar mejor los modelos y las teorías, algunas enfermeras han tratado de agruparlas a partir de la identificación de aquellos aspectos que tienen en común.

Además de los conceptos metaparadigmático, los modelos y teorías presentan otros aspectos comunes que pueden identificarse a partir de la manera de abordar la descripción del proceso de cuidar.

Si analizamos las definiciones de modelo y teoría, podemos afirmar que ambos conceptos no son sinónimos, sin embargo, existe una fuerte relación entre ambos, ya que los modelos sirven como eslabón en el desarrollo de una teoría, siendo prototipo de la misma. Esta relación puede quedar claramente definida si decimos que una teoría siempre será un modelo, pero un modelo no siempre tendrá la categoría de teoría.

Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas "paradigmas" principalmente por el filósofo Kuhn (1970) y el físico Capra (1982). Estos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo occidental, paradigmas que han influido en todas las disciplinas.

Un problema habitual en cualquier campo de la ciencia, incluida la Enfermería, es que cuando un paradigma ha guiado la comprensión de una profesión, cualquier cambio que se proponga es difícil de comprender y aceptar. Diariamente en nuestra práctica clínica estamos aplicando distintos modelos como paradigmas; estos han sido estructurados a lo largo de la historia de forma tal que se superponen, sin que una forma de pensamiento supere la otra.

Clasificación de los modelos y teorías

Paul Beck (1976):

1. Tendencia ecologista.
2. Tendencia existencialista.
3. Tendencia cósmica.
4. Tendencia sociológica.

UNED (1981):

1. Tendencia naturalista.
2. Tendencia de suplencia y ayuda.
3. Tendencia de interrelación.

Ann Marriner (1989):

1. Tendencia humanista.
2. Tendencia de relaciones interpersonales.
3. Tendencia de sistemas.
4. Tendencia de campos energéticos.

Marriner y Raile (1994):

1. Filosofías.
2. Modelos conceptuales.
3. Teorías de nivel medio.

Suzanne Kérouac (1996):

1. Paradigma de categorización.
2. Paradigma de integración.
3. Paradigma de transformación.

S. Kérouac y colaboradores (1996):

1. Escuela de necesidades.
2. Escuela de interacción.
3. Escuela de efectos deseables.
4. Escuela de promoción de la salud.
5. Escuela del ser humano unitario.
6. Escuela del Caring.

Clasificaciones y teorías relacionadas

Clasificación establecida por Paul Beck en 1976.

Tendencia ecologista. Existen modelos que establecen una relación entre la naturaleza y el medio ambiente con la salud, la cual influye con el proceso de cuidar (*Florence Nightingale*).

Tendencia existencialista. Existen modelos que establecen una clara relación entre la salud y las características, preferentemente psicológicas de los individuos (*H. Peplau, M. Levine, N. Roper, C. Roy e I. King*).

Tendencia cósmica. Existen modelos que muestran una clara relación entre la salud y el medio ambiente que rodea al sujeto (*M. Rogers*).

Tendencia sociológica. Considera la existencia de modelos que hacen referencia a la relación entre la salud y la dinámica social (*D. Orem y A. Meleis*).

La siguiente clasificación, creada por UNED en 1981, respondió al criterio de identificar el papel que la enfermera realiza durante el proceso de cuidar.

Tendencia naturalista. Existen modelos que consideran que el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él (*Florence Nightingale*).

Tendencia de suplencia y ayuda. Modelos que reflejan la función de enfermería como la misión de sustituir al sujeto a la vez que le ayude a conseguir el máximo nivel de independencia posible (*V. Henderson y D. Orem*).

Tendencia de interrelación. Modelos que definen el papel de enfermería como el profesional, que establece una relación con la persona a la que cuida (*H. Peplau, M. Rogers y C. Roy*).

Ann Marriner en su libro acerca de modelos y teorías estableció 4 clasificaciones para las teorías y modelos de Enfermería.

Tendencia humanista. Identifica los modelos que consideran la Enfermería como un arte y una ciencia (*F. Nightingale, V. Henderson, FG. Abdellah, L. Hall, D. Orem, M. Leininger y J. Watson*).

Tendencia de relaciones interpersonales. Se considera dentro de esta tendencia aquellos modelos que definen la Enfermería como una relación interpersonal, esta es el elemento clave en el proceso de cuidar (*C. Roy y J. Travelbee*).

Tendencia de sistemas. Incluye los modelos que consideran la Enfermería como un sistema y explica el proceso de cuidar a través de la teoría de sistema (*B. Neuman y D.E. Johnson*).

Tendencia de campo energético. Los modelos que se agrupan en esta tendencia definen la Enfermería en términos de intercambio y

conservación de energía, esta es el elemento clave en el proceso de cuidar (*M. Rogers*).

En el libro de *Marriner A y Raile M* (1994) se establecen 3 nuevas categorías clasificadoras:

Filosofías. Aquellos modelos basados en el "Análisis, razonamiento y argumentos lógicos". Los modelos considerados filosofías nos muestran la Enfermería como una combinación de arte y ciencia (*F. Nightingale, V. Henderson, E. Wiedenbach, FG. Abdellah, LE. Hall, J. Watson y P. Benner*).

Modelos conceptuales. Todos los trabajos que identifican los conceptos involucrados en el proceso de cuidar, a la vez que se plasma en cierto nivel de relación entre ellos, se deja abierta una vía directa para el desarrollo de teorías (*DE. Orem, M. Levine, M. Rogers, DE. Johnson, C. Roy, B. Neuman e I. King*).

Teorías de nivel medio. Agrupa los modelos en los que se muestran las relaciones entre los conceptos implicados en el proceso de cuidar, "desarrollando enunciados que responden a las preguntas planteadas en el campo de la Enfermería" (*H. Peplau, IJ. Orlando, J. Travelbee, J. Riehl-Sisca, HC. Erickson, EM. Tomlin, RT. Mercer, KE. Barnard, M. Leininger, R. Rizzo Parse, JJ. Fitzpatrick, MA. Newman, E. Adam y N. Pender*).

Partiendo de la consideración de que existen los paradigmas, S. Kérouac analiza los modelos y teorías identificando en ellos la presencia de creencias, valores, principios, leyes, teorías y metodología que tienen en común unos con otros y procede a su clasificación en 3 paradigmas.

Esta clasificación permite abordar las teorías y modelos desde la perspectiva de "Las grandes corrientes del pensamiento o manera de ver o comprender el mundo", lo que permite integrar el desarrollo del pensamiento de enfermería en el desarrollo del pensamiento científico.

Paradigma de la categorización. Según el paradigma de la categorización los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.

Un cambio es un fenómeno como consecuencia de condiciones anteriores; así mismo los elementos y las manifestaciones conservan entre sí la relación lineal y causal. Bajo el ángulo de este paradigma el desarrollo de los conocimientos se orienta hacia el descubrimiento de leyes universales.

Aplicado en el campo de la salud este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad.

El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente 2 orientaciones en la profesión de enfermería: una orientación central en la salud pública, que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad. Otra orientación centrada en la enfermedad y muy unida a la práctica médica.

En esta clasificación podemos identificar la influencia del positivismo. La epistemología del positivismo propone la división de los fenómenos en categorías, clases o grupos definidos; el trabajo de F. Nightingale queda enmarcado dentro de este paradigma.

Paradigma de la integración. Es una prolongación del paradigma de la categorización al reconocer los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrar el contexto específico en que se sitúa un fenómeno; por ejemplo, el contexto en que se encuentra una persona, en el momento que aparece una infección, influenciará su reacción al agente infeccioso y su respuesta al tratamiento. Este paradigma ha inspirado la orientación de enfermería hacia la persona; los trabajos de V. Henderson, H. Peplau y D. Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma.

Paradigma de la transformación. Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de equilibrio, la interacción de fenómenos complejos se percibe como el punto de partida de una nueva dinámica aun más compleja; se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

Según el paradigma de la transformación un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro; algunos presentan similitudes pero ningún otro es semejante.

Cada fenómeno puede ser definido por una estructura; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande: el mundo que lo rodea. Conocida desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento está ya bien situada en todas las esferas del mundo occidental.

El paradigma de la transformación es la base de una apertura de la ciencia de Enfermería hacia el mundo; ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina de Enfermería; los trabajos de M. Newman en 1983, R. Rizzo Parse en 1981, M. Roger en 1970 y J. Watson en 1985 y 1988 quedan enmarcados dentro de este paradigma.

Clasificación por escuelas. La clasificación creada en 1996 por S Kerouac y colaboradores permite mejor estudio de las teorías, y tiene gran aceptación por el gremio de Enfermería. La tabla 1.1 muestra una cronología agrupada por escuelas.

Tabla 1.1. Cronología de las concepciones de la disciplina de Enfermería agrupadas por escuelas

Año	Necesidades	Interacción	Efectos deseables	Promoción de salud	Seres humanos unitarios	Caring
1952		H Peplau				
1955	V Henderson					
1958			D Johnson			
1959	D Orem					
1960	F Abdellah					
1961			L Hall			
1962		I Orlando				
1963				M Allen		
1964		J Travelbee				
1965		E Wiedenbach				
1967			M Levine			
1968		I King				
1970					M Rogers	
1971			C Roy			
1973			B Neuman			
1978						M Leininger
1979					M Neuman	J Watson
1981					R Parse	

Tomado de: Kérouac S. Pensamiento Enfermero. España: Masson SA, 1996.

Escuela de necesidades. Los modelos de la escuela de necesidades han intentado responder a la pregunta ¿Qué hacen los enfermeros?. Además definen la acción de la enfermera como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el autocuidado.

Por el hecho de reservar un lugar importante a la enfermedad y a los problemas de salud, las concepciones de la escuela de las necesidades han marcado el origen de un centro de interés específico de la disciplina de Enfermería o una orientación hacia la persona (centro de interés).

La jerarquía de necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erikson han influenciado esta escuela.

Las principales "teorizadoras" de esta escuela son *Virginia Henderson, Dorothea Orem, Faye Abdellah e I. Paterson.*

Escuela de la interacción. El desarrollo de esta escuela fue favorecido por varios acontecimientos políticos y socioculturales en América del Norte. La teoría psicoanalista prevalece en esta época; hay una creciente demanda de atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas.

Los modelos de esta escuela han intentado responder a las preguntas ¿Cómo hacen los enfermeros lo que están haciendo?

Según esta escuela el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayudar y otra capaz de ofrecerle ayuda. Con el propósito de poder ayudar a una persona, los enfermeros deben clasificar sus propios valores, utilizar su persona desde el punto de vista terapéutico y comprometerse en el cuidado; el cuidado es una acción humanitaria y no mecánica, por lo que se trata de un proceso de interacción entre la persona y la enfermera.

La fenomenología, el existencialismo y el psicoanálisis influenciaron esta escuela; su centro de interés radica en la persona y el cuidado.

Las principales "teorizadoras" de esta escuela son *Hildegard Peplau, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King.*

Escuela de los efectos deseables. Esta escuela pretende responder a ¿Por qué los enfermeros hacen lo que ellos hacen sin ignorar qué y cómo?

Las "teorizadoras" de esta escuela han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados de enfermería. Considerar que el objetivo de los cuidados consiste en reestablecer el equilibrio, la estabilidad, la homeostasia o en preservar la energía.

Estas "teorizadoras" se han inspirado en las teorías de adaptación y de desarrollo, así como en la teoría general de los sistemas.

Esta escuela propone objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados de enfermería, destinados a la forma que es vista como en sistema; su centro de interés radica en el cuidado.

Las enfermeras "teorizadoras" de esta escuela son *Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy y Betty Neuman.*

Escuela de la promoción de salud. *Moyra Allen* se ha inspirado en el enfoque sistémico para la elaboración de su modelo de cuidados de enfermería. Esta escuela trata de responder ¿qué hacen? ¿cómo? ¿a quién?. Según Allen, el primer objetivo de los cuidados es la promoción de la salud mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros, por la activa-

ción de sus procesos de aprendizaje. La enfermera debe desempeñar una función de agente facilitador, estimulador y motivador para el aprendizaje.

Las características de la relación enfermero-familia son la negociación, colaboración y coordinación. Para que se produzca un cambio, la persona-familia debe ser un participante activo de estos cuidados. En esta escuela se incluye no solo el cuidado a la persona, también a la familia la cual aprende de sus propias experiencias de salud. Su centro de interés es el cuidado a la persona y la familia.

Escuela de ser humanitario. La escuela de ser humanitario se sitúa en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación; sus "teorizadoras" intentan responder a la pregunta ¿a quién van dirigidos los cuidados de enfermería?.

Desde 1970 *Martha Rogers* presentó una concepción de la disciplina Enfermería que se desmarca de otras por su originalidad; ella propone a las enfermeras una visión de la persona y de los cuidados de enfermería que procede de trabajos filosóficos, de teorías de la física y de la teoría general de los sistemas de *Von Bertalanffy* (1968).

Gracias a la escuela de humanitario, el holismo ha conseguido todo su significado, centra su interés en quién es y cómo es el receptor del cuidado de enfermería. Sin embargo, *Rogers* evita el concepto holismo como causa de la mala utilización que muchos han hecho de él; prefiere el concepto de persona unitaria, e invita a las enfermeras a desarrollar la ciencia del ser humano unitario. Otras "teorizadoras" se han unido a esta escuela y han diseñado fuentes filosóficas extraídas del existencialismo y de la fenomenología. Se trata de *Margaret Newman* y de *Rosemarie Rizzo Parse*.

Rogers ha buscado en los conocimientos provenientes de numerosas disciplinas (Psicología, Sociología, Astronomía, Filosofía, Historia, Biología, Física, entre otras) crear su modelo conceptual del ser humano unitario. También la han inspirado para la elaboración de los conceptos y principios de sus modelos las teorías de : *Nightingale* y la concepción del ser humano en estrecha unión con la naturaleza, *Eintein* y la teoría de la relatividad, *Bury Northrop* y la organización del campo electrodinámico, así como *Von Bertalauffy* y la teoría general de los sistemas. Plantea que la disciplina de la Enfermería es a la vez una ciencia, un arte y una profesión que se aprende. Esta teoría abre más el conocimiento de enfermería que ofrece a la población. El campo de interés de esta escuela es la persona y el entorno.

Escuela del caring. Esta escuela que tiene por conceptos centrales el caring y la cultura se sitúa también en la orientación de la apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación; su interés

radica en el cuidado y la persona (de diferentes culturas). Intenta responder de nuevo a la pregunta ¿cómo las enfermeras hacen lo que hacen?.

Durante los últimos 15 ó 20 años el concepto de caring ha sido el centro de varios escritos en la disciplina Enfermería; *Leininger* ha mantenido este concepto como la esencia de la disciplina.

Según *Bennery* y *Wrubel* (1989), el caring está formado por el conjunto de las acciones que permiten a la enfermera descubrir de manera sutil los signos de mejoría o de deterioro en la persona; también significa facilitar y ayudar, respetando los valores, creencias, la forma de vida y la cultura de las personas. Este término inglés engloba los aspectos científicos, humanísticos, instrumentales y expresivos, así como su significado, elementos inseparables en el acto de cuidar.

Las "teorizadoras" de la escuela del caring creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas, si se abren a dimensiones como la espiritualidad (*Jean Watson*, 1985-1988) y la cultura (*Madeleine Leininger*, 1988), y se integra los cuidados a estas dimensiones. Esta escuela tiene influencia de F Nightingale y de la antropología.

Los trabajos de las enfermeras "teorizadoras" permiten cada vez más precisar lo esencial de la disciplina Enfermería.

Agrupación de los elementos claves de las teóricas según escuelas:

Florence Nightingale. Leyes de vida y de salud. Entorno sano. Condiciones sanitarias.

Escuela de necesidades.

Virginia Henderson: Integridad. Dependencia e independencia en la satisfacción de las necesidades. Necesidades fundamentales y necesidades específicas.

Dorothea E Orem. Auto-cuidado. Agente de cuidado. Déficit de cuidado. Sistema de cuidados de enfermería.

Faye Glen Abdellah. Necesidades. Problemas.

Escuela de Interacción.

Hildegard E Peplau. Necesidades de ayuda. Relación interpersonal. Terapéutica.

Ida Jean Orlando. Necesidad de ayuda. Angustia. Relación interpersonal.

Ernestine Wiedenbach. Necesidad de ayuda. Relación interpersonal significativa.

Imogene King. Interacción. Percepción. Comunicación. Transacción. Rol. Estrés. Crecimiento y desarrollo. Tiempo y espacio.

Joyce Travelbee. Significado de las experiencias. Percepción. Sufrimiento y enfermedad. Autoactualización. Relaciones interpersonales.

Escuela de los efectos deseables.

Callista Roy. Mecanismos reguladores y cognitivos. Modos de adaptación. Respuesta de adaptación. Estímulos focales, contextual, residuales.

Lydia Hall. Conducta, curación, autoconocimiento, autoconciencia y reflexión. Control de sus comportamientos. Enseñanza y aprendizaje.

Dorothy Johnson. Subsistema de comportamientos. Equilibrio dinámico.

Betty Neuman. Sistema abierto. Estructura de base. Agentes de estrés. Líneas de defensa. Líneas de resistencia. Prevención. Reconstitución. Estabilidad.

Myra Levine. Conservación de la energía. Adaptación. Integralidad.

Escuela de la promoción de la salud.

Moyra Allen. Promoción de la salud. Aprendizaje. Familia. Colaboración enfermera-cliente.

Escuela del ser humano unitario.

Martha E Rogers. Campo de energía. Patterns. Pandimensionalidad. Principios de la homeodinámica.

Rosemarie Rizzo Parse. Volverse constituido. Significación. Rítmico. Con trascendencia.

Margaret Newman. Salud. Conciencia. Patterns. Movimiento, tiempo y espacio.

Escuela del Caring.

Jean Watson: caring. Relación transpersonal. Factores de cuidados.

Madelaine Leininger. Cuidado. Cultura. Diversidad del cuidado. Universalidad del cuidado.

En la figura 1.3 se ilustran los diversos niveles de conceptualización de la disciplina Enfermería, que constituyen guías para la práctica, la formación, la investigación y la gestión de la ciencia Enfermería.

Comprender lo relacionado con los cuidados de la persona, su dimensión para la salud, enfermedad y el entorno, requiere que estos fenómenos sean entendidos dentro del contexto del marco teórico de Enfermería. Por lo tanto, la práctica correcta de la Enfermería precisa que los cuidados se observen, analicen y aborden el modelo de Enfermería que mejor se adapte a la realidad en la que se desarrolla la práctica cuidadora.



Fig. 1.3. Centro de interés de la disciplina y su interacción entre los campos de actividades de la Enfermería.
Tomado de: Kérouac S. El Pensamiento Enfermero. España: Masson SA, 1996.

El marco conceptual puede ayudar a circunscribir la identidad de enfermería en la población y con respecto a otros profesionales. Permite una representación teórica de la intervención práctica, lo que evidencia las diferencias entre la función de la enfermería y la función del médico. Sirve de base a la enseñanza y a la investigación; también de guía práctica en la administración de los cuidados de enfermería. Permite a los enfermeros la explicación de la esencia de su acción. Nos ayuda a responder:

1. ¿Qué valoramos?
2. ¿Qué problemas son de mi competencia?
3. ¿Cuáles son los objetivos de la enfermería?
4. ¿Cuál debe ser el enfoque general de la intervención?

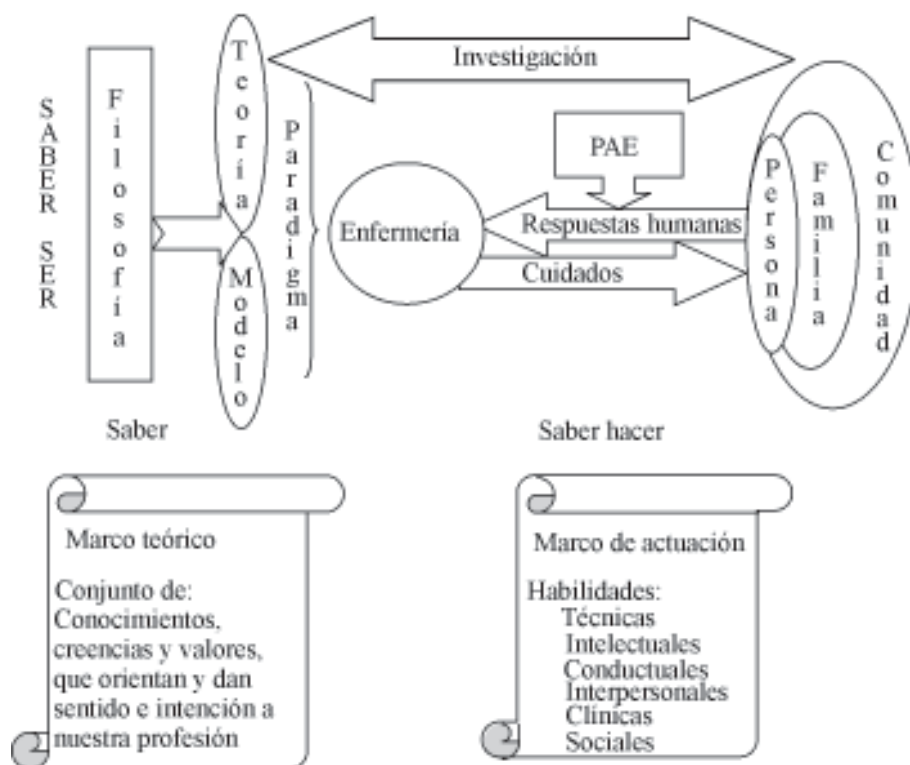


Fig. 1.4. Integración de la Enfermería como ciencia.

La figura 1.4 permite valorar la relación dialéctica existente entre el marco teórico-filosófico, el Proceso de Atención de Enfermería y las áreas de competencias de la ciencia Enfermería.

La Enfermería como ciencia necesita de un marco conceptual, es decir, una delimitación de una unidad de pensamiento, se debe recordar que la ciencia es enteramente conceptual.

En Enfermería utilizamos conceptos científicos de nuestro trabajo, como también principios científicos de otras disciplinas.

Una teoría permite guiar la acción, es su primera finalidad, tenemos necesidad de un marco conceptual tanto si la prestación de servicio es en el ámbito hospitalario como en el comunitario, en la enseñanza o en la investigación de Enfermería.

El estudio de los paradigmas, las concepciones y los principios que han guiado la profesión desde *Florence Nightingale* son esenciales y se desarrollan en teorías; los modelos describen las relaciones que pueden existir entre los conceptos de esa teoría, los que ofrecen

un sostén estructural de conceptos y principios que guían y delimitan el conocimiento y la identidad profesional.

Para poder aplicar todo este marco conceptual, teórico y filosófico de la Enfermería es necesario la aplicación de un método científico de actuación: el Proceso de Atención de Enfermería, pues como dijo Leonardo da Vinci: "la práctica sin la teoría es como el hombre que sale a la mar sin mapa, es un barco sin timón".

El Proceso de Atención de Enfermería es el método utilizado en la relación de ayuda profesional a las personas, familia y comunidad. La Enfermería necesita el uso del método científico propio, para identificar y satisfacer las necesidades en materia de salud, evaluar los resultados de su propia intervención.

La Enfermería tiene como fundamento una teoría que guía su práctica. El enfermero emplea las fuerzas de esa teoría diariamente, aunque quizás no las reconozca como tal; entre las piezas se encuentran los procedimientos, sistemas y técnicas escritas.

Aunque existen varias vías para enriquecer el cuerpo de conocimientos de la Enfermería como ciencia, es la investigación el proceso principal, mediante el cual se arriba al conocimiento científico.

La investigación permite a la Enfermería como ciencia disponer de un sistema de conocimientos que abarca leyes, teorías e hipótesis y que se encuentra en un proceso continuo de desarrollo, lo que significa que la Enfermería perfecciona continuamente su propio marco teórico y le permite describir, abordar, tratar y hasta predecir los fenómenos que discurren en la práctica.

La investigación se logra mediante la aplicación de procedimientos detallados y rigurosos donde se concreta lo que se conoce como método científico de investigación.

La investigación científica es un conjunto de acciones planificadas que permite:

1. Resolver, total o parcialmente, un problema científico determinado.
2. Rechazar los supuestos de una teoría ya existente.
3. Crear y validar nuevas teorías.

Es importante resaltar que la investigación sustenta la relación dialéctica que existe entre teoría y práctica en la formación de los conocimientos científicos, pues es allí en la práctica, donde se obtienen los datos y se confirman los supuestos teóricos de las nuevas teorías (Fig. 1.4).

Muchos autores plantean que la práctica es la base y el criterio de la verdad, pues en ella es donde se aplica la observación de los fenómenos, los instrumentos y se evidencian los resultados, los cuales son verificados con la experiencia práctica.

El profesional de Enfermería debe utilizar en sus investigaciones los hallazgos de su propia práctica clínica, ya que la práctica debe verse como la fuente del conocimiento. El conocimiento científico es el resultado de la investigación, lo que permite la consolidación del marco teórico y constituye los cimientos de la ciencia y su desarrollo.

Estas premisas nos permiten aseverar que no existe ciencia sin la aplicación de la investigación científica que sustente y nutra el cuerpo de conocimientos, el cual no puede estar estático sino en continuo movimiento y evolución.

Las investigaciones en Enfermería deben utilizar nuestro método científico de actuación, lo que permitirán la práctica basada en la evidencia científica, lo cual posibilitará afirmar los supuestos anteriores de los fenómenos estudiados, o sustentar la necesidad de abandonar las suposiciones anteriores. Esta tiene un gran reto de sustentar con elementos sólidos nuevas teorías, desarrollando la revolución y consolidación en la ciencia.

Gracias a la manera particular con que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno es que se clasifica el campo de la disciplina científica de la Enfermería.

Como se observa en la figura 1.4, el proceso de atención de enfermería es un término aplicado a un sistema de intervenciones características de la Enfermería, que permite aplicar todo nuestro marco teórico-filosófico, por tanto para la aplicación del método científico debemos crear en el educando un equilibrio entre "saber hacer", "saber" y "saber ser", que proporcione a su vez equilibrio entre las competencias en su actuación profesional para el abordaje adecuada de los fenómenos subyacentes de dicha práctica (aspecto que fue abordado en la Unidad 1).

A los educandos se les debe dirigir la formación en función del futuro, por ejemplo, los conocimientos artísticos poco explotados en el pasado, deberán activar la imaginación inventiva de personas destinadas a crear un cuidado adaptado a un mundo en transformación. Es muy deseable un equilibrio entre las humanidades y las ciencias biomédicas, que incluyen a las ciencias del comportamiento y la epidemiología social.

Durante la formación de los recursos humanos los profesores son considerados como "modelos", comparten los conocimientos, suscitan el desarrollo de habilidades y favorecen el desarrollo de la identidad profesional.

Johnson (1990) ha demostrado que un cambio de paradigma se produce actualmente en los cuidados de enfermería, y que este cambio es evidente a través de los escritos profesionales y científicos de

la Enfermería. El enfermero se orienta hacia un paradigma holístico, es el paradigma que ha sido presentado como la gran corriente del pensamiento, "de la transformación".

Para el empleo integral de las habilidades cognitivas, interpersonales y psicomotoras en la atención de enfermería es necesario profundizar los aspectos técnicos necesarios para una adecuada aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, para ello debemos fomentar en los educados:

1. Un desarrollo del pensamiento científico en el que estimulemos el talento, la creatividad e independencia, la formación de aspiraciones, intereses en forma de objetivos personales y sociales, donde la orientación profesional y vocacional tengan un espacio importante.
2. El aprendizaje mediante métodos activos, en el cual es imprescindible experimentar en el acto de la conducta, el comportamiento, las vivencias y experiencias a cerca del cumplimiento de una norma, así como la satisfacción personal que produce y el reconocimiento social que pueda provocar.
3. Un pensamiento flexible, que refleje las contradicciones objetivas de su entorno, que transformadas en conflictos y dilemas éticos provoquen una reacción de compromiso con la sociedad a partir de determinadas exigencias morales.
4. La independencia, seguridad y sentido de la responsabilidad como medida de un deber social.
5. La conciencia individual mediante la autovaloración, valoración y emisión de juicio, según su sistema de valores y creencias.
6. La promoción del análisis crítico mediante juicios valorativos y comparativos que estimulen la creatividad, el despliegue de la inteligencia y el talento unido a la voluntad en el logro de determinada meta o propósito.
7. El vínculo del conocimiento con su significación humana, espiritual y los sentimientos.

Consideraciones finales

La Enfermería -el arte milenario del cuidado- se convirtió en una ciencia reconocida a mediados del siglo pasado; como toda ciencia consta de un cuerpo teórico conceptual que sustenta sus principios y objetivos; posee un método científico propio -el Proceso de Atención de Enfermería- que incluye técnicas y procedimientos particulares dirigidos al cuidado de la salud de la persona, familia o comunidad.

Al analizar el paradigma teórico-filosófico de Enfermería debe verse como una estructura de conocimientos que permite guiar y desarrollar la comprensión de esta ciencia, desde un punto de vista epistemológico, que es el eje fundamental para una visión científica de la disciplina Enfermería.

Los modelos y teorías de enfermería son el resultado del examen cuidadoso y crítico que hacemos los enfermeros de los fenómenos y hechos que conforman la práctica de enfermería, mediante el método científico y la aplicación de los distintos tipos de razonamiento influenciados por supuestos y paradigmas.

Los modelos conceptuales y las teorías existen para poder llevar a la práctica nuestro trabajo, nos fundamenta y nos enseña a actuar con un sentido. La teoría es capaz de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos. Nos ayuda a mejorar los resultados con el mismo o menor esfuerzo, y nos da autonomía. Si profundizamos más, descubrimos que la teoría ayuda a analizar los hechos, nos plantea retos y nos hace superarnos, crea bases para funcionar y en general potencia y adecua la práctica de los cuidados y la investigación de enfermería. Para desarrollar una teoría hay que partir de una serie de conceptos básicos que quedan recogidos en la propia filosofía de Enfermería.

Los valores morales pertenecientes a la filosofía de esta ciencia están presentes en su código ético, dirigidos a la protección del protagonista principal en el proceso salud-enfermedad, la persona.

El conocimiento de diversas perspectivas conceptuales y técnicas estimulan el pensamiento creativo, guían la enseñanza y la investigación, aumenta el reconocimiento de la contribución científica y facilita la colaboración interdisciplinaria; ofrece los términos específicos para ser más operativos los conceptos centrales de la disciplina que permitan guiar el cuidado.

Aunque existen varias teorías de Enfermería, estas no son contradictorias entre sí, ya que están diseñadas para abordar el fenómeno de distintas formas, las cuales se complementan y establecen un grupo de declaraciones que conforman el paradigma de la Enfermería.

Bibliografía

- Benavent MA et al. Fundamentos de Enfermería. España: DAE. Grupo Paradigma. Enfermería 21, 2002.
- Chacón N. Formación de Valores Morales. Ed. Pueblo y Educación, 1999.
- Diccionario de Filosofía. Traducción al español. Editorial Progreso. Moscú, 1984.

- Fuerbringer M et al. Enfermería, Disciplina Científica. México: Ed. Universitaria Potosina, 1995.
- Iyer P. Proceso de Enfermería y Diagnóstico en Enfermería. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1997.
- Jiménez R. Metodología de la investigación. Elementos básicos para la investigación clínica. La Habana Ed. Ciencias Médicas, 1998.
- Kérouac S. El Pensamiento Enfermero. España: Masson SA, 1996.
- Leddy S, Pepper JM. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Filadelfia: JB Lippincott Company, 1997.
- Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Administración y Liderazgo en Enfermería. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1998.
- Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería, 4ta. ed. Madrid: Harcourt, 2000.
- Medina Castellanos CD. Ética y Legislación. España: DAE. Grupo Paradigma. Enfermería 21, 2002.
- Nightingale F. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. Salvat, 1990.
- Rodríguez J. Fundamentos de Enfermería Especializada. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1997.
- Thompson J. Thompson H. Ética de Enfermería. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1998.

UNIDAD 3. TEORÍAS Y MODELOS QUE FUNDAMENTAN LA ENFERMERÍA

Caridad Valenzuela Tamayo y Cristobalina Valdés Marrero

Introducción

La enfermería como profesión se viene practicando hace más de un siglo. En sus inicios las enfermeras realizaban actividades en direcciones diferentes, ejemplo, las medidas de control del confort; también tenían responsabilidades administrativas, asistencial, social, dietética y otras, pero la fundamental era la satisfacción de las necesidades humanas del paciente; desde esos momentos hasta la actualidad muchos han sido los factores que condicionan cambios en las diferentes direcciones de la Enfermería: el desarrollo científico-técnico, la educación económica, políticas y sociales.

Durante este proceso de evolución de esta profesión siempre ha centralizado como aspecto fundamental la atención a las necesidades que presentan los pacientes.

Todos estos cambios han condicionado que la preparación del personal de Enfermería requiere una formación más cuidadosa y compleja. La Enfermería se comienza aceptar como ciencia con el surgi-

miento y utilización de las teorías; según *Rodríguez Curbelo* la Enfermería es una ciencia aplicada, una actividad sintetizada que parte de una explicación lógica, racional y fundamentada.

Sobre la base de esta definición nosotros consideramos que el cuerpo de conocimientos de enfermeros tiene serios puntos de partida:

1. La aplicación del conocimiento de otras ciencias y de otras disciplinas.
2. El marco conceptual de Enfermería que lo diferencia de otras profesiones.

Desarrollo de una teoría

La ciencia trata de la comprensión, la predicción y el control de los períodos naturales, la habilidad de predecir con habilidad y de interpretar con medios apropiados para el control dependen de la comprensión científica para un fenómeno.

La teoría como conjunto de acontecimientos brinda la explicación completa de un determinado hecho o ideas (Larousse).

La teoría científica representa de modo satisfactorio un conjunto de leyes experimentales, constituye un instrumento de evaluación y de previsión; la verdad de una teoría depende de la capacidad para comprender las funciones a las que están elaboradas.

La Enfermería se acepta como ciencia con el surgimiento y utilización de las teorías.

Las teorías de Enfermería se agrupan en 3, como planteó Ann Morrims en 1999.

Filosofía sobre Enfermería. Realiza disposiciones y significados de los fenómenos observados, mediante el uso del análisis, razonamiento y la fundamentación lógica.

Estos trabajos centraron las bases para la construcción de los modelos teóricos y ayudaría al desarrollo del cuerpo de conocimiento en esta disciplina, permitiendo establecer las condiciones para los sucesivos trabajos. Colaboraron:

1. *Florence Nightingale.*
2. *Virginia Henderson.*
3. *Faye Glenn Abdellah.*
4. *Jeannette Watson.*
5. *Patricia Benner.*

Modelos conceptuales. Están comprendidos los trabajos de los grandes teóricos, se extendieron a toda la Enfermería, y tratan aspectos en relación con los seres humanos, su entorno y salud, como

factores importantes dentro de esta disciplina. Entre estos autores se encuentran:

1. *Dorothea Orem.*
2. *Mayra E. Levied.*
3. *Martha E. Rogers.*
4. *Dorothy E. Johnson.*

Los modelos conceptuales para la práctica de enfermería es un conjunto de conceptos elaborados sistemáticamente, con bases científicas y que están relacionados de forma lógica con la práctica y la base teórica de tales conceptos, así como los valores que deben tener los practicantes de la profesión.

Los modelos indican continuamente la actuación que se deben seguir al brindar cuidados de enfermería.

A continuación se relacionan como ejemplo algunos modelos.

Modelos naturalistas. Se integran en estos modelos los conceptos planteados por Florence Nightingale, relacionado con los cuidados de enfermería como facilitadores de la acción que la naturaleza ejerce sobre los individuos enfermos.

Modelos de suplencia y ayuda. Entre los autores que representan este modelo se encuentran Virginia Henderson y Dorothea Orem, que fomentan el autocuidado por parte del paciente. Según plantea Rodríguez Rodero, para desarrollar un modelo se debe tener supuestos comunes como:

1. La persona que recibe los cuidados.
2. El entorno en que vive la persona.
3. El contexto salud-enfermedad en que se inscribe la persona en el momento de su interacción.
4. Las acciones de enfermería.

Teoría de Enfermería. Se logra a partir del trabajo de otras disciplinas como filosofía, grandes teorías y modelos conceptuales propios de Enfermería. Algunos de los autores que trabajaron en esta dirección se incluyen:

1. *Hildegar E Peplau.*
2. *Ida Orlando.*
3. *Joyce Travelber.*
4. *Helen C Erickson.*

El desarrollo de las teorías tiene gran importancia para la Enfermería porque se benefician los pacientes, los profesionales y la misma profesión:

1. Nos brinda hechos, conceptos y principios en los que se fundamentará la formación de enfermeras(o), los que cuidarán y servirán a pacientes, familia y comunidad.
2. Su desarrollo permite elevar la calidad de los servicios que se brindan a los pacientes, familia y comunidad.
3. Nos demuestra que la Enfermería es una profesión con un único cuerpo de conocimientos, válida en la práctica de la enfermería, por lo que brinda a la sociedad una definición de la enfermería que alienta a la autonomía de nuestra profesión.
4. Estudia el desarrollo de la investigación de los problemas de enfermería.

Atendiendo a esta agrupación trataremos algunos trabajos desarrollados por ellas.

Florence Nightingale y la filosofía en Enfermería. Al hablar de teoría de enfermería no podemos dejar de referirnos a Florence Nightingale, que a mediados del siglo XIX planteaba que el conocimiento de enfermería difería mucho del conocimiento de las ciencias médicas y dejó clara la función de la enfermería que la distinguía, así como situar al paciente en las mismas condiciones para que la naturaleza actúe sobre él.

Además puntualizó que uno de los resultados de la enfermería es conservar la energía vital del paciente. Planteó que la limpieza, ventilación y alimentos eran elementos indispensables para la recuperación del enfermo; por tal motivo enseñaba a sus pupilas estos conceptos así como los de ambiente, tranquilidad y dieta.

Supuestos principales:

1. Enfermería. Responsabilidad de cuidar la salud de otros, para ello escribió *Notes on Nursing* que explica la práctica de enfermería.
2. Persona. Después de las personas como pacientes que reciben los cuidados de las enfermeras.
3. Salud. Definió como salud un estado de bienestar que se traduce en aprovechar las energías de las personas. Hace diferenciación entre el hombre sano y enfermo cuando plantea las medidas de control del entorno para preservar la salud.
4. Entorno. Un entorno sano y favorable influía en el estado de salud físico y psíquico del hombre.

Por todo lo planteado es que se dice que su teoría tiene carácter naturalista. Los principios que plantea en su obra se encuentran vigentes en la actualidad (Ann Marriner).

Virginia Henderson (1955-1950):

Tendencia de suplencia o ayuda. Nació en 1897 en Kansa City. Sus fuentes teóricas tenían la influencia de algunas de sus profesoras como: su profesora de Enfermería Básica, Filosofía, Microbiología, Psicología y Rehabilitación.

Henderson conceptualizó la función propia de la enfermería, que consistía en atender a la persona sana y enferma en sus actividades, para contribuir a su salud o recuperación, y las que realiza, si tienen fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Declaró que la actuación de enfermería depende del médico y que los seres humanos tienen necesidades básicas que deben satisfacer y normalmente son cubiertas por el individuo sano.

También denominó como necesidades básicas a las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente, aunque en su obra no realizó ninguna definición de necesidades.

Faye Glemm Abdulah. Su teoría se basa en los tipos de problemas de enfermería.

Planteó que un problema en enfermería es una solución aparente a la que se enfrenta el paciente o la familia y que la enfermera debe ayudar a resolver con su actuación profesional. En su modelo considera que todo individuo tiene capacidad para ayudar, pero esta varía de uno a otro.

Modelos conceptuales

Dorothea E Orem:

Teoría del déficit de autocuidado. Enfermera norteamericana que dio a conocer su modelo de autocuidado de enfermería en su libro *Nursing: Concepts of Practice*, publicado en 1971. Su idea coincide con la de Henderson, para ella el objetivo de la enfermería es ayudar al individuo a mantener por sí mismo acciones de autocuidado para preservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias que de ellas se derivan.

Orem clasificó su teoría del déficit de autocuidado en enfermería como una teoría general o gran teoría, integrada a su vez por 3 subteorías que se interrelacionan:

1. El autocuidado (¿Cómo se cuidan las personas y por qué?).
2. El déficit de autocuidado (¿Por qué la Enfermería puede cuidar a las personas?).
3. Sistemas de Enfermería (¿Qué relaciones deben crearse y mantenerse para que exista la Enfermería?).

Definió el autocuidado como la práctica de actividades que el individuo aprende y orienta hacia un objetivo: mantener su salud, seguir viviendo y conservar su bienestar, y responde de manera consciente a sus necesidades en materia de salud (Marriever), ejemplo, necesidades de alimentarse, agua y reposo los cuales son fundamentales.

Necesidades específicas en determinados momentos de la vida: niñez, embarazo y vejez. Plantea que el autocuidado es imprescindible para la vida y, si faltan provocan la enfermedad y la muerte.

Los métodos de asistencia que plateó Orem se basa en la relación de ayuda y/o de suplencia de enfermería hacia el paciente.

Sistemas de Enfermería

De compensación total. La enfermera realiza acciones concretas en lugar del paciente, ejemplos:

1. Los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente.
2. Paciente encamado con reposo absoluto.

De compensación parcial. El paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.

De apoyo educativo. La enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar sus autocuidados, ejemplos:

1. Enseñar a un paciente diabético a inyectares la insulina.
2. Orientar a una madre joven el manejo de su niño recién nacido y apoyarla.
3. Brindar apoyo eficaz una familia durante una situación de crisis transitoria.

Este sistema de enfermería de Orem se relaciona con los niveles de atención de enfermería de nuestra situación de trabajo profesional.

Niveles de Atención de Enfermería en Cuba	Sistema de Enfermería de Orem
Atención de enfermería mínima.	Sistema de amparo educador.
Atención de enfermería ayudada o intermedia	Sistema de enfermería parcialmente comparada.

Atención de enfermería óptima o intensiva.

Sistema de enfermería totalmente compensadora.

El modelo de Orem ha alcanzado un alto grado de aceptación por las comunidades de enfermeros en la asistencia, la docencia y la investigación.

Martha E Rogers:

Modelos. Seres humanos unitarios, se basa en la concepción del hombre como un todo unificado en constante relación con su entorno.

Plantea que el objeto fundamental de la enfermería es ayudar al individuo para que pueda alcanzar su máximo potencial de salud.

Rogers expone en su obra que la enfermera para lograr su objetivo debe recoger datos que conciernen al paciente y su entorno, utilizar técnicas intelectuales y manuales, en especial de relaciones humanas.

Los cuidados de enfermería se brindan a partir de un proceso planificado que incluye:

1. Valoración (recogida de datos).
2. Planificación (establecimiento de objetivos, cuidados de enfermería).
3. Evaluación (percepción durante el proceso de intervención).

La atención de enfermería era dirigida a pacientes con problemas reales o potenciales y regulaba las relaciones con el ser humano y su entorno.

Sor Callista Roy:

Modelo de la adaptación. Roy definió su modelo de adaptación en 1964, se basa en la concepción del ser humano como individuo biopsicosocial en constante interacción con su entorno cambiante, y del que recibe estímulos que se deben adaptar para conservar la salud.

Su obra plantea que el paciente debe adaptarse en 4 áreas como:

1. Necesidades psicosocial. Incluye circulación, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
2. Necesidad de autoimagen. Adaptación a nuevas imágenes corporales.
3. Función real o papel. Al enfrentar la función de madre, niño, padre, enfermo o jubilado.
4. Interpersonales. El modo adaptación-interdependencia se refiere a la interacción de Roy; el paciente recibe cariño, amor, respeto y estima en las relaciones interdependientes.

Plantea que el proceso de cuidados en el paciente comprende las fases siguientes:

1. Valoración
2. Planificación.
3. Actuación
4. Evaluación.
5. La atención se centra en el paciente.

Teoría. Dentro de este grupo de teoría se destaca Ida *Jean Orlando* (Pelletier) con su teoría del Proceso de Enfermería. Orlando plantea que la medicina y la enfermería son profesiones paralelas muy distintas una de otra, aunque mantienen estrecha relación.

Aspira a que la Enfermería tiene la función principal de identificar las necesidades de los pacientes y la forma de ayudar a satisfacer de una forma directa o con ayuda de otros. Según sus criterios el Proceso de Enfermería se conforma por la interacción de factores como:

1. La conducta del paciente.
2. La respuesta de la enfermera ante esa conducta del paciente.
3. Las interacciones de enfermería que se desarrollan para ayudar al paciente.

Además plantea que las necesidades de cada paciente son individualizadas y únicas, al igual que la forma individual de satisfacerlas. Las personas que pueden satisfacer sus necesidades no requieren la intervención de la enfermera.

El modelo de Orlando solo incluye a pacientes conscientes, no hace referencia a la interacción de enfermería con los pacientes inconsciente.

El proceso de Orlando ha sido ampliamente aceptado por ser aplicable en la práctica, la docencia y la investigación.

Otras teorías, modelos o filosofía

Virginia Henderson. Define a la enfermería en términos funcionales como: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario; hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

Los elementos más importantes de su teoría son:

1. La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o

alcanzar la muerte en paz. Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

2. Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las primeras 7 necesidades están relacionadas con la Fisiología, de la 8va. a la 9na. están relacionadas con la seguridad, la 10ma. se relaciona con la propia estima, la 11na. con la pertenencia y de la 12ma. a la 14ta. relacionadas con la autoactualización.

Las necesidades humanas básicas según Henderson son:

1. Respirar con normalidad.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que deben comportar todos los seres humanos, las cuales pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente); cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (dependiente); entonces la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas físi-

ca, psicológica, sociológica o relacionada con la falta de conocimientos.

Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen necesidades básicas que deben satisfacer, las que son normalmente cubiertas por cada persona cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada persona, sin embargo, estas se modifican sobre la base de 2 factores:

1. Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural y capacidad física.
2. Variables (estado patológicos):
 - Falta aguda de oxígeno.
 - Conmoción (incluso el colapso y las hemorragias).
 - Estados de inconciencia (desmayos, coma, delirios).
 - Exposición al frío o calor que produzcan anormales temperaturas corporales.
 - Estados febriles agudos debidos a cualquier causa.
 - Lesión local, herida o infección, o ambas.
 - Una enfermedad transmisible.
 - Estado preoperatorio.
 - Estado posoperatorio.
 - Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
 - Dolor persistente o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que *Henderson* denominó cuidados básicos de enfermería; estos se aplican mediante un plan de cuidados de enfermería, elaborados sobre la base de las necesidades detectadas en el paciente. Describe la relación enfermera-paciente y se destacan 3 niveles de intervención: sustituta, ayuda o compañera. Aporta una estructura teórica que permite el trabajo de enfermería por necesidades de cuidado, de esta manera facilita la definición del campo de actuación, y al nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería sobre la base de las 14 necesidades humanas básicas.

La definición de *Henderson* acerca de los conceptos básicos del metaparadigma de enfermería son:

1. Persona:
 - Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia, o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

- La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.
 - La mente y el cuerpo son inseparables.
 - Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia, tiene necesidades básicas para la supervivencia, por lo que necesita fuerza, deseos y conocimientos para realizar las actividades requeridas para una vida sana.
2. Entorno: incluye relaciones con la propia familia y las responsabilidades de la comunidad para proveer cuidados.
3. Salud:
- La calidad de salud más que la vida es el margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción.
 - Considera la salud como la habilidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de los cuidados de Enfermería; equipara salud con independencia.

Florence Nightingale (1820-1910): "la dama de la lámpara"

En 1854 *Florence Nightingale* se convirtió en la primera enfermera de las guerras modernas, al dirigir a 38 mujeres turcas en el socorro de soldados británicos, enfermos y heridos durante la guerra de Crimea.

Casi todos los sistemas y técnicas modernas de enfermería que conocemos hoy día están relacionadas con ella, quien demostró cómo un fenómeno social podía ser medido objetivamente y analizado de manera matemática.

Florence Nightingale fue innovadora en la recolección, tabulación, interpretación y presentación gráfica de las estadísticas descriptivas; mostró cómo la estadística proporciona un marco de organización para controlar y aprender, lo cual implica mejoramientos en las prácticas quirúrgicas y médicas. También desarrolló una fórmula modelo de estadística hospitalaria para que los hospitales recolecten y generen datos y estadísticas consistentes.

Fue invitada a integrar la Sociedad Estadística Real en 1858 y nombrada miembro honoraria de la Asociación Americana de Estadística en 1874.

Su principal publicación, *Notas sobre Enfermería* (1959) tuvo muchas reimpresiones.

Hija de una familia terrateniente adinerada de Hampshire, nació en 1820. Su padre, *William Nightingale* de Embly Park, un unitario,

estaba involucrado en el movimiento contra la esclavitud y era fiel creyente en que las mujeres, especialmente sus hijas, debían obtener una educación. *Florence* y su hermana aprendieron idioma italiano, latín, griego, Historia y Matemática de su padre y tía, así como de otros tutores.

La madre de Florence, *Fanny Nightingale*, también provenía de una familia fielmente unitaria. Era una mujer dominante que estaba muy preocupada con la búsqueda de un buen marido para su hija, por lo que se molestó ante la decisión de Florence al rechazar varios pretendientes.

Cuando Florence cumplió 17 años se sintió "llamada por Dios" para enfrentar alguna gran causa desconocida. A los 23 años dijo a sus padres que quería convertirse en enfermera, con lo que obtuvo una sólida oposición, ya que la Enfermería se asociaba con mujeres de clase trabajadora.

Hasta que el lord Houghton se casó con otra en 1851, fue que Florence recibió permiso para entrenarse como enfermera; con 31 años fue a trabajar al hospital Kaiserworth en Alemania. En su diario explicó porqué decidió no aceptar la oferta de matrimonio de *Richard Moncton Milnes*: "Yo tengo una naturaleza, moral y activa, que requiere satisfacción y eso no encontraría en la vida de él. Yo podría sentirme satisfecha si pasara la vida con él combinando nuestros diferentes poderes para lograr un gran objetivo. Yo no podría satisfacer esta naturaleza pasando la vida con él, en compromisos sociales y organizando las cosas domésticas.

En 1852 escribió pero nunca publicó: "Se supone que las mujeres no deben tener una ocupación suficientemente importante para no ser interrumpida...Ellas se han acostumbrado a considerar la ocupación intelectual como un pasatiempo egoísta, y es su 'deber' dejarlo, para atender a cualquiera más pequeño que ellas.

Dos años más tarde fue nombrada directora residentes del hospital para mujeres inválidas en Harley Street, Londres; al año siguiente Nightingale obtuvo permiso para llevar 38 enfermeras a cuidar de los soldados británicos en la guerra. Encontró que las condiciones en el hospital militar en Scutari eran alarmantes; los hombres eran mantenidos en habitaciones con camas sin sábanas, y la comida era deficiente; ellas mantenían sus uniformes puestos "tiesos de la suciedad".

En estas condiciones no era sorprendente que en los hospitales militares las heridas de guerra ocuparan la 6ta. causa de defunción; enfermedades como tifus, cólera y disentería eran las primeras causas de muerte.

Durante este tiempo *Nightingale* recolectó datos y sistematizó la práctica de control de registros; inventó un gráfico de área polar don-

de las estadísticas representadas son proporcionales al área de una tajada en un gráfico circular. Esta información fue su herramienta para promover la reforma; sus cálculos acerca de la tasa de mortalidad mostraron que con una mejoría en los métodos de sanidad, las muertes disminuirían (en febrero de 1855 la tasa de mortalidad era del 42,7 % de los casos tratados).

Los oficiales militares y los doctores objetaron las perspectivas de Nightingale acerca de las reformas en los hospitales militares, interpretaron sus comentarios como un ataque hacia ellos, y la hicieron sentirse fuera de lugar.

Nightingale recibió muy poca ayuda de los militares, hasta que usó sus contactos con el Times, para reportar la información; entonces, se le encomendó la tarea de organizar las barracas del hospital después de la batalla de Inkerman, al mejorar las condiciones de sanidad logró reducir la proporción de muerte de sus pacientes.

En 1873 quedó escrita su recomendación para los estudiantes de enfermería: "La enfermería es un llamado superior, un llamado honorable... El honor radica en el amor por la perfección, la consistencia y en el trabajo duro para conseguirla...".

Años más tarde, en el *Englishwoman Review* (1869), escribió: "Pero debo decir a todas las damas jóvenes que son llamadas a esta vocación, que deben calificarse para ello como lo hace un hombre para su trabajo. Que no crean que lo pueden asumir de otra manera".

En 1856 *Florence Nightingale* regresó a Inglaterra como una heroína nacional; decidió comenzar una campaña para mejorar la calidad de enfermería en los hospitales militares; esta evidencia en la Comisión de Sanidad en 1857 dio como resultado la formación de una universidad médica militar.

Para divulgar sus opiniones acerca de la reforma, Nightingale publicó 2 libros: *Notas de Hospital* y *Notas de Enfermería* (ambos en 1859). Con el apoyo de amigos adinerados y *The Times*, Nightingale pudo reunir £ 59 000 para mejorar la calidad de enfermería; en 1860 utilizó este dinero para fundar la Escuela y Casa para Enfermeras Nightingale en el hospital St. Thomas. Ella también se involucró en el entrenamiento de enfermeras que trabajaban en "casas de trabajo", como resultado de una ley para la protección de los pobres de 1834.

Nightingale tenía sólidas opiniones acerca de los derechos de las mujeres; en su libro *Sugerencias para pensar*, dirigido a los buscadores de las verdades religiosas (1859), argumentó las razones para eliminar las restricciones que prevenían a las mujeres de tener carreras.

Como contradicción, otras mujeres se sintieron desanimadas por la falta de apoyo de *Nightingale* hacia las doctoras. Al principio

Nightingale tenía dudas de esta campaña y argumentaba que era más importante tener mejores enfermeras que doctoras.

Más tarde en su vida, *Nightingale* tuvo mala salud y en 1895 perdió la visión y luego otras facultades, lo cual necesitó del auxilio de cuidados a tiempo completo; a pesar de estar completamente inválida, vivió 15 años más, su muerte ocurrió en 1910.

Juramento de Florence Nightingale¹

"Juro solemnemente ante Dios y en presencia de esta asamblea llevar una vida digna y ejercer mi profesión honradamente.

Me abstendré de todo cuanto sea nocivo o dañino, y no tomaré ni suministraré cualquier substancia o producto que sea perjudicial para la salud.

Haré todo lo que esté a mi alcance para elevar el nivel de la enfermería y consideraré como confidencial toda información que me sea revelada en el ejercicio de mi profesión, así como todos los asuntos familiares en mis pacientes.

Seré una fiel asistente de los médicos y dedicaré mi vida al bienestar de las personas confiadas a mi cuidado"

El juramento de Florence Nightingale fue redactado por una comisión especialmente nombrada por el Colegio Farrand del Hospital Harper en Detroit, en el año 1893...Se decidió darle este nombre porque él simboliza la enfermera ideal.

Dorotea Orem

Orem nació en Baltimore, se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl y se graduó en 1930. En su trayectoria como "teorista" no influyó ninguna enfermera más que otra, sino el conjunto de todas con las que había tenido contacto y sus experiencias, lo que le sirvió de fuente teórica.

Orem definió su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras 3 relacionadas entre sí:

Teoría del autocuidado. Explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

¹Citado en el Editorial de la American Journal Of Nursing 11 (10): 777, julio 11 EE.UU.

Define además 3 requisitos de autocuidado, como los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

1. Requisitos de autocuidado universal. Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
2. Requisitos de autocuidado del desarrollo. Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.
3. Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados con los estados de salud.

Teoría del déficit de autocuidado. Describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones como causa de su salud o relaciones con ella no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y porqué se necesita de la intervención de la enfermera.

Teoría de los sistemas de enfermería. Explica los modos de atención de enfermería, los cuales se identifican mediante 3 sistemas:

1. Sistemas de enfermería compensadores. La enfermera suplente a la persona.
2. Sistemas de enfermería parcialmente compensadores. El personal de enfermería proporciona autocuidados.
3. Sistemas de enfermería de apoyo-educación. La enfermera actúa ayudando a las personas para que realicen las actividades de autocuidado que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: "Ayudar a la persona a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma que la enfermera puede utilizar 5 métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, que coincide con la finalidad de la promoción de la salud; hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados,

así como otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. También supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta elementos novedosos para atender a las personas (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando la persona por cualquier razón no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que Orem propuso se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, estos son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, ejemplo, las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada, ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda, ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe poseer.

Concepto de persona. Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante, que es afectado por el entorno y es capaz, debido a su autocuidado, de realizar acciones predeterminadas que le afecten a él, a otros y a su entorno; además de ser complejo y unificado objeto de la naturaleza por estar sometido a ella, condición que lo hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos, para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de realizar acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Concepto de salud. La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Representa integridad física, estructural y funcional; también incluye ausencia de defecto que implique deterioro de la persona, desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, que se acerca a niveles de integración cada vez más elevados.

El hombre trata de conseguir la salud mediante el empleo de sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Concepto de enfermería. Es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de enfermería se definen como ayudar a la persona para realizar y mantener acciones de autocuidado que conserven la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Ida Orlando

Ida Jean Orlando nació el 12 de agosto de 1926. Se diplomó en Enfermería en 1947.

En 1958 registró las observaciones realizadas durante 3 años e invirtió otros 4 años para analizar los datos recopilados. Comunicó sus descubrimientos en 1958 en su primer libro titulado *The Dynamic Nurse-Patient relationship: Function, process and principles of Professional Nursing Practice*, aunque escrito en 1958, este texto fue publicado en 1961. Desde entonces se han realizado 5 ediciones en diferentes idiomas.

En 1990 la *National League for Nursing* reimprimió la publicación de Orlando de 1961; en el prólogo de esta edición Orlando afirmó: "si hubiera sido valiente en 1961, cuando escribí este libro, lo habría presentado como una teoría del Proceso de Atención de Enfermería y no como una teoría de la práctica eficaz de enfermería".

Orlando es una de las primeras "teóricas" de enfermería que hace énfasis en los elementos del proceso de Enfermería y el desarrollo que incide en la profesión con su utilización.

También describe su modelo articulado en 5 grandes conceptos interrelacionados:

1. Función de la enfermera profesional.
2. El comportamiento que presenta el paciente.
3. La respuesta inmediata o interna de la enfermera.
4. La disciplina del proceso de enfermería.
5. La mejoría.

No obstante la descripción de su modelo, establece los supuestos principales.

Enfermería. Es una disciplina que debería desarrollarse como una profesión diferenciada con un funcionamiento autónomo; aunque históricamente ha evolucionado paralelo con la Medicina y aún mantiene una estrecha relación con esta ciencia. La enfermería y la práctica médica son profesiones evidentemente separadas.

La función de enfermería profesional se conceptualiza como la averiguación y la satisfacción de la necesidad de ayuda inmediata al paciente, ya sea directa por su propia actividad o de forma indirecta reclamado por la persona.

Persona. Se manifiesta con acciones verbales y no verbales, las personas son capaces de satisfacer sus propias necesidades de ayuda en algunas situaciones, pero sufren cuando se sienten incapaces de ello. Cada paciente es individual en su respuesta, y una enfermera profesional debe saber reconocer que un mismo comportamiento en pacientes distintos podría ser signo de necesidades muy diferentes.

Salud. Orlando no define la salud, pero supone que la existencia de malestar físico o mental y los sentimientos de conformidad y bienestar contribuyen a salud.

Entorno. No define el entorno; aunque supone que se produce una situación típica de enfermería cuando se establece un contacto entre la enfermera y el paciente, ambos perciben, piensan, sienten y emprenden acciones como respuestas a situaciones inmediatas. Sostiene que un paciente puede reaccionar con incomodidad ante algunos aspectos del entorno, que fueron diseñados con fines terapéuticos y ayuda.

Faye Glen Abdellah

Faye Glenn Abdellah nació en la ciudad de Nueva York. Graduada en 1942, y una de las más destacadas y mejor conocida de las investigadoras en salud y política sanitaria del país, es experta internacional en problemas de salud. Abdellah comprendió que la enfermera para adquirir respeto y autonomía profesional debía desarrollar una sólida base de conocimientos; también requería que esta profesión abandonara su tutela de la medicina, y avanzara por el camino de la definición de una filosofía global de la atención centrada en el paciente.

En colaboración con otros colegas definió conceptualmente 21 problemas de enfermería para la formación y evaluación de los estudiantes. La tipología de estos problemas apareció por primera vez en la edición de 1960 en el *Patient-Centered Approaches to Nursing*, y tuvo gran impacto en la profesión y en el desarrollo teórico de la Enfermería:

1. Mantener la higiene y bienestar correctos.
2. Mantener la actividad adecuada: ejercicio, reposo y sueño.
3. Promover la seguridad por medio de la prevención de accidentes, lesiones y otros traumatismos, evitando la propagación de enfermedades.
4. Mantener mecánica corporal correcta, evitar y corregir las deformaciones.

5. Facilitar el mantenimiento del aporte de oxígeno a todos las células del cuerpo.
6. Proporcionar el mantenimiento de la nutrición de todas las células del cuerpo.
7. Facilitar el mantenimiento de las evacuaciones.
8. Facilitar el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico.
9. Reconocer las respuestas fisiológicas del cuerpo ante cuadros clínicos : patológicos , fisiológicos y compensatorios
10. Facilitar el mantenimiento de la mecánica y las funciones de regulación.
11. Facilitar el mantenimiento de la función sensorial.
12. Identificar y aceptar las expresiones, sentimientos y reacciones positivos y negativos.
13. Identificar y aceptar la interrelación entre las emociones y la enfermedad orgánica.
14. Facilitar el mantenimiento de una comunicación verbal y no verbal eficaz.
15. Promover el desarrollo de relaciones interpersonales fructíferas.
16. Facilitar el avance hacia la consecución de las metas espirituales personales.
17. Crear y/o mantener entorno terapéutico.
18. Facilitar el conocimiento de uno mismo como individuo con necesidades físicas, emocionales y de desarrollo variable.
19. Aceptar los objetivos óptimos posibles a la luz de las limitaciones existentes, físicas y emocionales.
20. Usar los recursos de la comunidad como ayuda para resolver los problemas que surjan como consecuencia de las enfermedades.
21. Comprender el papel de los problemas sociales como factores que influyen en él.

Bibliografía

- Dueñas Fuentes JR. Enfermeras teóricas. WWW.Ocnf.Org/Jaen/enfer/teorías/htm,2004.
- Fuente: Nightingale, Florence. Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency and Hospital Administration of the British Army, 1858.
<http://www.spartacus.schoolnet.co.uk/REnightingale.htm>, 2000.
- Fundación CIENTEC 1999 Recopilación y traducción de Alejandra León-Castellá,
 Grier MR. Florence Nightingale and Statistics. Res Nurse Health 1978;1:91-109.
 Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Teorías y modelos en Enfermería. 4ta. ed.
 Ediciones Harcourt SA. Madrid:Editorial Diorki, 2000.
 Sally Lipsey. Educación Matemática en la Vida de Florence Nightingale, 2000.

UNIDAD 4. CARACTERIZACIÓN DEL PROFESIONAL

Cristobalina Valdés Marrero

Introducción

Se destacan el propósito y el esfuerzo de la educación en las ciencias de la Salud en Cuba para formar profesionales de la salud con sólida base y elevada calidad científica, política, moral y humana. Este profesional tiene que centrar sus capacidades en la atención de la salud de toda la población.

A partir de la caracterización del profesional de Enfermería se evidencia que el enfermero podrá satisfacer las necesidades de la persona, la familia y la comunidad como eje central de cuidar, que responda con las necesidades y demandas de la sociedad, mediante el establecimiento de la relación entre la dialéctica y la ciencia a través del trabajo; esto debe incidir sobre la forma en que debe estructurarse el método de Enfermería para lograr óptima calidad en la atención a nuestros pacientes, que se sustenta sobre la base del dominio de los conocimientos esenciales y los métodos de trabajo profesional de otras ciencias relacionadas con los campos de acción del profesional.

Analizaremos algunos aspectos relacionados con diferentes definiciones esenciales (conceptualización, estrategias, métodos, técnicas y procedimientos) para el conocimiento de la Enfermería, que nos ayudarán a conocer la caracterización del profesional de enfermería cubana.

La Escuela Cubana de Enfermería como concepto de la Educación Superior para los enfermeros se fundamenta en documentos rectores realizados por la Comisión Central para el Perfeccionamiento del Plan de Estudios de Licenciatura en Enfermería en Ciudad de La Habana en Marzo de 1987. Estos son los siguientes:

1. Conceptualización de la Educación Superior de la Enfermería Cubana.
2. El objeto de estudios de la Licenciatura de Enfermería.
3. Caracterización de las funciones que debe desempeñar el Licenciado en Enfermería en su ubicación laboral.
4. Objetivos generales e instructivos del Licenciado en Enfermería.
5. Objetivos generales educativos del Licenciado en Enfermería.

6. Breve historia de la enseñanza de Enfermería en Cuba.
7. Diseño curricular.

Como elemento de fundamentación de este documento se observa con el ejemplo de conceptualización de la Educación Superior de la Enfermería Cubana.

Al respecto, la Comisión para el Perfeccionamiento del Plan de Estudios consideró que el elemento esencial para un enfermero es su formación marxista-leninista, que permite poseer una concepción científica del mundo en relación con su carácter material, el origen del hombre, la sociedad, la naturaleza y el origen del pensamiento; así como ayuda a comprender la función principal.

Este documento expresa la importancia de la combinación del estudio con el trabajo, para dar a conocer la razón del ejercicio profesional y la relación del paciente con el medio; además, menciona la concepción social de la Medicina que en nuestra estructura social ha determinado un cambio al oponer el carácter individual por el carácter social y preventivo. El internacionalismo en la práctica de enfermería es otros de los elementos, el desarrollo del pensamiento científico que les permite enfrentar nuevos problemas para asimilar los cambios de la revolución científico-técnica y su aplicación en Enfermería.

También se encuentra la enseñanza integrada y conceptos unitarios como: integración de la teoría con la práctica y la enseñanza-aprendizaje por interacción interdisciplinaria. Otros aspectos que se deben tener en consideración en la formación integral del Licenciado en Enfermería son la educación física y el deporte, así como las actividades culturales que contribuyen al desarrollo de cualidades físicas, la creación de hábitos de comportamiento en grupo, espíritu emulativo que favorecen el desarrollo intelectual; además, la superación cultural permite el disfrute intelectual de todo el acervo cultural que la humanidad ha logrado acumular y estar preparado para interpretar la personalidad multifacética de sus semejantes.

Objetivo de estudios de la Licenciatura en Enfermería

Es un documento rector en el cual se explica que la Enfermería cubana es una profesión que tiene como base las necesidades humanas y la atención al hombre como ser social; además, como parte de las ciencias médicas es de carácter social.

Caracterización de las funciones que debe desempeñar el Licenciado en Enfermería en su ubicación laboral. Es un docu-

mento que explica el ejercicio del cargo que el Licenciado en Enfermería puede desempeñar en el Sistema Nacional de Salud. En la actualidad estos documentos rectores han cambiado, a partir de los cursos 2003-2004 debido a las nuevas demandas sociales y las exigencias del nuevo modelo pedagógico.

La Universidad Médica comienza con un giro en el proceso formativo de enfermeros, basado en una concepción flexible y competente que satisfaga las carencias y necesidades crecientes de este miembro del equipo de trabajo en las distintas unidades docente-asistenciales.

Las demandas actuales exigen un proceso formativo sobre la base de una concepción flexible y competente.

Caracterización de la profesión

La Enfermería es una profesión que se distinguen de la Educación Médica Superior por la actuación profesional de este recurso en salud, que se fundamenta en 4 dimensiones: el cuidado de enfermería, la persona (familia, comunidad), la salud y el entorno. Se ocupa de la satisfacción de las necesidades humanas y las alteraciones de la salud, aplicando la lógica del Proceso de Atención de Enfermería como método científico de la profesión; tiene en cuenta acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación para garantizar el bienestar físico, mental y social; además utiliza los procesos docente, gerencial e investigativo para garantizar la calidad y optimización de los servicios de enfermería. No se puede caracterizar un profesional de enfermería que no conozca los elementos básicos.

¿Qué es la enfermería? *Florence Nightingale*. Es una combinación de ciencias de la salud y el arte de los cuidados; una mezcla humanística de los conocimientos científicos de la filosofía de enfermería, de la práctica médica (clínica) y de la comunicación de las ciencias sociales.

Definición. Colectivo de autores. Licenciatura en Enfermería. Es la profesión que tiene como base las necesidades humanas, la importancia de satisfacerlas y los aspectos que la modifican y afectan; aplica en sus acciones los principios de las ciencias biológicas, físicas, químicas, sociales, psicológicas y médicas proporcionando atención integral al hombre sano o enfermo.

El enfermero: observa, ayuda, comunica, cuida y enseña. Contribuye a la conservación de un estado óptimo de salud y proporciona cuidados durante la enfermedad hasta que el paciente sea dado de alta.

Postulado. Se define como una proposición aceptada sin prueba y que sirve de fundamento para la comprensión de la realidad, para la construcción de un sistema científico o para la comprensión de orden moral. Los postulados se originan de la filosofía y poseen las siguientes características:

1. Sirven de base para razonamientos ulteriores.
2. Es dominio de una rama científica del conocimiento científico general.
3. Son fundamentos para la investigación.

Los postulados como conocimientos generales pueden mediante las investigaciones confirmarse total o parcialmente, que a partir de ellos se originan los principios científico.

La Filosofía es la ciencia que comprende la lógica, la ética, la metafísica y la epistemología, así como las leyes que sustentan la realidad e indaga la naturaleza de los casos, sobre la base del razonamiento lógico y no de los métodos empíricos.

La ciencia es la observación, identificación, descripción, investigación experimental y explicación teórica de los fenómenos de la naturaleza. Es la doctrina del conocimiento.

Conocimiento. El conocimiento es la conciencia o percepción de la realidad adquirida mediante el aprendizaje o la investigación.

La investigación es la aplicación de métodos sistemáticos para obtener conocimientos válidos muy fiables, acerca de una realidad empírica. La investigación genera la teoría a través de un enfoque inductivo y la analiza mediante un enfoque deductivo.

Deductivo. La deducción es una forma de razonamiento lógico que va de lo general a lo específico. Este proceso comprende una secuencia de enunciados teóricos deducidos, de un limitado conjunto de axiomas o enunciados generales. Para extraer una conclusión se consideran 2 o más enunciados de relación de partida, ya que para construir hipótesis empíricas específicas se utilizan relaciones teóricas abstractas. Se trata de un enfoque que aplica los modelos teóricos a la investigación.

Inductivo. Es una forma de razonamiento que va de lo específico a lo general. En la lógica inductiva se combinan detalles concretos en conjunto más amplios de hechos u objetos. El razonamiento inductivo se basa en la observación y el análisis de los sucesos específicos como base para formular enunciados teóricos generales, denominados con frecuencias teóricas básica; se trata de un método que parte de la investigación para llegar a una teoría.

Principio científico. Se define como el conocimiento fundamental basado en hechos, ideas, relaciones formales o fenómenos sociales; es un fundamento sobre el cual se apoya una cosa, una generalización producto de hallazgos en los experimentos realizados por medio de investigaciones. Es el acto de un conjunto de hechos que relacionados entre sí forman una ley o una teoría, casi siempre aceptable por la sociedad.

Normas. Como se menciona anteriormente, el personal de enfermería durante su formación adquiere conocimientos científicos de las ciencias filosóficas naturales y sociales que le permiten conocer por que se realizan las diferentes actividades del ejercicio profesional.

Norma es todo criterio mediante el cual se puede medir la cantidad, calidad o grado de desempeño de las funciones, ejemplos:

1. Respetar la individualidad del paciente.
2. Alinear segmentos corporales manteniendo ligera flexión de las articulaciones.
3. Explicar al paciente lo que se le va a realizar.

Paradigma de enfermería. Son un grupo de declaraciones que se sustentan en la práctica de enfermería, que tienen a la investigación como soporte vital; persona, salud, cuidado, ambiente o entorno sustentan a la enfermería como paradigma.

Profesión. El diccionario filosófico lo describe como la acción de profesar, y profesar es ejercer en este caso una ciencia, quedaría la pregunta. ¿Es la enfermería una ciencia? Si analizamos el concepto dado por el mismo diccionario filosófico, es una forma de conciencia social, constituye un sistema históricamente formado de conocimientos ordenados cuya veracidad se comprueba y se puntualiza constantemente durante la evolución de la práctica social. Nos damos cuenta que la respuesta es sí aunque joven aún, tenemos un cuerpo de conocimientos en formación constituido por esta serie de teorías y modelos.

Disciplina. Conjunto de leyes o reglamentos que rigen en una asignatura, la Enfermería se considera una disciplina porque se basa en su propio conjunto de conocimientos y leyes derivados de la ciencia, que hace que alcance la profesionalidad, pues posee su propio método científico, su marco conceptual filosófico y enfoques para la investigación.

Fundamentos de la enfermería como profesión. Flexner en 1915 identificó 6 criterios para que un grupo de trabajo adquiriera el estatus de profesión:

1. La actividad del grupo debe ser profesional.

2. Las actividades deben basarse en conocimientos que puedan ser aprendidos.
3. Actividad práctica.
4. Debe tener técnicas susceptibles de la enseñanza con un trabajo educacional profesional
5. Altruismo y el deseo de proveer el bien a la sociedad.
6. La existencia de un cuerpo de conocimientos único del grupo de trabajo, establecido a través de la investigación y análisis científico y la presencia de un código de ética.

El sociólogo *Povalko* describe la secuencia lógica por la que atraviesa la Enfermería de ocupación a profesión, que es un proceso dinámico a través del cual una ocupación experimenta cambios severos y cruciales en sus características, y se denomina profesionalización (Vollmer Mills, 1966).

Teoría. El grupo de trabajo es valorado en la medida que su actividad esté basada en un cuerpo sistemático de teorías y de conocimiento abstracto. Para formar este cuerpo de conocimientos abstractos se hace necesaria la investigación, que en la enfermería comenzó en 1933 aproximadamente; le sigue un cuerpo acelerado que crea las bases científicas para la práctica de Enfermería. Es decir, que la investigación es directamente proporcional a la formación y enriquecimiento de un cuerpo de conocimientos abstractos.

Relevancia y valores sociales. Justificación de la existencia ante la sociedad con valores propios; existencia del reconocimiento social que está muy relacionado con el aporte de la profesión a la sociedad, que la enfermería en general lo tiene ofertando a la sociedad un servicio:

1. Entrenamiento o período educacional.
2. Duración de la educación en dependencia del estudio que se realice (si es de nivel medio o nivel superior).
3. Grado de especialización (cursos posbásicos, diplomados, maestría, doctorado).
4. El contenido constituye un grupo de valores, normas y roles que se inculcan a los educandos, y que forman una subcultura profesional única que distingue un grupo de trabajadores de otros.
5. La motivación es el grado de deseo del grupo para servir al público como primer objetivo, y no por un interés propio. Nuestra actividad se identifica con la sociedad por su ayuda, servir a las personas y cuidar de su salud, lo que se conoce como altruismo.
6. La autonomía, Povalko la define como la libertad del grupo para regular y controlar su propia conducta laboral.

7. La responsabilidad: es el sentido del deber de sus miembros hacia su trabajo; está basada en el grado de congruencia entre lo personal, lo profesional y organizacional a la hora de emplear objetivos y propósito.
8. El sentido de comunidad está definido como el deseo de compartir una identidad y distinción común, así como poseer una subcultura distintiva que influye significativamente en la conducta laboral; la muestra se simboliza por el uniforme blanco, cofia y zapatos blancos, y una asociación que los represente.

Código ético. La complejidad, el número de estatutos y las relaciones que describe debe incrementar y convertir al grupo de trabajo en más profesional. Una vez conocidos los elementos de la profesión se puede definir al Licenciado en Enfermería.

Licenciado en Enfermería

Definición. Es un especialista altamente calificado, capaz de desarrollar la atención de enfermería con máxima calidad, por lo que debe poseer:

1. Conocimientos fundamentales de elevado alcance.
2. Habilidades manuales con un amplio enfoque teórico.
3. Un nivel de actuación profesional que esté avalado por conocimientos de ciencias básicas y clínicas.
4. Reconocer las respuestas humanas para realizar pronósticos y utilizar el método de actuación profesional.

Es importante conocer que todos los profesionales poseen su método de actuación profesional, representado por un marco o sistema filosófico teórico y práctico.

Existen diferentes modelos fundamentados en el enfoque general de sistema que constituye un modelo ideal para el licenciado, cuya instrumentación contribuye a elevar la eficiencia y eficacia para la caracterización del modelo del profesional en enfermería, lo cual va a determinar su modo de actuación profesional. El punto de partida del enfoque en sistema lo constituye la determinación de los problemas de salud que debe resolver el licenciado.

Un sistema o marco conceptual garantiza la práctica eficaz para lograr la meta total de una profesión que es el cuidar, también proporciona los modelos de enfermería y son de gran utilidad para la enfermería profesional debido a la organización que proporcionan para pensar, observar, e interpretar durante el proceso.

Todos proporcionan directrices para la práctica, por lo que existen modelos de desarrollo, de sistemas e interacción; cada categoría ofrece métodos diferentes teniendo como meta el centro de interés de la profesión y los métodos de actuación profesional. Ejemplos:

1. *Hildsegar Peplau* Relaciones interpersonales.
2. *Dorothy Jonson* Sistema de comportamiento.
3. *Dorotea Orem* Modelo de autocuidado.

Enfoque en sistema del objeto, el desempeño y la competencia profesional. Este sistema creado por profesores de Enfermería de la Vicerrectoría de Desarrollo del Instituto Superior de Ciencias Médicas corresponde con la clasificación de sistema (Fig. 1.5). Es un sistema porque representa un todo único, organizado y compuesto por un conjunto de elementos que lo integran; posee una estructura interna cuyos elementos se encuentran interrelacionados; además, provisto de relaciones internas y externas, con propiedad integradora, funciona para lograr un objetivo sobre la base del modelo cibernético universal. Este sistema aceptado como tal, está compuesto por 4 partes funcionales que son válidas para cualquier sistema (Fig.1.6).

El enfoque sistémico es analizado como un método científico general; su evolución se estudia dentro de la Filosofía y las ciencias particulares, para situar su importancia como vehículo que posibilita obtener principios de la dialéctica en el conocimiento científico concreto. Este enfoque se debe ver como un todo funcional; para explicar este sistema comenzamos por los problemas de salud de la persona, la familia y la comunidad.

Problema de salud. Los problemas de salud son aquellas situaciones de normalidad o anormalidad inherentes al estado de salud de la persona, la familia y la comunidad en relación con el medio y en un momento específico que es determinado por un conjunto de circunstancias que producen diversas alteraciones morfológicas; estas pueden ser referidas o detectadas y solucionadas por la acción de los profesionales de la salud, y que expresan una necesidad de carácter social.

Objeto de trabajo del profesional. Es el hombre como ser biopsicosocial sano o enfermo que tiene afectadas sus necesidades, teniendo en cuenta el centro de interés o los supuestos principales como soporte vital (cuidado, persona, salud y entorno).

Objeto de la profesión

Es cuidar, brindar cuidados a la persona, la familia y la comunidad de forma holística o cuidados holísticos, a partir de la identifica-

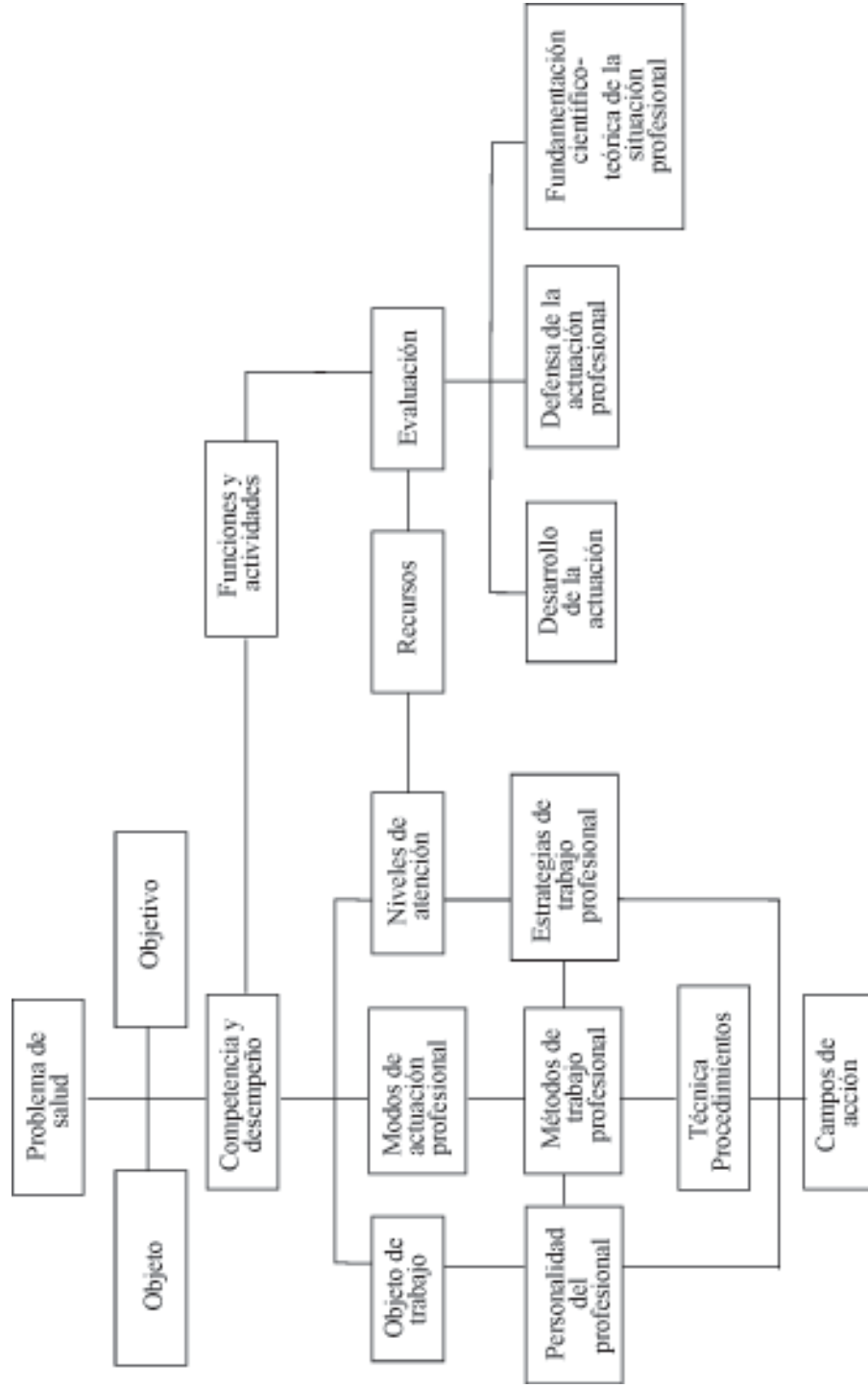


Fig. 1.5. Enfoque en sistema del objeto, el desempeño y la competencia profesional.



Fig. 1.6. Modelo cibernético.

ción de los problemas de salud; se tienen en cuenta la utilización de la taxonomía de enfermería y las funciones interdependientes e independientes para las que está legalmente facultado, demostrando competencia y

desempeño, lo que se demuestra mediante funciones, actividades y tareas (tabla 1.2).

Objeto de trabajo. Es el componente del objeto del profesional en el cual se manifiestan los problemas de salud, recibe la acción del enfermero o personas, familia, grupos de población y/o el ambiente.

Modos de actuación. Los modos de actuación determinan los métodos, técnicas y procedimientos cuya utilización y aplicación está condicionada por la profesionalidad y las estrategias de trabajo profesional. Estos modos está dirigido a elevar la competencia y el desempeño profesional.

Métodos de trabajo profesional en enfermería. Constituyen las vías o formas razonadas de actuar, donde se ordenan de manera lógica los principales elementos de la práctica profesional, que permite actuar y modificar el objeto de trabajo, alcanzar el objetivo y resolver los problemas de salud. Los métodos pueden ser generales y particulares (tabla 1.3).

Las tablas 1.4 y 1.5 exponen la correlación entre ambos métodos, así como el método de enfermería.

Método científico general. Las proposiciones de la ciencia deben ser verdaderas o probablemente verdaderas, como los seres humanos son falibles, la verdad absoluta se convierte en una meta difícil de alcanzar; como consecuencia se solicita ayuda a los científicos para descubrir la realidad fiable, académica y sistemática. Chinn sugiere que la enfermería necesita de la teoría para encontrar sus realidades significativas, que ofrezcan una base fiable y validez de la práctica.

Para lograr los propósitos de la profesión, los científicos de la enfermería deben abstraer sistemáticamente las realidades de la enfermería. Chinn afirma que el proceso de abstracción debe ser riguroso y sistemático en lugar de fortuito. *Chinn y Jacobs (1983)* plantearon: "las proposiciones de la ciencia deben tener un orden lógico, el estricto cumplimiento de los pasos secuenciales del método científico es necesario". La lógica deductiva e inductiva constituye 2 medios para

hacer interrelaciones lógicas de la hipótesis que forma parte de la teoría".

El estudio del problema de investigación incluye los siguientes pasos secuenciales (*Polit y Hungler, 1983*):

1. Definir un área de interés sobre el cual se realicen algunas preguntas.
2. Reducir el tema mediante la evaluación crítica de las ideas en colaboración con algún experto.
3. Definir los beneficios que podrían derivarse de la investigación del problema seleccionado.
4. Establecer si el problema elegido puede resolverse mediante la metodología científica.
5. Criticar la factibilidad del problema en función de los factores de tiempo-disponibilidad de sujetos, colaboración necesaria, instalaciones, equipos requeridos y costos.

Método solución-problema. La solución de problemas en el cuidado integral de enfermería es un proceso empleado por la enfermera o el equipo de salud de atención al paciente, para que este se adapte en forma apropiada a su enfermedad, tratamiento y rehabilitación.

Tabla 1.2. Objetivo de la profesión: competencia y desempeño

Funciones	Actividades	Tareas
Interdependientes Independientes	Promoción Protección Recuperación Rehabilitación	Conjunto de operaciones propias de una profesión, actividades individualizadas para satisfacer los problemas o necesidades de los pacientes, la familia y la colectividad

Tabla 1.3. Métodos de trabajo profesional

Método general	Método particular
Método científico general Solución de problema Método investigativo	Proceso de Atención de Enfermería Método clínico Método epidemiológico Método tecnológico Método de dirección

Tabla 1.4. Correlación entre los métodos de trabajo de los profesionales de la salud

Método general	Método clínico	Método de enfermería	Método epidemiológico	Método tecnológicos
Situación de salud individual y colectiva	Situación de salud individual	Situación de salud individual	Situación de salud de la colectividad	Situación de salud individual
Formulación de problemas	Formulación del problema	Formulación de problemas	Formulación de problemas	Formulación de problemas
Búsqueda de información mediante el examen	Examen clínico: interrogatorio y examen físico	Valoración	Observación	Exploración y análisis
Planteamiento de impresión diagnóstica	Discusión diagnóstica. Diagnóstico	Diagnóstico de enfermería	Formulación de la hipótesis diagnóstica epidemiológica	Caracterización y diagnóstico tecnológico
Verificación de la hipótesis Dirección del proceso	Confirmación por exámenes de laboratorio de investigaciones clínicas	Intervención	Verificación de conclusiones y recomendaciones	Comprobación y aplicación del tratamiento tecnológico
Revisión de la impresión diagnóstica original	Revisión impresión diagnóstica original e indicación de planes	Evaluación	Formulación de conclusiones y recomendaciones	Evaluación y orientación
Orientación al paciente, familiares, comunitario personal para médico	Revelación posible de resultados a pacientes y familiares tratamiento	Orientación	Introducción en la práctica social	

Tabla 1.5. Método de enfermería

Etapas	Descripción	Actividad
Formulación del problema	Identificación y planteamiento del problema	Determinar el motivo de auxilio, consulta o ingreso
Valoración	Obtención y análisis de la información esencial sobre el paciente	Realizar examen de enfermería(entrevista: por respuestas humanas o patrones funcionales de salud). Observar evolución Revisar Historia Clínica Recoger datos Revisar registros
Diagnósticos de enfermería	Impresión y discusión diagnóstica de los problemas de salud reales, potenciales y posibles del paciente, considerando los factores causales y concurrentes	Ordenar y agrupar los datos Correlacionar, jerarquizar o interpretar los problemas

La necesidad e importancia de la solución de problemas se confirma por la frecuencia de conductas inadecuadas en los pacientes y lo insuficiente de su rehabilitación.

Para realizar una solución efectiva se deben tener presente 4 aspectos principales:

1. Reconocimiento del problema.
2. Análisis de los problemas.
3. Trabajar con el problema.
4. Evaluación del efecto de la solución-problema.

Método investigativo. Según Polit y Hungler, para producir investigación se necesita desarrollar habilidades sobre la base del método científico. Sin embargo, no solo los investigadores necesitan entender el enfoque científico y los métodos de investigación; enfermeras comprometidas con la práctica, administradores y educadores de esta rama tienen la responsabilidad de identificar los problemas que garanticen la investigación científica.

La meta final de cualquier profesión es mejorar la práctica de sus miembros, de manera tal que los servicios que proporcione a sus pacientes tengan el máximo impacto. Cualquier profesión que busca engrandecer su imagen requiere de continuo desarrollo de una estructura científica de conocimiento fundamental para su práctica.

La investigación puede jugar un papel importante en cada fase de los procesos de enfermería. Los resultados de la investigación ayudan a la enfermera a tomar decisiones con mayor conocimiento de causa sobre su trabajo y esclarecen el papel único de la enfermería en el sistema de salud.

Las fases para la investigación en enfermería son las siguientes:

1. De estimación (recolección sistemática de la información).
2. De diagnóstico (desarrollar diagnósticos).
3. De planeación (desarrollo de acciones de enfermería).
4. De intervención (desarrollarlas sobre la base de la investigación).
5. De evaluación (evaluar el grado en que se alcanzan los resultados).

Técnicas y procedimientos. Las habilidades manuales y sensorceptuales fundamentadas en principios propios de la ciencia y de otras ciencias ayudan a alcanzar los objetivos de enfermería, la belleza en la actuación profesional y la calidad en los servicios que brinda.

Las técnicas pueden ser:

1. De salud. Promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.
2. Educativas. Autoeducación, educación en el trabajo y adiestramiento en servicio.
3. De dirección. Planificación, organización, ejecución y control.
4. Especiales. Se realizan en casos de desastres naturales, tiempo de guerra y condiciones excepcionales.

Personalidad. La personalidad del profesional se condiciona a los modos de actuación mediante el uso y aplicación de los métodos, técnicas y procedimientos de trabajo profesional.

La personalidad se desarrolla y manifiesta en el proceso de la actividad y comunicación, que está integrada por los elementos estructurales, funcionales e individuales; dentro de estos se encuentran:

1. Autonomía.
2. Autorrealización.
3. Sistema motivacional-afectivo.

Estrategias de trabajo profesional en enfermería. Se integran las funciones, tareas, actividades, métodos, técnicas, procedimientos y categorías de trabajo, las que están orientadas a la solución de problemas de salud y al logro de los objetivos, propósitos y directrices del Sistema Nacional de Salud.

Niveles de atención. Se utilizan en la solución de problemas de salud y logros de los objetivos de enfermería:

Médicos	Enfermería
Primario	Mínimo
Secundario	Intermedio
Terciario	Óptimo o intensivo

Evaluación. La evaluación esta orientada a comprobar las competencias y el desempeño de la actuación profesional en la solución de salud. Posee 3 intenciones (Fig. 1.7):

1. Desarrollo de la actuación profesional. Resolución de un problema de salud (individual, familiar o comunitario).
2. Defensa de la actuación profesional. Uso y aplicación del método científico de actuación profesional para la defensa.
3. Fundamentación de la actuación profesional. Las teorías y principios propios de las ciencias y otras ciencias en la fundamentación de la resolución del problema.

Campos de acción. Donde el profesional desarrolla su trabajo o actividad y se delimita la ampliación del perfil profesional (Fig. 1.8).



Fig. 1.7. Intenciones de la evaluación profesional



Fig. 1.8. Excelencia profesional.

Bibliografía

- Álvarez Mederos R. Filosofía de enfermería. Conferencia. Maestría en enfermería, 2000.
- Hernández Pérez R y cols. Conocimientos de los fundamentos de enfermería profesional
- Ilisástegui DF, Rodríguez RI. El método clínico. Cuba, 1989.
- Ortega Romanillo F. La enfermería básica. Revista Tribuna Sanitaria. Colegio Oficial de Diplomado en Enfermería. Madrid, 2000; 122.
- Palacios García FA y cols. Personal de enfermería. Una relación imprescindible y fructífera. Madrid:Ediciones SL, 1996.
- Peña Bayo JA, Monserrat Sanz L. Enfermería. Madrid:Ed. Olalla. Ediciones. SL, 1996.
- Pérez Tamayo R. ¿Existe el método científico? Fondo económico cultural. México, 1990.
- Rivero GM. Vida Asociativa en la enfermería. República Argentina. Revista Desafíos 1997: 27-30.
- Valdés Marrero C, Enrique Borges H. Enfoque en sistema del objeto, la competencia y el desempeño profesional. Material de apoyo. Impresión ligera, 2000.
- Vicerrectoría de Desarrollo. Documentos rectores. Nuevo Modelo Pedagógico, 2004.

UNIDAD 5. ÉTICA EN ENFERMERÍA

Cristobalina Valdés Marrero

Enfermera y profesión

A esta profesión le corresponde la principal responsabilidad para definir y aplicar las normas deseables relativas al ejercicio y enseñanza de Enfermería. Las enfermeras contribuyen al desarrollo del acervo de conocimientos propios de su profesión.

Por medio de sus acciones profesionales las enfermeras participarán en el establecimiento y mantenimiento de condiciones de trabajo de Enfermería que sean económicas y justas. Para dominar la profesión es necesario adquirir los conocimientos y habilidades de lo que hacen, demostrar las competencias profesionales (competencias para la vida y para saber hacer); además se deben poseer los siguientes aspectos:

1. Identidad profesional.
2. Autonomía en el desempeño de la labor.
3. Orientación profesional.
4. Reafirmación profesional.
5. Marco teórico.
6. Marco filosófico.
7. Misión profesional.
8. Visión profesional.
9. Código ético.
10. Ubicación y sentido de la profesión en el contexto mundial y regional.
11. Sociedad que nos represente.

Análisis de los términos ética y moral

La ética es la rama de la Filosofía que se ocupa de la moral y las obligaciones del hombre; es como una teoría de las costumbres que se le atribuye fuerza obligatoria. El vocablo ética se deriva del griego *ethos*, la palabra moral del latín *moris*, ambas significan costumbres o hábitos.

La ética, además, es una ciencia que estudia la moral, su origen y desarrollo, las reglas y normas de conducta de los hombres, sus deberes hacia la sociedad, la patria, el estado y otros; también es un campo del saber filosófico.

La ética está muy relacionada con la moral; esta última son las creencias de nuestros padres y la sociedad, relacionadas con la con-

ducta de los seres humanos, incluye lo bien hecho y lo que está mal. Este término describe un aspecto más amplio de la moral, más allá de las reglas aceptadas por el grupo social y se mueve en la esfera del pensamiento y el análisis. La ética moral se interesa por normas de conductas que reflejan el deseo profesional de proteger o asegurar el bienestar de los pacientes.

Los términos ética y moralidad se usan en el contexto de creencias, acerca de la conducta humana correcta e incorrecta y con diversos lineamientos de acción; aunque se parecen, estos 2 términos difieren ligeramente en su significado:

Ética: estudio filosófico de la moralidad y cada persona confía en la teoría formal, regla, principio o códigos de conducta para determinar la evolución correcta de la acción.

Moralidad: describe el compromiso personal de cada persona con los valores, y estos valores con frecuencia influyen en las normas y expectativas sociales, por ejemplo, los adolescentes aprenden de sus familiares el amor al trabajo, así la persona puede incorporar estas costumbres sociales a su propia jerarquía de valores. Dentro de un contexto ético las personas podrían analizar porqué es erróneo no trabajar, por lo que pueden basar sus argumentos en el hecho de que no trabajar viola los principios morales fundamentales, como son el respeto a las personas, la justicia, la fidelidad y el compromiso adquirido.

Esencialmente la ética es el estudio sistemático más formal de las creencias morales, en tanto que la moralidad es la adecuación a los valores personales informales. Debido a que la diferenciación entre estas 2 palabras es mínima y se usan indistintamente, existen 2 grandes enfoques en el campo de la ética:

1. No normativos. Metafísica y ética descriptiva.
2. Normativos. Ética normativa general y ética aplicada.

Ética no normativa (metafísica). Se refiere a los conceptos y terminología lingüística comprensibles, que se usan en la ética como: ¿qué significa "bueno", "virtuoso" o "correcto"; un ejemplo de metaética en el ambiente del cuidado de salud podría ser el análisis del consentimiento informado.

En la ética descriptiva, su objetivo es identificar diversas conductas y creencias éticas; este tipo de enfoque es usado por los historiadores, antropólogos o sociólogos quienes estudian la conducta de los diferentes grupos de personas.

Ética normativa. Es la rama de la filosofía moral que suele asociarse con la ética. Cuando uno escucha las palabras "tienes qué" o

"debes de" suelen relacionarse con la evolución moralmente correcta de la conducta, mediante un enfoque sistemático de la teoría de la moral y los principios morales, para responder a la pregunta normativa "qué debiéramos hacer en estas circunstancias.

Cuando este término se utiliza para identificar los problemas globales que trascienden todos los campos, se denomina ética normativa general, por ejemplo, ¿Cómo debieran los gobernantes interactuar para obtener la paz mundial? Esta pregunta suele hacerse dentro de una disciplina específica y se designa con el término de ética aplicada.

En diversas disciplinas se utilizan los fundamentos de las teorías éticas generales y de los principios morales para aplicarlos a los problemas específicos dentro de sus dominios, por ejemplo:

1. La bioética es el estudio de los problema éticos en la Biología y en la Medicina, también puede reconocerse como ética médica, clínica o de cuidados de la salud.
2. La ética en Enfermería se considera como una forma diferente de ética aplicada debido a que existen muchos dilemas morales específicos de la profesión de Enfermería.

Teorías éticas clasistas

El objetivo de la teoría de ética es justificar la pregunta ¿qué se debe hacer?. Las teorías éticas son amplios marcos de referencia compuesta por reglas y principios morales; sirven de fundamento a los juicios normativos o evolución de la acción. Aun cuando existe gran diversidad de sistemas éticos, predominan 2 teorías: la teológica y la deontológica. Otros 2 marcos teóricos son la ética de la virtud y el pluralismo ético.

Teoría teológica. Teología proviene de la palabra griega telos, que significa fines, de acuerdo con esta teoría uno se involucra predominantemente con los resultados o las consecuencias finales de las acciones. Es común que también se denomine consecuencialismo.

La formulación más frecuente de esta teoría es la utilitaria. Es común escuchar la frase: "el mayor bienestar para el número más grande", como referencia a la teoría utilitaria, por tanto, la elección moral de una persona es la decisión que maximiza las consecuencias positivas sobre las negativas. Un gran impulsor del utilitarismo fue el filósofo John Stuart Mill; en sus trabajos entre los años 1871 y 1877 propuso que la fundación de juicios morales es el principio de la utilidad, a la cual también se le ha llamado como el principio de la felicidad. Para Mill, las acciones son buenas en la medida que tienden

a proporcionar felicidad, y son malas cuando tienden a producir infelicidad. Los extremos deseables son la libertad y la carencia de dolor; esta perspectiva utilitaria puede aplicarse en actos o reglas morales específicos. Cuando se utilizan reglas morales se deben aplicar los principios de la utilidad a las reglas morales específicas que produzcan la mayor felicidad posible a todas las personas.

Aun cuando la teoría de Mill puede clasificarse como hedonista, el principio del placer o utilidad probablemente no es más que el placer en el sentido común del término, no obstante, algunos filósofos utilitarios favorecen otros valores intrínsecos, además del placer, como: el conocimiento, la salud o la amistad para el logro del bien conjunto.

Existen muchas críticas a la moral teológica, basada en las consecuencias; el defecto más obvio en este tipo de enfoque es la incertidumbre y la dificultad para determinar diversos valores intrínsecos, cómo pueden medirse con exactitud y comparar la felicidad, el placer o los valores como la salud y amistad, además poner por base de las acciones morales de una persona "el mayor bienestar para la mayoría o el número más grande", puede ser problemático en algunas circunstancias.

Ética profesional

Es una manifestación particular de la ética en general que trata principios, normas de conducta que rigen en una profesión determinada.

Principios y responsabilidades de los enfermeros en relación con la moral de sus acciones y las demás personas. En el análisis de la moral de las acciones del enfermero es necesario recordar algunos de los principios generales, ya que la ética para enfermeras parte de un sistema ético general. Algunos principios derivan de la deontología (deber), moralidad de las acciones humanas, fórmula y principios tales como:

1. Nada puede ser obligatorio y prohibido.
2. El compromiso es de por sí necesario y obligatorio.
3. Lo prometido es deuda.

Algunas teorías se derivan de normas tan antiguas como la humanidad, otras de los derechos del paciente, de los códigos y promesas profesionales y de las ciencias humanas que integran el ejercicio profesional.

El principio moral más antiguo que se conoce, en el cual se fundamentaron las principales religiones del mundo y conocido como la

regla de oro ha sido por siglos una guía popular para resolver problemas: "Haz con los demás lo que quisieras que hicieran contigo".

Además de este principio existen otros que pertenecen a la deontología pluralista:

1. *Autonomía*. Libertad de acción, implica independencia, seguridad en sí mismo, libertad de selección y capacidad para tomar decisiones; la única razón que existe para privar a una persona de su autonomía es que pueda dañar a otros.
2. *No hacer daño*. Significa la obligación de no hacer daño y es casi siempre considerado como el fundamento sobre el cual descansa la prestación de servicios o el cuidado de la salud; en este principio está implícito el juramento hipocrático y el de Florence Nightingale: "Me abstendré de todo lo que sea perjudicial y maligno y no tomaré ni administraré, a sabiendas ninguna droga que pueda ser nociva a la salud". Los profesionales de la salud están obligados a no hacer daño al paciente, pero en la práctica es más complejo de lo que parece. El concepto de daño puede ser definido de diferentes maneras, incluyendo el daño liberado, riesgo de daño y el daño incidental que ocurre durante la realización de acciones que benefician. Es lógico que el daño intencional es inaceptable; lo que no está del todo claro es el riesgo de dañar.
3. *Obrar bien*. El tercer principio también parece absolutamente materia de hecho, lo que significa activa promoción del bien, ya sea en su forma directa o indirecta. En los profesionales de la salud significa una tarea obligatoria, conferir beneficios que sean saludables al paciente. Es casi imposible asegurar beneficios sin riesgos de daño y esto lo deben conocer los pacientes, pues tal como avanza la tecnología, crecen también los dilemas éticos. La mayoría de las personas piensa que no hacer daño es un principio más elevado que el de hacer el bien. No dañar precede a hacer el bien; pero los profesionales de salud quizás sientan la obligación moral de hacer el bien y, por tanto, con mucha frecuencia se hallan atrapados en conflictos éticos.
4. *Justicia*. Es el cuarto principio, es el más complejo y difícil de aplicar al cuidado de enfermería. Hay muchas definiciones y conceptos de justicia; con frecuencia es definida en términos de honradez: justicia cuando la persona recibe lo que le corresponde. Este principio se puede utilizar para designar recursos.

Principios éticos comunes

Autonomía. Designa el gobierno de sí mismo por las propias reglas, se incluye la capacidad de tomar elección libre de influencias externas.

Beneficencia. Consta de:

1. El deber de hacer el bien.
2. Derecho a la intimidad (confidencialidad).
3. La información obtenida de una persona no será revelada a otra a menos que sea para su beneficio o que exista un lazo directo con una buena relación social

Doble efecto. Un principio que moralmente puede justificar algunas de las acciones y produce tanto efectos positivos como negativos debe cumplirse cada uno de los 4 criterios:

1. La acción considerada es buena o moralmente neutra.
2. La persona intenta sinceramente hacer el bien y no el efecto negativo (este puede evitarse, aunque no intentarlo).
3. El efecto positivo no se logra por medio del efecto negativo.
4. Existe un balance proporcional o favorable del bien sobre el mal.

Principio del doble efecto. La respuesta a este dilema quizás podamos encontrarla en lo que se conoce como el principio del doble efecto; es uno de los principios más útiles, aunque también es un "arma de doble filo"; se basa en que el mal nunca debe quererse como medio ni como fin, o sea, nunca debemos hacer voluntaria o intencionalmente el mal.

Los actos pueden ser voluntarios directos o voluntarios indirectos. El acto es voluntario directo si se desea algo como medio o como fin. El voluntario indirecto es aquello que no deseamos ni como medio ni como fin. En la realización de estos actos hay una consecuencia secundaria prevista que no se desea, pero no se puede eludir. Es el caso común y corriente de tratar una enfermedad con un tratamiento específico que puede dañar otros órganos o producir una intoxicación. En cambio una consecuencia que no es intencionada ni prevista sino accidental, es involuntaria, por ejemplo, un chofer que su esposa lo ayuda a cargar gasolina y en ese momento prende un fósforo y la esposa muere por quemaduras, fue un accidente sin intención.

Las consecuencias imprevistas son involuntarias, no obstante, tratar de evitar todo acto del cual pudieran resultar algunos efectos malos es muy difícil. A veces uno desea el bien y no el mal, pero por la misma naturaleza de las cosas en ocasiones el mal está inseparable, pero no siempre estamos obligados a evitar su existencia.

El principio del doble efecto resume las condiciones bajo las cuales podemos realizar un acto del que prevemos puede resultar una consecuencia mala a saber:

1. El acto ha de ser bueno en sí mismo o al menos indiferente.

2. El bien no debe obtenerse mediante el mal.
3. El mal por sí mismo no debe hacerse.
4. Un buen fin no justifica medios malos porque esto hace necesariamente malo el acto.

Debe existir una razón proporcionalmente grave para permitir un acto malo, si bien no estamos obligados a prevenir el mal, estamos obligados a evitar un mal mayor, aunque sea un poco de sacrificio de nuestro propio bien.

Fidelidad. Mantener el compromiso. El deber de ser leal a los compromisos de cada persona incluye compromisos tanto explícitos como implícitos para otros.

Justicia. Desde una amplia perspectiva la justicia establece que casos similares deben ser tratados de igual manera. Una versión más restringida de la justicia es la justicia distributiva, que designa la distribución de los beneficios y las cargas sociales. Diversas teorías de la justicia distributiva incluyen las siguiente notas que cada persona reciba:

1. Igualdad.
2. Conformidad con sus necesidades.
3. De conformidad con su esfuerzo.
4. De conformidad con la distribución social.
5. De conformidad con su mérito.
6. De conformidad con los requerimientos legales.

La justicia retributiva se relaciona con la distribución de los castigos.

No maleficencia. El deber de no infligir daños, así como el de prevenirlos y evitarlos se incluye en el principio de la beneficencia, en cuyo caso la no maleficencia podría ser más directa.

Paternalismo. La limitación intencional de la autonomía de otra persona justificada por la apelación a la beneficencia o el bienestar o necesidad de otros, de esta manera la prevención de cualquier daño o peligro es mayor que cualquier daño potencial causado por la interferencia de la autonomía o la libertad de las personas.

Respeto a las personas. Con frecuencia se utiliza como sinónimo de autonomía, sin embargo va más allá de la simple aceptación del contexto de la noción o de la actitud que las personas tienen que hacer elecciones autónomas, para tratar a otras de tal manera que las capacita para tomar una decisión.

Carácter sagrado de la vida. La perspectiva de que la vida es lo mejor que se puede lograr, ya que todas las formas de vida, incluso

aquellas con existencia meramente biológica, deben crear precedentes sobre criterios externos para calificar con juicio la vida.

Veracidad. La obligación de decir la verdad y no mentir ni engañar a otros.

Los principios básicos de la profesión que están relacionados con la conservación de la salud y la vida de las personas confiadas a los cuidados de enfermería son:

1. Ayudar al paciente a conservar su personalidad.
2. Ayudar al paciente a mantener su salud.
3. Ayudar al paciente a incorporarse a la sociedad.
4. Proteger al paciente de lesiones y agentes externos de enfermedad.

La primera función y las responsabilidades éticas del enfermero son:

1. Función
 - No dañar.
 - Hacer el bien.
2. Responsabilidad. Proteger los valores más preciados del ser humano; la vida y la salud; así como los derechos a un ambiente saludable.

La ética trata de las relaciones humanas, que en nuestro ámbito se establecen entre:

1. Médico y enfermero.
2. Enfermero y paciente.
3. Enfermero-paciente-médico.

De estas relaciones surgen dilemas éticos como:

1. Conflicto entre la función profesional y los valores personales.
2. Los problemas entre ellos, sus compañeros de trabajo y demás miembros del equipo
3. La falta de entendimiento entre ellos, el paciente y su familia.
4. Responsabilidades conflictivas.

Ante una situación o dilema acerca de los aspectos éticos se debe:

1. Obtener datos seguros.
2. Identificar los conflictos que aparecen en cada situación.
3. Bosquejar las acciones alternativas o propuestas.
4. Delimitar los resultados o consecuencias de las acciones alternativas.

5. Determinar el origen del problema y la persona que tiene que solucionarlo.
6. Reafirmar las obligaciones de los profesionales.

Ética y educación ética de los trabajadores de la salud en la atención primaria (carpeta metodológica 2001)

En la atención primaria el desarrollo de una profunda educación ética es fundamental; el abordaje integral de los problemas de salud impone a los enfermeros la necesidad de una conducta ético-moral intachable, el ejemplo en su conducta diaria es la batalla ideológica por estilos de vida sanos:

1. Preservar y mantener la salud del pueblo y conservar las conquistas de la Revolución en la Salud, unido a las misiones de nuestros profesionales y técnicos en el campo internacional.
2. Nuestra actuación en el cumplimiento del deber solo puede responder a los principios éticos de la moral, expresión de los intereses de la clase obrera y del pueblo en general.
3. El carácter socialista de nuestra salud es la base de la moral y la ética.
4. En el ejercicio diario de nuestra función social debemos observar principios éticos morales de profundo contenido humano, ideológico y patriótico como dedicar nuestros esfuerzos y conocimientos al mejoramiento de la salud del hombre, trabajar constantemente donde la sociedad lo requiera y estar siempre dispuestos a brindar la atención médica necesaria con el espíritu internacionalista.
5. Mantener los principios de humanismo, patriotismo e incondicionalidad.

Nuestros principios se expresan en:

1. La relación médico-paciente y sus familiares.
2. Las relaciones con los demás trabajadores de la salud.
3. Las relaciones entre docentes y educandos.
4. Las relaciones como parte de la sociedad.

Otros aspectos relacionados con la ética al realizar la actuación del profesional, además de estar a la altura de los nuevos retos relacionados con un desarrollo científico-técnico ascendente con la introducción de nuevas tecnologías a gran velocidad, unido a las limitaciones producidas por el impacto criminal del bloqueo, lo cual afecta la disponibilidad de recursos fundamentales.

Preocuparse por la capacitación y el perfeccionamiento de todos los miembros del equipo de salud tiene una profunda concepción ética, ya que se relaciona directamente con la calidad de la atención médica que se brinda a la población y con elementos de vital importancia como la incorporación permanente de nuevos conocimientos.

También se deben desarrollar valores como la modestia, la honestidad, la solidaridad humana y la profunda concepción internacionalista.

Aprender de los demás y especialmente de la sabiduría popular, de las enseñanzas de la Revolución, de su historia y de nuestros líderes, así como estudiar el pensamiento de Nuestro Comandante en Jefe Fidel Castro, quien constituye una guía para la acción y la filosofía del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia.

Bibliografía

- Amaro Cano M. Curso Ética y Bioética. Vicerrectoría Docente, 1994.
Brunner y Suddar. Enfermería Médico-Quirúrgica. 8ta. ed. Vol. I. Interamericana, 1998.
Colectivo de autores. Enfermería I. Ed. Pueblo y Educación, 1987.
Ética y Deontología Médica. Texto Básico. Ed. Pueblo y Educación, 1987.
Kozier B. Enfermería, Procesos y Fundamentos. Interamericana, 1990.
Kozier Dugas. Tratado de Enfermería Práctica 4ta. ed. Interamericana, 1999.
Medina Castellanos C. Ética y Legislación. Difusión Avances de Enfermería. Madrid, Valencia, 2000.
Valdés Marrero CH y colaboradores. Enfoque en Sistema del Desempeño y la Competencia Profesional. Material de Apoyo. Impresión Liger. 1998.
Villarreal Francisco. Problemas Éticos de la Tecnología Médica. Revista Biomédica OPS. Vol.3, 1993.
Zavala A. Implicaciones Éticas en la Práctica de Enfermería. Venezuela, 1987.

El hombre y su ambiente

UNIDAD 1. EL HOMBRE Y SU RELACIÓN CON EL MEDIO

Ana Cecilia Pérez García

El hombre por su esencia social posee rasgos fundamentales y particularmente específicos que lo diferencia de otros seres vivos; esto obliga a enfocar la salud de las personas no solo desde posiciones biológicas, sino considerando las características sociales de los diferentes grupos de edad.

Los enfermeros al intervenir en las situaciones de salud de la persona, la familia y la comunidad y al utilizar el Proceso de Atención de Enfermería tendrán en cuenta las condiciones que afectan los diferentes grupos de edad mediante los cuidados holísticos al ser social, que incluyan los criterios de las diferentes teorías de enfermería, así como sus modelos y su relación con el medio.

Interrelación dialéctica biológico-social en los procesos vitales y la salud

Ninguna de las leyes biológicas o sociales actúa sobre el hombre y su salud por separado, todas en conjunto condicionan los factores que determinan el estado de salud de la población; además, constituyen una unidad dialéctica en la cual las leyes biológicas y las sociales se manifiestan diferentes, según los niveles en que se desarrollan los distintos procesos vitales. Tanto unas como otras actúan en todos los niveles del organismo, de manera que no actúa sólo lo biológico o lo social de forma absoluta, ni tampoco actúan las 2 por igual.

El problema de la interacción dialéctica consiste en que unas u otras leyes sociales o biológicas predominan según el nivel en que se produce el proceso vital o fenómeno de salud.

En los niveles inferiores (molecular o celular) predominan las leyes biológicas y en la medida que se pasa a los niveles superiores van predominando las leyes sociales hasta llegar al hombre integralmente como ser social, más aún, cuando se valora la salud de colectivos de personas, la salud de la sociedad donde el predominio de lo social se manifiesta de manera muy evidente.

Importancia de la relación biológico-social en medicina y salud pública. La comprensión correcta de la relación que existe entre

las leyes y categorías biológicas y sociales tiene gran importancia teórica y práctica en el ejercicio de la profesión médica, así como para el médico que es un trabajador científico:

1. Resulta imprescindible para la interpretación correcta de las causas y mecanismos de producción de las enfermedades en el hombre y en general del proceso salud-enfermedad.
2. Constituye un elemento de orientación metodológica fundamental para alcanzar el propósito de preservar y mejorar la salud de la sociedad.

Al enfocar correctamente la relación dialéctica que existe entre las leyes y categorías biológicas y sociales, el enfermero puede estudiar y actuar sobre los factores socioeconómicos y biológicos que influyen en el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad; esto le permitirá mejor desempeño, fundamentado científicamente en su práctica profesional.

Relación del hombre con su medio biológico, psicológico y social

El hombre por su esencia social posee rasgos fundamentales y particulares específicos; si se parte del análisis de la relación sujeto-medio se aprecia que el hombre como unidad biopsicosocial tiene necesidades biológica, psicológicas y sociales, y el medio según sus características posee elementos para satisfacer dichas necesidades, por ejemplo, un hombre en nuestro medio tendrá necesidades biológicas como ingerir agua; psicológicas como sentirse respetado, y sociales como ocupar un puesto de trabajo.

La imposibilidad de satisfacer estas necesidades puede producir desequilibrios de diferentes grados, por ejemplo, la carencia de agua lo llevará a cambios importantes por deshidratación. No poder lograr el respeto de su grupo podría llevarlo a establecer sentimientos de inferioridad, y la imposibilidad de trabajar por estar desempleado pudiera llevarlo a la depresión, la desesperación y hasta el suicidio.

La relación del hombre con su medio biopsicosocial suele ser plena cuando son satisfechas sus necesidades, así como las de su familia y la comunidad.

Evolución histórica de la familia

Ya en 1887 Lewis Morgan en su clásico libro *La sociedad primitiva* demostró cómo la familia sufre también un proceso de desarrollo continuo. Engels en su libro *Origen de la familia, la propiedad privada*

y el estado señala que Morgan fue el primero que con conocimiento de causa trató de introducir un orden preciso en la prehistoria de la humanidad.

Los sistemas de parentescos evolucionaban en la misma medida en que lo hacía la sociedad y no sufrían una transformación radical hasta tanto no se modificaba sustancialmente la familia, como consecuencia del cambio de la base económica.

La historia revela que en las comunidades primitivas los hombres practicaban la poligamia, y sus mujeres la poliandria; por ende, los hijos eran comunes. Toda esa situación se transforma por una sucesión de cambios hasta llegar a la monogamia.

La forma más antigua de familia es la consanguínea, donde los grupos conyugales se clasificaban por generaciones: todos los abuelos y abuelas en los límites de la familia eran maridos y mujeres entre sí; igual sucedía con sus hijos, nietos y otros. De manera que hermanos y hermanas en primer grado, primos y primas en segundo grado, todos eran en sí hermanas y hermanos y por lo mismo maridos y mujeres unos de otros.

De la familia consanguínea surgió la familia "punalúa", en la cual uno o más grupos de hermanos se convertían en núcleo de una comunidad y sus hermanos carnales en el núcleo de otra. De igual modo, una serie de hermanos "uterinos" o más lejanos tenían en matrimonio común determinado número de mujeres, con exclusión de sus propios hermanos. Esas mujeres entre sí se llamaban "punalúas".

En el régimen de matrimonio por grupos se formaban parejas conyugales para un tiempo más o menos largo y el hombre entre sus numerosas esposas tenía una mujer principal, para ella era el esposo favorito; conforme se iban haciendo más numerosos, las clases de hermanos y de hermanas entre quienes ahora era imposible el matrimonio, esa unión conyugal por parejas, basada en las costumbres, se iba consolidando. Esa creciente complicación de las prohibiciones del matrimonio fue haciendo cada vez más imposible las uniones por grupos, las que se sustituyeron por la familia "sindiásmica". En esas etapas un hombre vive con una mujer; sin embargo, la poligamia y la infidelidad ocasional siguen siendo un derecho masculino, aun cuando la poligamia por razones económicas se ve muy raro. Se exige absoluta fidelidad a la mujer; el vínculo matrimonial se disuelve fácilmente por una u otra parte y luego los hijos solo pertenecen a la madre.

La familia monogámica se basa en el predominio del hombre; su propósito principal es procrear hijos cuya paternidad sea indiscutible, ya que estos en calidad de herederos directos han de entrar un día en

posesión de los bienes de su padre. La familia monogámica se diferencia del matrimonio "sindiásmicos" por una solidez mucho mayor de los lazos conyugales, ya no pueden ser disueltos por el deseo de cualquiera de las partes.

El origen de la monogamia no fue de ninguna manera fruto del amor sexual individual, sino del cálculo, como móvil de los matrimonios. Fue la primera forma de la familia basada en las condiciones económicas y de manera concreta en el triunfo de la propiedad privada sobre la propiedad común primitiva, originada de forma espontánea.

Cuando las riquezas pasan a ser propiedad social ya no existen preocupaciones con respecto a la transmisión de los bienes, y el matrimonio monogámico se realiza plenamente a partir de ese momento. Cuando los medios de producción pasan a ser propiedad común, la familia doméstica se va convirtiendo en un asunto social y también el cuidado de sus hijos.

Familia

Distintas ciencias han abordado el estudio de la familia desde su ámbito de interés particular. La Filosofía, la Sociología, el Derecho y la Psicología entre otras ciencias han aportado con diferentes niveles de generalidad el significado del mencionado concepto. Son innumerables las definiciones del concepto familia y cada definición brinda contribuciones específicas. A continuación expondremos algunas definiciones de varios autores.

Concepto. El término familia proviene del latín con igual nombre; señala al padre, madre e hijos que viven bajo el mismo techo.

Se define a la "familia como célula (pequeño grupo social) de la sociedad, importantísima forma de organización de la vida cotidiana personal, fundada en la unión matrimonial y en los lazos de parentesco, en las relaciones multilaterales entre el esposo y la esposa, los padres y sus hijos, los hermanos y las hermanas y otros parientes que viven juntos y administran en común la economía doméstica".

Familia. Un grupo (2 o más) de adscripción natural de seres humanos, con lazos de consanguinidad o sin ellos, de pertenencia primaria (al menos para uno) y convivencia casi siempre bajo el mismo techo, que comparten la escasez o abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios y que, al menos en alguna etapa de su ciclo vital, incluyen 2 o más generaciones.

Familia: "todas las personas que conviven en una unidad residencial entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones

recíprocas, y por lo general no siempre están ligados por lazos de parentesco".

Otros autores también consideran a la familia como "el grupo que consiste en padres e hijos, viviendo juntos o no" y en un sentido más amplio a "todos aquellos relacionados por sangre o afinidad".

La teoría general de los sistemas planteada por Ludwing Von Bertalanffy propone principios y leyes aplicables a sistemas generalizados sin importar el género, la naturaleza de los elementos o las fuerzas participantes.

La familia, con sus principios y regularidades que la rigen en toda la sociedad y a través de todas las épocas, no escapa al análisis sistémico como conjunto compuesto por individualidades interactuantes, por una finalidad en un medio determinado.

La familia es un conjunto (grupo) compuesto por elementos-miembros del grupo familiar que se encuentran en una dinámica de interacción particular y, a su vez, es un subsistema del sistema social.

En 1999 a solicitud del Ministerio de Salud Pública se crea el Grupo Asesor Metodológico de Estudios de la Familia y definen la familia como: "grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto, y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla.

Funciones de la familia. La familia cumple con importantes funciones para la sociedad.

1. **Función biosocial.** La familia cumple la función de reproducción, ya que en ella se gesta la necesidad de la descendencia y se crean las condiciones para el desarrollo físico, psicológico y social de sus integrantes. La conducta reproductora al nivel familiar incide en indicadores demográficos como densidad poblacional, fecundidad y natalidad.
2. **Función económica.** Se ejerce a través de la realización de actividades para garantizar la integridad de los miembros. Incluye la obtención y administración de los recursos tanto monetarios como bienes de consumo; la satisfacción de necesidades básicas por la vía de abastecimiento y el mantenimiento.
3. **Función educativo-cultural.** Es la función que produce el proceso de transmisión de experiencia histórico-social en la vida cotidiana. Es también la transmisión de valores ético-morales que se derivan de los principios, normas y regulaciones que se observan, y se aprenden en la familia en el mundo de relaciones intra y extrafamiliares. Incluye la contribución al proceso formativo del desarrollo de la personalidad individual y, en general, a la formación ideológica de las generaciones.

4. Función afectiva. Es la función que realiza la familia al transmitir el amor que se profesan entre sí sus integrantes.
5. Contribución a la formación y desarrollo de la personalidad individual.

Estructura de la familia y su representación gráfica:

1. Según su tamaño
 - Pequeña: de 2 a 3 miembros.
 - Mediana: de 4 a 6 miembros.
 - Grande: 7 y más miembros.
2. Número de generaciones
 - Unigeneracional.
 - Bigeneracional.
 - Trigeneracional.
 - Multigeneracional.

Ontogénesis de la familia. Familia nuclear. Integrada por una pareja que tenga hijos o no, o por uno de los miembros de la pareja con su descendencia. Incluye los hijos sin padres en el hogar, los hijos de uniones anteriores, la adopción y el equivalente de pareja.

Como ejemplos de familias nucleares tenemos:

1. Pareja sin hijos y pareja sin hijos en el hogar.
2. Integrada por uno de los padres y uno o más hijos.
3. Integrada por el padre, la madre y uno o más hijos.
4. Familia con padres ausentes: integrada por 2 o más hermanos.
5. Familia reconstituida: la característica de que uno o los 2 miembros ya tuvieron al menos un matrimonio anterior, hayan tenido hijos o no.

Familia extensa. Familia que desciende de un mismo tronco, independientemente del número de generaciones, y que esté integrada por una pareja con hijos cuando al menos uno de ellos convive en el hogar con su pareja o equivalente de pareja, con descendencia o sin ella, como ejemplo tenemos:

1. Familia integrada por padres con hijo(s) casado(s) sin nieto(s).
2. Familia integrada por padres con hijo(s) casado(s) con nieto(s).
3. Familia integrada por abuelos y nieto(s) sin la presencia de los padres.
4. Familia integrada por 2 o más hermanos, siempre que al menos uno tenga pareja.

Familia ampliada. Cuando a la familia nuclear o extensa se integran otros parientes que no pertenecen al mismo tronco de descendencia

generacional. Se pueden considerar otros casos que aunque no existan vínculos consanguíneos y de parentesco entre ellos si existen de convivencia y afinidad.

La clasificación de la familia según su estructura es útil para describir su composición en un momento determinado de su desarrollo y en determinadas condiciones de convivencias.

Familiograma. Es la representación gráfica de la familia constituida por un formato de símbolos, para dibujar un árbol familiar y reflejar en él otros datos útiles para el análisis de su situación de salud. Implica 3 pasos:

1. Trazado de la estructura familiar.
2. Registro de información de la familia.
3. Señalamiento de las relaciones familiares.

Trazado de la estructura familiar. El trazado de la estructura se realiza expresando a través de símbolos las relaciones biológicas y legales entre los miembros de la familia. La figura 2.1 se muestran círculos y cuadrados que representan las personas, y las líneas describen las relaciones.

Si es necesario, por la repercusión que tenga para la familia actual, mostrar las uniones anteriores (Fig. 2.1) también pueden representarse, poniendo ausente a la pareja anterior, lo cual se realiza por el trazo de puntos continuos o discontinuo. En este caso es importante significar que para mantener el principio de que en la figura 2.1 el sexo masculino se ubica a la izquierda del femenino, y teniendo en cuenta la presencia de la familia de segundas nupcias y más en nuestra población se recomienda:

1. Cuando se estudie una familia en que el hombre tenga segundas nupcias el familiograma expresará el matrimonio o relación disuelta a la izquierda de la figura masculina y la relación actual a la derecha (Fig. 2.2).
2. Cuando se estudie una familia en que la mujer tenga segundas nupcias, el familiograma mostrará la relación actual a la izquierda de la figura femenina y la relación disuelta a la derecha.

La figura 2.3 expone la posición de los hijos en el familiograma; los hijos penden con líneas verticales de la línea de unión horizontal entre sus padres.

El miembro ausente se señala con líneas de puntos o línea discontinua, ya sea cuadrado o círculo según sea el caso, y se coloca donde le corresponda su lugar en la representación de la estructura

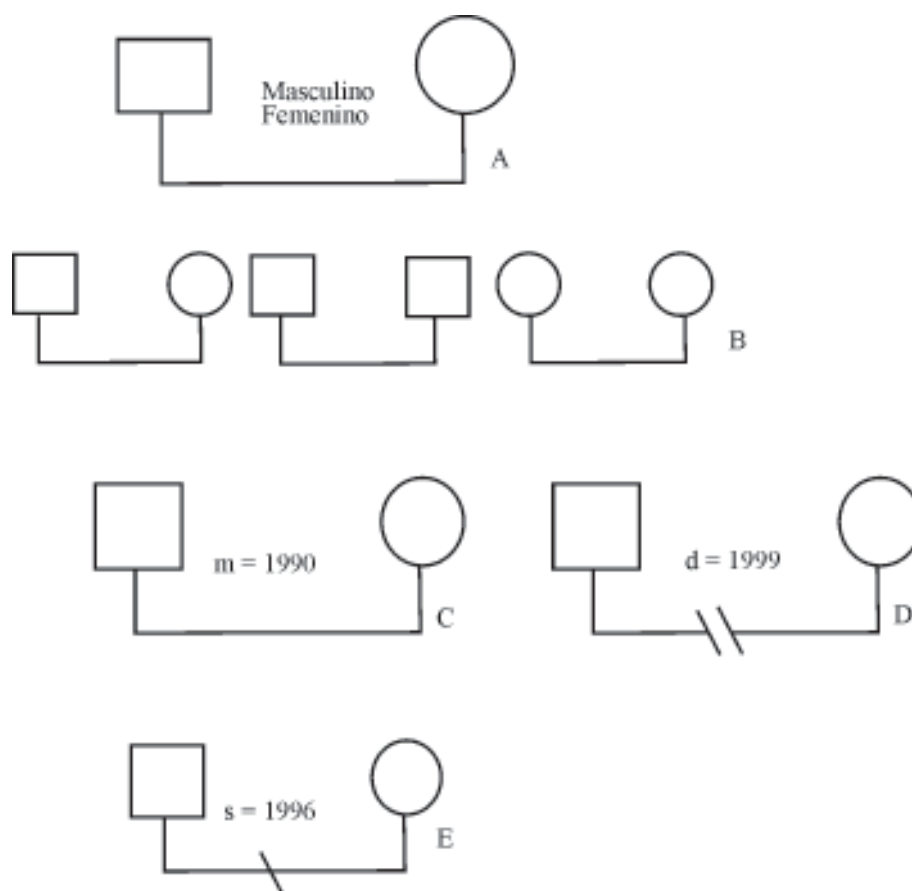


Fig. 2.1. Relaciones de pareja. Masculinos a la izquierda y femeninas a la derecha. A. Las relaciones de parejas legalmente establecidas se trazan con líneas continuas. B. Las relaciones de parejas no formalizadas legalmente (concubinato) se expresan con líneas discontinuas e incluyen el equivalente de pareja. C. Por encima de la barra se coloca la fecha de matrimonio. D. En esta línea horizontal se muestra el divorcio con 2 barras inclinadas que representan la ruptura. E. Una sola barra simboliza la separación; la fecha de separación o divorcio se coloca encima de las barras inclinadas.

familiar. Para representar al miembro fallecido se coloca una "X" dentro del círculo o del cuadrado según corresponda (Fig.2.4).

Símbolos opcionales. Esta información se señalará solo en los casos que resulte necesario para el estudio de la familia (Fig. 2.5).

Registro de información de la familia. La figura 2.6 expone la información demográfica y de salud de los miembros de la familia.

La información de salud de los miembros de la familia suele escribirse fuera de los correspondientes símbolos, siempre que sea necesario (Fig. 2.7).

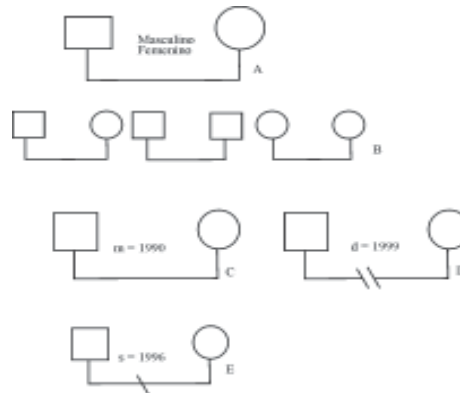


Fig. 2.2. Gráfica del familiograma. A. Hombre: la relación disuelta a la izquierda y la actual a la derecha. B. Mujer: la relación actual a la izquierda de la figura femenina y la relación disuelta a la derecha de esta.

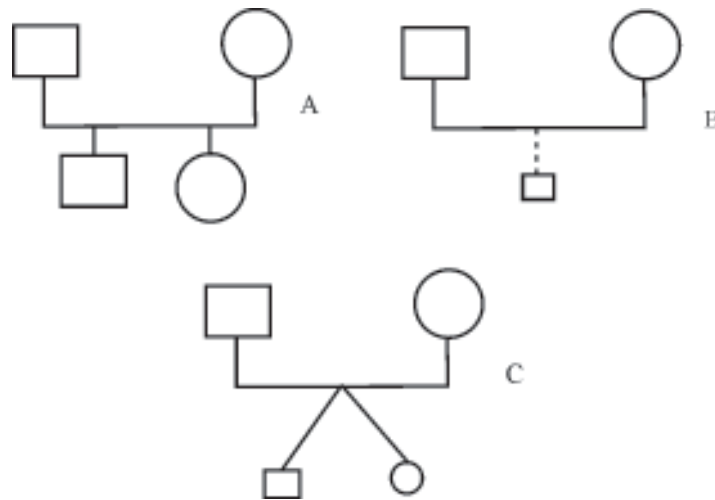


Fig. 2.3. Posición de los hijos en el familiograma. A. Se sitúan de izquierda a derecha por orden de nacimiento sin tener en cuenta el sexo. B. Los hijos adoptivos se unen con líneas de puntos a la línea horizontal que une a los padres. C. Si los hijos son gemelos, las líneas se hacen converger en el punto de unión con la línea de los padres.

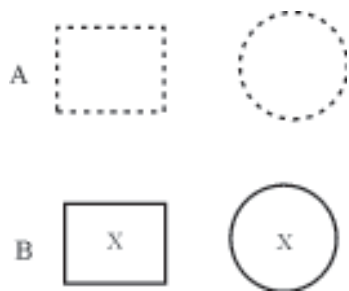


Fig. 2.4. Símbolos. A. Miembro ausente. B. Miembro fallecido.

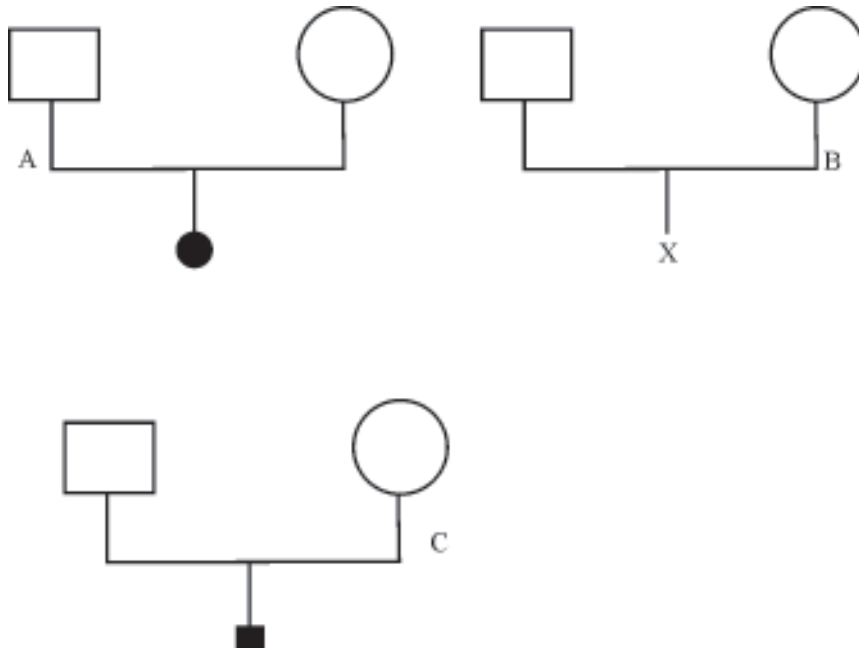
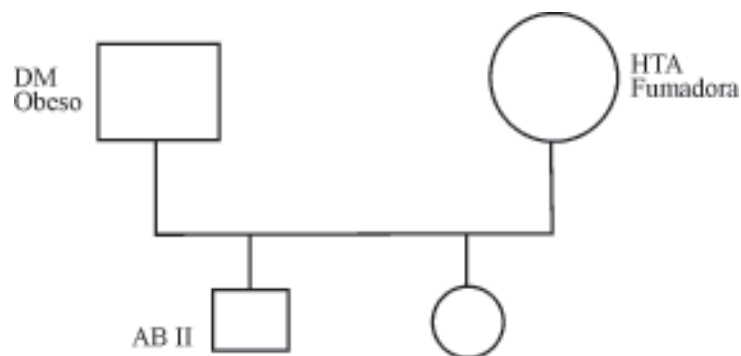


Fig. 2.5. Símbolos opcionales. A. Los abortos espontáneos se reflejan con una línea continua, igual que un hijo nacido con el círculo o el cuadrado según corresponda, pero más pequeño y relleno. B. Los abortos provocados con una "X" pequeña. C. Los neonatos muertos con círculos o cuadrados según corresponda, pero con la figura muy pequeña.



Leyenda: X: muerte; n: año de nacimiento; f: fecha de fallecimiento.

Fig. 2.6. La información demográfica se escribe dentro del cuadrado o del círculo de la figura, así puede reflejarse la fecha de nacimiento y la de fallecimiento también, solo si fuera necesario señalarla para el análisis de situación de salud de la familia.



Leyenda: DM: diabetes mellitas; HTA: hipertensión arterial; AB: asma bronquial.

Fig. 2.7. Información de los miembros de la familia.

Cuando en el hogar convivan personas que no tengan vínculos de consanguinidad ni parentesco, pero sus relaciones reproducen vínculos afectivos como puede suceder en la familia ampliada, para reflejar las relaciones entre los miembros de la familia se confecciona, con líneas discontinuas o puntos, el tronco generacional que dio origen al miembro que amplió la familia (Fig. 2.8).

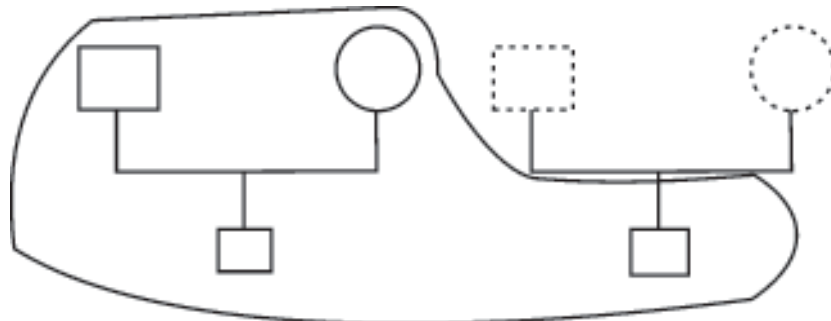


Fig. 2.8. Ampliación de la familia.

Señalamiento de las relaciones familiares. Este tipo de información indica las relaciones entre los miembros, puede ser cambiante o perdurar largos períodos; significa el tipo de relación que establece cada miembro con todos los demás integrantes de la familia y vice-versa (Fig. 2.9).

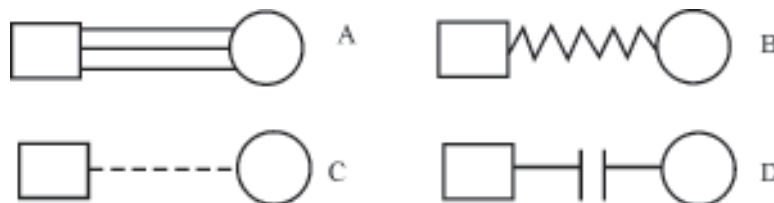


Fig. 2.9. Simbología. A: relación fusionada. Relación excesivamente intensa, con gran influencia mutua e interdependencia. B: relación conflictiva. Relación caracterizada por desacuerdos, desarmonía y contradicciones evidentes entre los miembros. C: relación distante. Pobres vínculos afectivos y de comunicación entre los miembros. D: ruptura de la relación. Cuando se rompe el vínculos relacional entre los miembros.

Ejemplos de familiogramas. La figura 2.10 expone los ejemplos de familias nuclear, extensa y ampliada.

Ciclo vital de la familia

Proceso continuo de evolución y desarrollo que atraviesa la familia desde la unión de la pareja, para una vida en común hasta su muerte. Se expresa en etapas delimitadas por la ocurrencia de determinados acontecimientos de la vida familiar (tabla 2.1).

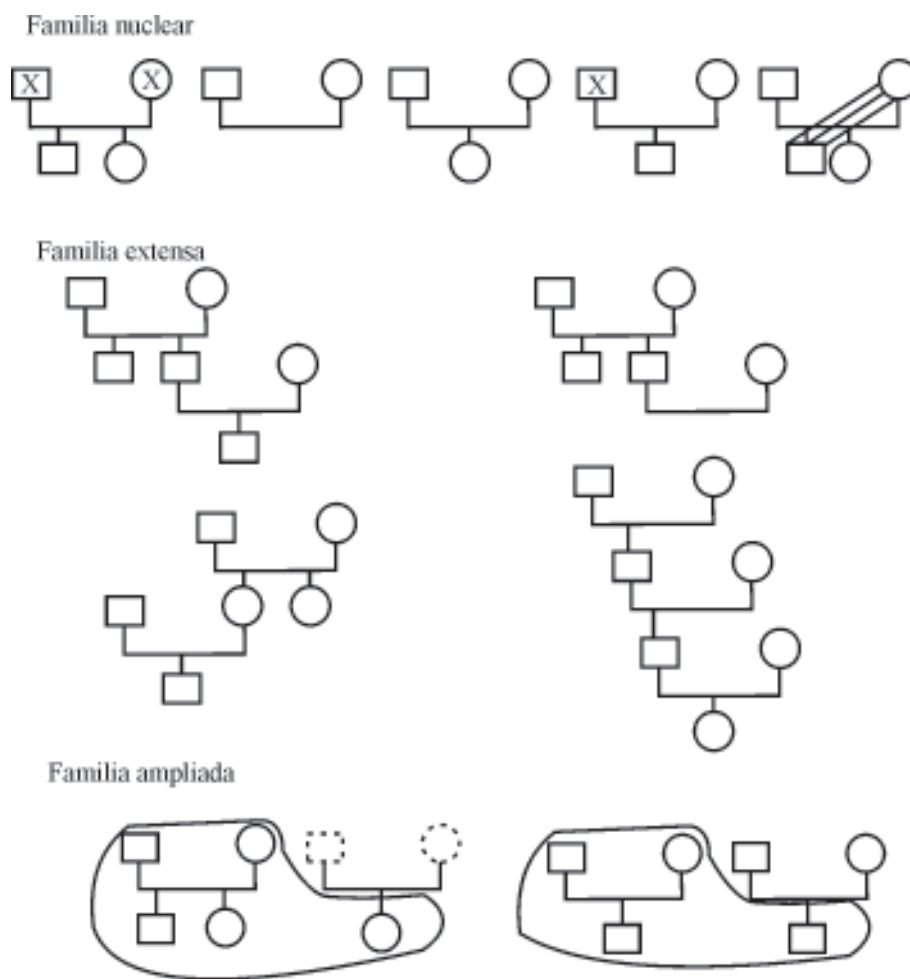


Fig. 2.10. Ejemplo de familiograma.

Tabla 2.1. Etapas del ciclo vital de la familia

Etapas	Desde	Hasta
Formación	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
Extensión	Nacimiento del primer hijo	Independencia de uno de los hijos
Contracción	Independencia de uno de los hijos	Muerte del primer cónyuge
Disolución	Muerte del primer cónyuge	

Los acontecimientos denominados normativos marcan el paso de una etapa a otra del ciclo vital; este es el caso del matrimonio o emparejamiento, el nacimiento de un hijo, la salida de un hijo del hogar o la muerte de un cónyuge.

Comunidad. El origen de las comunidades es tan antiguo como el hombre e incluso más, si tenemos en cuenta las comunidades de animales, algunas tan organizadas y que funcionan a la perfección como la de las abejas y otros más cercanos a nuestros antepasados como las manadas de monos.

El hombre surge precisamente gracias a esa vida en común que facilita el desarrollo de la actividad conjunta para la satisfacción de las comunidades, en la cual se crean las condiciones para que aparezcan las primeras formas de trabajo y comunicación humana, que como señalara Engels, dieron origen al hombre: "primero el trabajo, luego y con él la palabra articulada, fueron los 2 estímulos principales bajo cuya influencia el cerebro del mono se fue transformando gradualmente en cerebro humano".

La palabra comunidad se deriva del latín communis que significa común o público. El concepto de comunidad se puede referir a un sistema de relaciones psicosociales, un agrupamiento humano o un espacio geográfico.

Las definiciones de comunidad en sentido general se pueden diferenciar por el énfasis que se hace en el elemento estructural, en elementos funcionales y finalmente en aquellos que reflejan ambos tipos de elementos.

Las definiciones estructurales que tienen un carácter más descriptivo denotan fundamentalmente entidades que responden con elementos muy precisos y específicos desde el punto de vista formal, sin reflejar las interacciones y los móviles de cambio. Como ejemplo de definiciones de comunidades con predominio de elementos estructurales se mencionan:

1. En un sentido más amplio el concepto de comunidad se utiliza para nombrar unidades sociales que le dan una organización dentro de un área determinada (Pozos, 1964).
2. Grupo cuyos componentes ocupan un territorio en el cual se puede llevar a cabo la totalidad del ciclo vital (Chinoy, 1968).
3. Es el más pequeño grupo territorial que puede abarcar todos los aspectos de la vida social.
4. Es un grupo local bastante amplio como para contener todas las principales instituciones, los status e intereses que componen una sociedad (Kigsley, 1965).

5. Un sistema de relaciones sociopolíticas y económicas físicamente determinadas y con identidad definidas.
6. Modo de asentamiento humano, urbano o rural, donde sus residentes tienen características sociopsicológicas similares en su sistema de relaciones.

Uno de los elementos estructurales más importantes es la demarcación de la comunidad, la definición de su extensión y sus límites, en este sentido se utilizan diferentes criterios, lo mismo se puede considerar un grupo, un barrio, una ciudad, una nación o un grupo de naciones.

Se define como elemento estructural un grupo que vive en determinada área geográfica, lo que incluye el componente habitacional, residencial donde transcurre la mayor parte de la vida de las personas con lo cual se va ganando en especificidad.

Algunos autores cubanos lo definen como:

1. Es una unidad social constituida por grupos que se sitúan en lo que podríamos llamar la base de la organización social.
2. Las razones de su agrupación se vinculan a los problemas de la vida cotidiana, es decir, sus miembros tienen necesidades o intereses comunes, alimentación, vivienda, trabajo, servicios y tiempo libre.
3. Ocupa un determinado territorio cuya pluralidad de personas interactúan más entre sí que en otro.
4. De lo anterior se derivan tareas y acciones comunes que van acompañados de una conciencia de pertenencia cuyo grado varía.
5. Sus miembros comparten un determinado sistema de orientaciones valorativas que tiende a homogeneizar o regular de manera semejante su conducta.
6. Forma parte de una organización social mayor y está atravesado por múltiples determinaciones institucionales y de la sociedad en general, pues no existen "comunidades islas".

Tipos de comunidades. En su libro *Enfermería de salud comunitaria*, Sarah Ellen y Ruth Fleishman exponen que las definiciones de tipo de comunidad se pueden dividir en 3 grupos generales: emocionales, estructurales y funcionales. Los 3 grupos, así como los diferentes tipos de comunidad descritos en cada una de ellas no son distintos ni mutuamente exclusivos.

Comunidades emocionales. Las comunidades emocionales eluden la definición, se centran en torno a un sentido o sensación de

comunidad. Dentro de este grupo tendríamos las comunidades por arraigo y la de intereses compartidos; la primera puede ser considerada como el lugar de origen, un lugar donde se "tienen raíces" (Keyes, 1973), y la segunda está fundada en un conjunto de intereses o necesidades comunes a varias personas que se asemejan entre sí, por lo menos en el área de su interés especial (Blum, 1974), por ejemplo, las enfermeras.

Comunidades estructurales. Implican relaciones de tiempo y espacio entre las personas. Estas comunidades son físicas (las aldeas y las ciudades); donde las personas habitan y trabajan, así como se desarrollan muchas comunidades funcionales.

Dentro de este tipo de comunidad existen los agregados; en esta definición se acentúa el carácter de reunión por sí mismo. Casi cualquier grupo que se pueda concebir desde una nación o muchedumbre fortuita se incluye dentro de esta clasificación.

Grupo con riesgos especiales o agregados. Willians define los agregados de otra forma, utiliza el término para referirse a grupos de personas que tienen en común una o más características personales o ambientales. Los ejemplos que ofrecen incluyen grupo de hipertensos o también a personas que viven en zonas con alto riesgo ambiental.

Comunidades "frente a frente". Este tipo de comunidad es la primaria constituida por grupos como la familia, vecindarios, parroquias y otros grupos cohesivos relativamente pequeños. (Blum, 1974).

Comunidad con problema ecológico. Los límites de esta comunidad abarcan las áreas geográficas afectadas por problemas ecológicos (Blum, 1974).

Comunidad geopolítica. Son unidades de jurisdicción políticas que poseen límites legales y geográficos definidos, ejemplo: ciudades, aldeas, provincias, departamentos, etc. Además, son asiento del poder político y legal regularizados, y a menudo son el lugar donde se tiene que gestionar en favor de las personas.

Organizaciones. Estos tipos de comunidades comprenden los departamentos de salud, hospitales, iglesias, sindicatos y otros organismos. Estas instituciones tienen una estructura que mezcla los miembros entre sí. Tienen poder en grado variable para regular las actividades que emprenden sus miembros.

Comunidad de solución. Es una comunidad con límites dentro de los cuales se puede definir un problema, tratarlo y resolverlo.

Comunidades funcionales. La definición de comunidad funcional parte de la creencia de sus miembros, que comunidad es cualquier sentido de bienestar común local que puede ayudarse a alcanzar por los ciudadanos (Ayes, 1960). Las definiciones funcionales sobre la

suposición de la comunidad es un logro más que el resultado de una localización geográfica. Estas comunidades no son fijas, cambian como resultado de la experiencia y de acuerdo con la modificación de los problemas que captan la atención de las personas (Biddle y Biddle, 1965).

Comunidad de necesidades identificables. Estas comunidades están basadas en un problema común como el que se le puede presentar a las mujeres que desean abortar (Blum, 1974).

Comunidad de masa crítica. Esta comunidad-función se parece mucho a la comunidad de recursos (Blum, 1974), en la que hay suficientes recursos como dinero, personal, usuarios, influencias sobre otras comunidades, jurisdicciones y material, o lo que se necesite para atender un problema, necesidad o situación.

Algunos autores señalan que existen 3 clases de comunidad:

1. Comunidad de lugar.
2. Comunidad sin lugar.
3. Comunidad con parentesco.

Las comunidades de lugar se refieren a un área geográfica o espacial; las sin lugar o comunidades "imaginativas" se basan solo en la operación y la acción coordinada para el logro de una meta común, ejemplo, las comunidades académicas, la comunidad negra, etc. Las comunidades de parentesco se refieren a aquellas que tienen vínculos consanguíneos, o sea, la familia extendida.

De acuerdo con estos autores (Carter y Anderson), las comunidades se distinguen entre sí por su grado de vinculación con una localización determinada.

Las comunidades sin lugar tienen vínculos geográficos aun cuando no podamos conferirles una localización en un tiempo determinado, ejemplo, comunidad de enfermería. No todas están siempre en el mismo lugar y al mismo tiempo, sin embargo, individualmente o en grupos tienen vínculos geográficos con localidades específicas; las comunidades de lugar tienen por supuesto el orden más alto de vínculos geográficos.

Las comunidades se distinguen entre sí por el campo de sus actividades, intereses y necesidades con las que tienen que ver. Las comunidades de lugar abarcan el más amplio campo, y las comunidades sin lugar normalmente tienen que ver con un campo más restringido de actividades, necesidades e intereses.

Bibliografía

- Aldereguía Henríques J. La relación de lo biológico y lo social. Instituto de Desarrollo de la salud. La Habana, Folleto, 1984.
- Colectivo de autores. Introducción a la Medicina General Integral. La Habana:Ed. Ciencias Médicas, 2001:40, 77).
- Cuba. MINSAP. Programa de Trabajo del Médico y Enfermero de la familia. El policlínico y el hospital, 1988.
- De la Cuesta D, Pérez E, Louro I, Bayarre H. Un Instrumento de Funcionamiento Familiar para el Médico de la Familia. Rev Cubana Med Gen Integral 1996;12(1).
- De la Revilla L, Aragón A, Muñoz M. Una Nueva Clasificación Demográfica de la Familia para su Uso en Atención Primaria de Salud. Rev Atención Primaria 1991;8(2).
- Feliú B, Estrada R. Modelo de Atención de Enfermería Comunitaria. WALSUDESp. r. l., 1997.
- Pérez Piloto C. Comunidad. Enfermería familiar y social. La Habana:Ed. Ciencias Médicas, 2004.
- Ramos B, Aldereguía J. Medicina Social y Salud Pública. La Habana:Ed. Pueblo y Educación, 1990.
- Ruíz G. La Familia. Concepto. Funciones. Estructura. Ciclo de Vida Familiar, Ambiente Familiar y Apgar Familiar. Rev Cubana Med Gen Integral 1990;6(1):58-73.
- Sintes Álvares R et al. Temas de Medicina General Integral. Vol I. La Habana:Ed. Ciencias Médicas, 2001.
- Tejera Villarreal GF, Pérez Piloto C. Enfermería familiar y social. La Habana:Ed. Ciencias Médicas, 2004.
- Toledo Curbelo G y cols. Libro de texto básico de la asignatura Salud Pública. La Habana:Ecimed, 2000.
- Verdecia Fernández F. Texto Básico de Teoría y Administración de Salud. Ministerio de Salud Pública. La Habana. Tomo II, 1982:13-15.

Sistema Nacional de Salud

UNIDAD 1. GENERALIDADES

Nilda L. Bello Fernández y Marianelys Fernández Bello

Introducción

Al Triunfo de la Revolución Cubana existían 3 Sistemas Nacionales de Salud: estatal, privado y mutualista; el único que pasó de inmediato al Poder Revolucionario fue el estatal, el cual sufriría enseguida transformaciones. En julio de 1959 se cambia el nombre de la organización por el Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria al llamado Ministerio de Salubridad y Asistencia Social según aparecía en la Constitución de 1910. En enero de 1960, se cambia por Ministerio de Salud Pública (MINSAP), el que se mantiene hasta la actualidad; en esta etapa se crea el organismo más importante, el Servicio Médico Social Rural, que posibilitó extender la atención médica hasta los lugares más apartados de la nación.

La transformación total que ha sufrido el estado de salud en la población cubana a partir del Triunfo de la Revolución provocó un proceso ininterrumpido de profundos cambios económicos y social en la socialización de los medios de producción: la adopción de leyes de beneficio popular, la elevación del nivel cultural y educacional del pueblo, la mejoría permanente de las condiciones de vida y trabajo, la política decidida de desarrollo que prioriza los servicios de salud y que ha hecho posible que podamos enorgullecernos de tener un estado de salud semejante a los países desarrollados, y lo que es más importante aun con una tendencia creciente y homogeneidad en la distribución de las enfermedades, el resto de los indicadores de nuestra salud, los avances de la tecnología médica, entre otros.

En correspondencia existen avances que han desarrollado en el personal de enfermería múltiples transformaciones cualitativas y cuantitativas en la búsqueda de métodos, que permitan mejor atención de salud, por una parte, y enmarcar la forma de actuación que la identifique como una profesional de salud por otra, como preocupación y política priorizada del Viceministerio de Docencia del Ministerio de Salud Pública, en relación con la formación de recursos de enfermería para garantizar el nivel alcanzado y las proyecciones futuras.

Creación, evolución y desarrollo del Sistema Nacional de Salud

Cuando nos referimos a un fenómeno es difícil hablar del presente y proyectarnos al futuro sin expresar algo del pasado, lo que hace importante señalar algunos datos que nos antecedieron.

La situación de salud antes de 1959 se encontraba en completo abandono, especialmente en zonas rurales. Entre las situaciones más críticas podemos señalar:

1. Ausencia total de prácticas sanitarias.
2. Incumplimiento e indiferencia por parte del estado de lo señalado en la Constitución de la República en cuanto a la responsabilidad en la atención al pueblo.
3. Escaso desarrollo de la atención de salud del pueblo.
4. La población rural que constituía el 70 % carecía de atención médica estatal.
5. Las instituciones privadas, estatales o mutualistas prestaban un servicio curativo.
6. Existían altas tasas de mortalidad infantil e incidencia elevada de enfermedades infecciosas como: el paludismo, la poliomielitis, el tétano, la difteria y otras.

En relación con el número de enfermeras al Triunfo de la Revolución (1959):

1. Existían en el país 828 enfermeras en el sector estatal, que representaba el 1,4% de enfermeras por cada 10 000 habitantes, y 6 escuelas para la formación donde se graduaban de 80 a 100 enfermeras por año aproximadamente (solo tenían nivel técnico no universitario con dominio empírico de la profesión).
2. Además se contaba con una Escuela de Medicina y una Escuela de Estomatología.

Todo esto trajo la imperiosa necesidad de la formación masiva de recursos humanos de salud, aludido a un conjunto de medidas por el Estado Cubano y el Gobierno Revolucionario, hacia un empeño creciente de alentar mayores y mejores logros de salud de la población cubana, entre las cuales pueden señalarse:

1. La salud es un derecho de todo el pueblo y un deber y responsabilidad del Estado.
2. El Estado garantiza la salud a cada ciudadano, con lo cual la atención de salud a grupos, familiares e individuos es gratis.

3. Creación de un organismo único de salud el Ministerio de Salud Pública, con la responsabilidad de garantizar la salud a toda la población.
4. La atención médica (se puede incluir la enfermería) tiene una base fundamentalmente profiláctica, curativa, integral, sociobiológica y no exclusivamente biológica.
5. Desarrollar en todo los niveles de la salud pública un proceso de integración de docencia, asistencia e investigación.

Estas medidas se convirtieron a su vez de premisas que condicionan toda una revolución en la formación de profesionales y técnicos de la salud.

En el histórico alegato de Fidel La Historia me Absolverá se denuncian las condiciones socioeconómicas imperantes en la seudorrepublica, y las precarias condiciones de salud en que vivía nuestro pueblo, así como la imposibilidad de acudir a los servicios básicos donde al menos poder salvar sus vidas.

De esta forma queda definida la plataforma que se comenzó a cumplir desde la lucha de la Sierra Maestra; el Gobierno Revolucionario inicia la construcción de lo que es hoy la Salud Pública Cubana.

En estos años el Sistema de Salud se fue confeccionando en la medida en que el desarrollo socioeconómico y científico-técnico, las transformaciones del estado de salud de la población y el propio avance del sector exigían y lo hacían posible, con lo que se mejoraron los síntomas de atención integral a la población, la formación de recursos humanos y la asistencia social, con marcado énfasis en la atención primaria.

La reforma sectorial en Cuba (RS), más que un hecho eventual, ha sido en la década del 60 un proceso permanente como parte fundamental de las transformaciones del proceso revolucionario, y ha transitado por varios momentos o etapas:

1. En la década de los 60
 - En agosto de 1961 se promulgó la Ley No. 959, la cual adjudicaba al Ministerio de Salud Pública la rectoría de todas las actividades de salud del país, que incluía a las unidades privadas y mutualistas.
 - En diciembre de 1962 por decreto ministerial quedaron integradas las unidades privadas y mutualistas en la empresa mutualista, organización dependiente del MINSAP, pero conservaba su autonomía.
 - Se realizó la reforma de la enseñanza universitaria que incluía específicamente Medicina y Estomatología.

- Se inició la formación masiva de enfermeros y otros técnicos; primero en la capital y después se extendió a otras provincias. Se organizaron los cursos posbásicos, para enfermeros docentes, administrativos, Obstetricia y Pediatría, y se fundan las escuelas de auxiliares.
 - Creación de las áreas de salud y los policlínicos integrales en 1964, policlínico "Aleida Fernández Chardiet" en Marianao, Ciudad de La Habana.
 - Desarrollo del Programa de Salud contra los principales daños y enfermedades transmisibles.
 - Se inicia la vacunación internacionalista de los médicos, enfermeras y técnicos de la salud en la primera misión en Argelia.
2. En la década de los 70
- Se continúa los avances progresivos (en extensión), pero también se producen cambios cualitativos.
 - Se constituyó el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Salud (SNTS) en 1973.
 - Desarrollo de programas de salud para la protección integral de grupos poblacionales, en los cuales la participación activa de la comunidad organizada en CDR, FMC y ANAP tanto en la higiene ambiental, campañas de vacunación y educación para la salud determinan una vinculación estrecha entre las tareas del sector salud y la participación activa del pueblo organizado.
 - Creación de la Unidad de Cuidados Intensivo Polivalente del Hospital "Calixto García" a la que luego seguirían el resto de las capitales provinciales.
 - Fortalecimiento de la proyección internacionalista que se extendió por países de 3 continentes.
 - Descentralización del sector de la salud y la transferencia a los gobiernos locales, la creación de los policlínicos comunitarios y el modelo de Medicina en la Comunidad, 1974, Policlínico Docente de Alamar.
 - Traspaso de la programación de los recursos humanos al sector de salud.
 - Inicio de la formación de enfermeras universitarias en 1976.
3. En la década del 80
- Implantación para el desarrollo en el Sistema Nacional de Salud (SNS) del Programa del Médico y Enfermera de la Familia como nuevo modelo de Atención Primaria de Salud.
 - Fortalecimiento de la red de servicios hospitalarios.
 - Introducción y extinción de altas tecnologías extranjeras y cubanas a lo largo de todo el país.

- Desarrollo del Programa de Especialidades Médicas.
- Universalización de la enseñanza. Creación de las Facultades de Ciencias Médicas en todas las provincias.
- Constitución de Destacamento de Ciencias Médicas "Carlos J Finlay".
- Desarrollo de los institutos de investigación y creación de instituciones como el Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", el Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgico (CIMEQ) y las Unidades Intensivas Pediátricas, que en pocos años se extendieron por todo el país.
- Creación de otras instituciones de más amplia proyección en el área de las técnicas médicas como el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, Centro de Inmunoensayo y el Centro de Biopreparados.

En esta etapa la Salud Pública alcanza su mayor desarrollo y logra cumplir bastante antes de lo programado la meta de "Salud Para Todos" y proclamar el pronóstico de convertir a Cuba en una potencia médica mundial.

4. En la década de los 90. Con indiscutibles logros y acumulación de importantes recursos humanos de infraestructuras y experiencias, pero bajo una difícil situación económica a partir del derrumbe del campo socialista de Europa, el recrudecimiento del bloqueo de EE.UU. e insuficiencia en la economía interna, sin embargo, en este período se ha caracterizado por:
 - Introducción y generalización de logros de la ciencia y técnica mediante el funcionamiento de todas las unidades del SNS, que incluye extender el modelo del médico y la enfermera de la familia, y al propio tiempo se han inaugurado nuevas instalaciones como el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" (IPK) y el Centro Iberoamericano para la Tercera Edad.
 - Aplicación de un proceso de determinación de prioridades ha estado presidido por el análisis de las estrategias y políticas que rigen el Sistema de Salud, y la evaluación de las posibles alternativas de solución surgidas del estudio para satisfacer las necesidades.
 - Elaboración y logro de los objetivos, propósitos y directrices para el año 2000.
 - Aplicación de la Resolución Ministerial No. 6, que establece la Carpeta Metodológica (documento para las acciones en todo el país).
 - Inauguración de la Escuela Latinoamericana de Medicina en 1999, que acogió más de 1 500 estudiantes latinoamericanos y caribeños.

- Apertura internacional de las ciencias médicas cubanas, asistencia-docencia y medicamentos fundamentalmente.
- Enfrentamiento al impacto del bloqueo.
- El principio de salud y el movimiento Municipio Para la Salud como forma de garantizar la participación popular.

Definición

La forma y métodos que sirven de base para la organización de la atención de la salud en un país determinado es lo que conocemos como Sistema Nacional de Salud.

La Organización Mundial de Salud (OMS) lo define como: un complejo de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como el medio ambiente físico y psicosocial en el sector de salud y otros sectores afines.

En Cuba la salud es concebida como un complemento fundamental de la calidad de vida y como un objetivo estratégico del desarrollo, por lo que el estado asume íntegramente la organización y financiamiento de la atención de salud a sus ciudadanos, a partir de los principios de la gratuidad y accesibilidad a los servicios entre otros.

Principios del Sistema Nacional de Salud

La Constitución de la República de Cuba y la Ley No. 41 de la Salud Pública son las bases jurídicas del SNS de Cuba. En el artículo No. 4, la Ley expresa los principios siguientes:

1. El carácter estatal y social de la Medicina en Cuba.
2. La accesibilidad y gratuidad de los servicios.
3. La orientación profiláctica.
4. La aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica.
5. La participación de la población.
6. El internacionalismo y la colaboración.
7. La integración y desarrollo planificado.

Estructura del Sistema Nacional de Salud

Con la institucionalización y la nueva división político-administrativa en 1976 se produjeron cambios favorables para la estructura del SNS, que acercan aún más el nivel superior a la base, en comparación con la anterior estructura.

Nuestro SNS posee una estructura organizada en 3 niveles: central, provincial y municipal, así como los niveles funcionales de servicio (Fig. 3.1):

1. Nivel central representado por el Ministerio de Salud Pública.
2. Nivel provincial representado por la Dirección Provincial de Salud de los órganos del Poder Popular.
3. Nivel municipal representado por la Dirección Municipales de Salud de los órganos del Poder Popular.

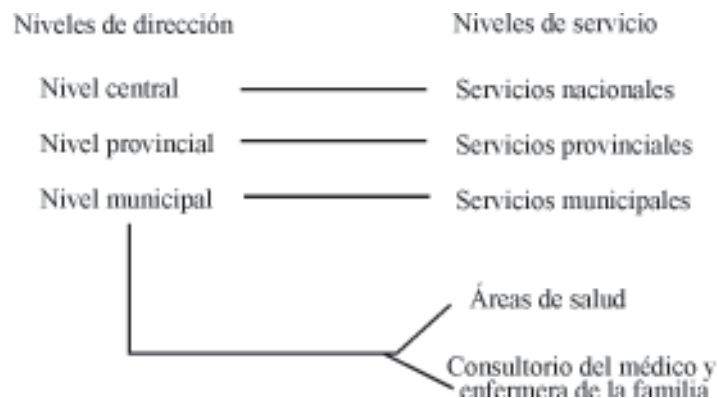


Fig. 3.1. Niveles de organización del Sistema Nacional de Salud.

La atención médica se estructura en 5 niveles de servicios que se subordinan a los niveles de dirección administrativa, representado por unidades de subordinación nacional, provincial o municipal; a este último se subordinan las unidades que se encuentran en el área de salud. La estructura administrativa territorial y funcional del sistema tiene a su cargo la definición de la política, la elaboración y control de las normas y funciones de salud. El nivel central se subordina a la Asamblea Nacional del Poder Popular, al Consejo de Ministro, y posee relaciones externas de coordinación con organismos del estado y con las organizaciones políticas y de masas.

El Ministerio de Salud Pública es una dirección administrativa sobre los servicios y unidades llamadas de subordinación nacional, entre los que se encuentran los institutos superiores de ciencias médicas, con sus facultades de ciencias básicas, los institutos de investigación, empresas nacionales y el Centro Nacional de Investigación de Ciencias Médicas; a su vez el organismo central ejerce una dirección normativa sobre el nivel provincial.

Dirección sectorial provincial de Salud Pública. Es el nivel intermedio del sistema y está dirigido para aplicar la política y planes orientados por el organismo rector; desde el punto de vista adminis-

trativo se subordina a la Asamblea Nacional del Poder Popular y al Comité Ejecutivo desde el punto de vista normativo, y de control, al Nivel Central o Ministerio de Salud Pública.

A su vez esta dirección pertenece administrativamente a los servicios e instituciones de salud provinciales como: hospitales, politécnicos de la salud, bancos de sangre y otros.

Dirección Municipal de Salud. Constituye el nivel jerárquico del Sistema, es el nivel aplicativo de excelencia de los servicios y donde se produce el primer contacto de la población con el SNS.

Administrativamente la Dirección Municipal de Salud se subordina a la Asamblea del Poder Popular y a su Comité Ejecutivo, y es controlada desde el punto de vista metodológico por la Dirección Provincial de Salud.

Las instituciones del área de salud son los policlínicos integrales de la zona urbana y los hospitales en la zona rural. Según Álvarez Sintés: "es precisamente en este nivel donde se produce el plan del médico y enfermera de la familia. Este programa señala que el médico y la enfermera de la familia son responsables de la salud de 140 a 180 familias, con un aproximado de 600 a 1 000 habitantes.

La atención médica que se brinda se manifiesta a través de las características siguientes:

1. Integral.
2. Sectorizada.
3. Regionalizada.
4. Continuada.
5. Dispensarizada.
6. En equipo.
7. Con participación comunitaria.

Integral. Considera la necesidad de los aspectos preventivos, curativos, psicológicos y sociales, así como las condiciones del medio ambiente físico, los cuales están en interrelación con la persona y su capacidad, además, condicionar el proceso salud-enfermedad.

Sectorizada. Responsabiliza al médico general integral con un número determinado de habitantes.

Regionalizada. Asigna hospitales para la remisión de pacientes que lo necesitan, con lo que se interrelaciona los distintos niveles de atención y se garantiza la aplicación de todos los adelantos científico-técnico de la Medicina, lo que propicia que la atención hospitalaria sea un complemento del Programa de Atención Integral a la Familia.

Continuada. Atiende a la población asignada en su domicilio, consultorio, policlínico y hospital; acompaña al paciente en su ingreso hospitalario y puede determinar la conducta que se debe seguir con el paciente ingresado, es decir, atención médica ambulatoria y hospitalaria.

Dipensarizada. Dispensariza a toda la población incluyendo a las personas sanas, ya que estos merecen una atención periódica activa y controlada.

En equipo. Existe una estructura asistencial, docente e investigativa, que controla el trabajo individual del médico y la enfermera, que lo hace a su vez parte de un equipo mayor en las dimensiones verticales y horizontales. Esta responsabilidad recae en el policlínico, donde se crean grupos básicos de trabajo como estructura integradora de un conjunto de médicos y enfermeras de la familia, que se encargan de coordinar el trabajo entre los médicos y entre ellos, el policlínico y otros servicios del sistema. De esta manera el médico general integral y la enfermera de la familia forman parte de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario.

Con participación comunitaria. Está muy relacionado con las organizaciones de masas, representante de la comunidad, entre ellas: Comité de Defensa de la Revolución (CDR), Federación de Mujeres Cubanas (FMC) y la Asociación Nacional de Agricultores Pequeño (ANAP). La más alta expresión de estos logros es la creación de los consejos populares, al que se han integrado las unidades de salud para su administración, por la propia comunidad que disfruta de dichos servicios. Junto con estas organizaciones se realiza el análisis de situación de salud del área, incluido como uno de los instrumentos más importantes para el trabajo y la solución de los problemas. Se considera la comunidad como sujeto de cambio o transformación en término de mejor proyecto de vida y metas determinadas.

La participación social y comunitaria y de los municipios por la salud son más importantes para el trabajo en la atención primaria de salud (APS), fundamentalmente para el médico y la enfermera de la familia, que implica acciones integrales dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y al ambiente para promover el bienestar total de la población.

En el *Anuario Estadístico* (2003) del Ministerio de Salud Pública se presentan los datos oficiales más actualizados acerca del modelo de medicina familiar. El programa alcanza una cobertura del 99,2 % de la población cubana, y el total de médicos de la familia es de 32 291 y de 34 523 enfermeras; del total de estos médicos 1 378 están localizados en zonas montañosas y el 100 % de la población rural está atendida por este tipo de facultativo.

Como consecuencia de una política integradora en esta nueva dimensión para el desarrollo surgen los consejos de salud en las diferentes instancias, que incrementan las normas tradicionales del trabajo intersectorial y potencializa la participación comunitaria en un enfoque priorizado hacia la promoción de salud y prevención de enfermedades; sin descuidar los aspectos de salud, están estructurados

en correspondencia con los niveles nacional y municipal. También constituyen una autoridad en el contacto directo e indirecto con las actividades sociales, económicas y de servicio en los barrios, repartos y con capacidad real de encausar la solución de los problemas con agilidad, de manera que se garanticen la intersectorial (Fig. 3.2).

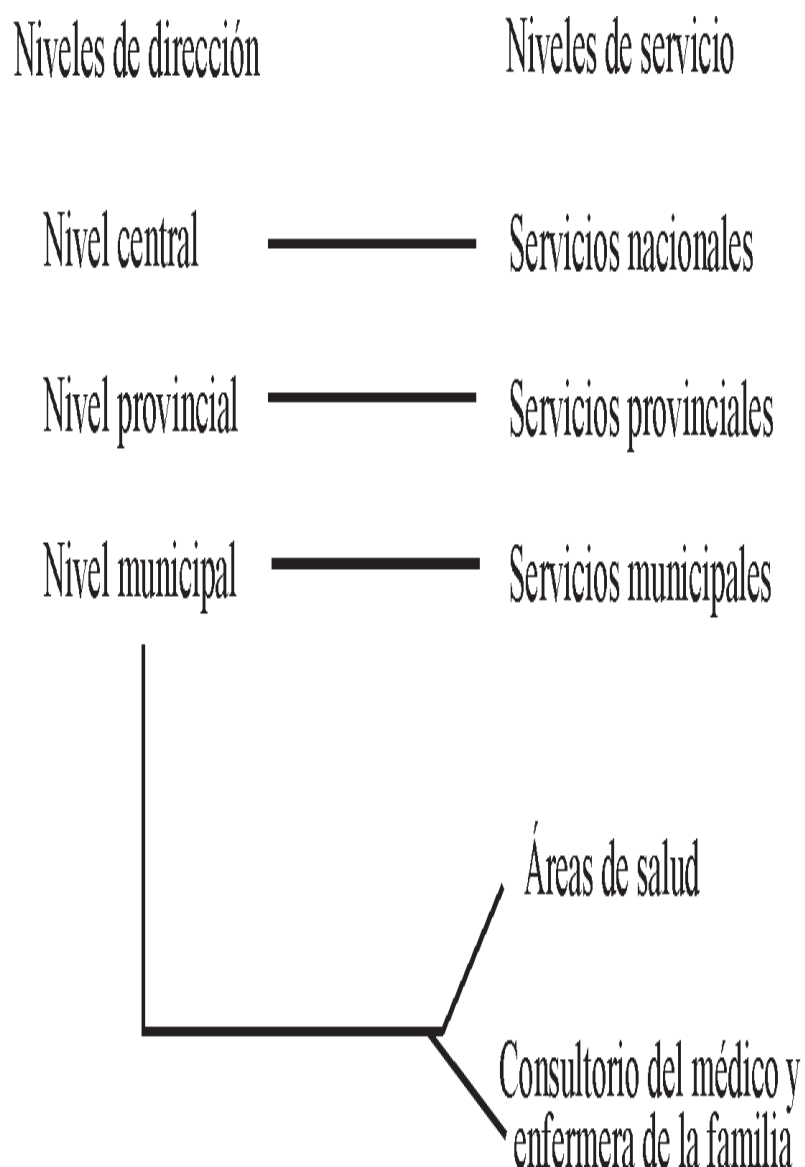


Fig. 3.2. Estructura general del Sistema Nacional de Salud.

Niveles de atención médica

Atención médica. Es el conjunto de acciones de salud integrales preventivo-curativas, si se considera un fenómeno salud-enfermedad como la interrelación que existe entre el hombre como ser biopsicosocial y el medio que lo rodea.

De acuerdo con la complejidad de las acciones preventivas-curativas y de rehabilitación, así como la mayor especialización de los servicios, los diferentes niveles de atención médica se han organizado en:

1. **Atención médica primaria.** Es el conjunto de actividades y procedimientos organizados y encaminados para asegurar la salud de todos los integrantes de la comunidad, mediante acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud de las personas, al igual que acciones para mejorar y evitar que se altere desfavorablemente el medio en que viven, estudian o trabajan. Este tipo de acción comprende los policlínicos, dispensarios, postas y consultorio del médico y enfermera de la familia, y debe dar solución aproximadamente al 80 % de los problemas de salud de la población. En este nivel se produce el primer contacto de la población con el Sistema Nacional de Salud, o sea, constituye la puerta de entrada.
2. **Atención médica secundaria.** Está constituida por las actividades que se realizan en los casos remitidos del nivel de atención primaria, que por sus características requieren una atención más compleja y especializada, para dar solución a los problemas de salud de la población. Comprende los distintos tipos de hospitales que le corresponden atender una población más numerosa que la asignada al nivel primario, pero sus acciones son más específicas en casos previamente analizados, seleccionados y referidos del nivel de atención primario o en casos de urgencias.
3. **Atención médica terciaria.** El desarrollo científico-técnico, la elevación de algunos procedimientos muy especializados y la magnitud de la población, que justifica la creación de servicios de muy alta complejidad, han determinado la necesidad de la creación del tercer nivel, para garantizar la atención con la óptima utilización de los recursos y medios existentes en el mundo, así como el desarrollo de la investigación; a este nivel pertenecen los institutos de hospitales especializados. Este nivel debe alcanzar el 5 % de los problemas de salud relacionados con secuelas o aumento de las complicaciones en determinadas dolencias.

Niveles de atención de enfermería

Definición. Es la ayuda prestada a la persona cuando por alguna causa se encuentra en estado de incapacidad, que le impide hacerse cargo de la satisfacción de sus necesidades personales o se puede deber a circunstancias especiales del organismo, por las cuales la persona debe satisfacer sus necesidades en un grado mayor o durante un trabajo físico aumentado.

Las necesidades humanas identificadas como fundamentales han sido: alimentación e ingestión de líquidos, relaciones humanas, recreación, regulación de la temperatura corporal, eliminación, descanso y sueño, entre otros.

Además, se han considerado como necesidades de atención las medidas diagnósticas y terapéutica aplicadas por el personal de enfermería, y que resultan del tratamiento médico y de enfermería.

La ayuda prestada a la persona por el personal de enfermería, para lograr la satisfacción de sus necesidades, varía de intensidad; el grado en que la persona pasa a depender del personal de enfermería va desde una dependencia mínima a una dependencia total; la ayuda requerida puede ser física directa o puede consistir en ofrecerle oportunidades a la persona para aprender a satisfacer sus necesidades; el papel de la enfermera es proporcionar esta ayuda.

Esta definición de atención de enfermería se fundamenta en las necesidades del ser humano, y vale tanto para la persona sana como la enferma. Se puede aplicar en cualquier lugar (hospitales, policlínico, hogar, escuelas, fábricas y otros), ya que se trata de asistir a la persona para satisfacer sus necesidades.

El énfasis de esta descripción está en la atención integral a la persona, que completa sus necesidades físicas, emocionales y sociales a diferencia de la atención centrada en los procedimientos y los diagnósticos que aún se presentan en la mayoría de las instituciones de salud. Esta atención presupone conocimientos de nutrición, fisiología, física y psicología, con la finalidad de que las enfermeras puedan ayudar a la persona para: alimentarse, descansar, dormir, bañarse y otros; además, requiere conocimientos relacionados con la sintomatología de las enfermedades, acción de medicamentos, los cuidados específicos de enfermería para que pueda aplicar las medidas diagnósticas y terapéuticas que surgen del tratamiento médico y del plan de cuidados de enfermería.

También significa que la enfermera debe tener en consideración factores y condiciones propias de cada paciente, ya que no hay 2 personas que reaccionen de igual forma; influyen en la atención de

enfermería la edad, el estado emocional, la situación cultural y social, el estado nutricional y el estado físico general de la persona.

Atendiendo a esta definición se establecen los diferentes niveles de atención:

1. **Atención mínima de enfermería.** Es la atención de enfermería y la aplicación de tratamientos necesarios para proporcionar al paciente el mínimo de comodidad, seguridad y otras condiciones favorables para su recuperación.

El paciente se adapta a la modalidad del régimen de vida de la institución (hospitales, policlínicos o centros de recuperación de salud), recibe atención en el tratamiento médico y preparación para pruebas diagnósticas; a este nivel los pacientes son capaces de satisfacer sus propias necesidades, requieren muy poca asistencia por parte del personal de enfermería; se atenderán los casos que el paciente manifieste la ayuda. Ejemplos de atención mínima:

- Higiene: se bañan y cambian la ropa por sí mismo.
- Nutrición: pueden alimentarse por sí solos.
- Movilidad: son independientes para deambular.
- Administración de medicamentos: se administran tabletas o aplican pomadas, preparaciones para pruebas diagnósticas.

2. **Atención adecuada o intermedia de enfermería.** Es la atención de enfermería y aplicación de tratamientos que permitan aliviar los síntomas y signos derivados del diagnóstico y a su vez promover la salud de la persona.

A este nivel los pacientes requieren una cantidad moderada de cuidados de enfermería, como: cuidados posoperatorios a pacientes sin complicaciones, cuidados a los pacientes que han pasado a la fase aguda de la enfermedad.

La enfermera ayuda al paciente a adaptarse a su enfermedad y a su nuevo ambiente, le explica las indicaciones médicas y tratamiento. Está consciente de las necesidades afectadas que tiene el paciente y lo ayudará a satisfacerlas. Ejemplos de atención adecuada o intermedia:

- Higiene: ayudarle a bañarse en la cama o en el baño y el cambio de ropa.
- Nutrición: proporcionar el alimento ayudarlo en la ingestión y estimularlo a comer.
- Movilidad: necesita ayuda para cambios de posiciones, estimular los movimientos y ejercicios.
- Administración de medicamentos: por distintas vías y aplicar las medidas de asepsia y antisepsia.

3. Atención óptima e intensiva de enfermería. Es la atención de enfermería y la aplicación de tratamiento más complejos, cuya amplitud y calidad permite alcanzar no solo la recuperación del paciente, también su preparación psicológica para el alta y su incorporación a la vida normal.

El personal de enfermería se anticipa a satisfacer las necesidades del paciente, prepara un plan de atención individual que incluye los cuidados físicos, los tratamientos, el apoyo emocional, las necesidades ambientales y espirituales, la educación para la salud y el grado de rehabilitación que permite al paciente regresar a su hogar con renovada confianza en sí mismo y la voluntad de vivir de acuerdo con sus posibilidades.

A este nivel el paciente es dependiente del personal de enfermería. Ejemplo de atención óptima o intensiva:

- Higiene: baño en cama o aseo personal, cambios de ropa cuando sea necesario.
- Nutrición: alimentación forzada por sonda de Levine, gastrocolostomía o por vía parenteral.
- Movilidad: necesita ayuda para cambios de posiciones frecuentes, ejercicios de los miembros más que su propia movilidad.
- Administración de medicamentos: requiere los cuidados para la administración de medicamentos, algunos estrictos, acoplamiento a ventiladores, vigilancia de los signos mediante monitoreo y otros.

En estos 3 niveles de atención se considera la variada distribución de personal en los servicios, su preparación específica para el trabajo que está desempeñando, la relación numérica que hay entre enfermeros básicos, enfermeros técnicos, enfermeros especializados y licenciados en enfermería, y la forma en que está organizado el servicio de enfermería.

Formas de atención médica en Cuba

Las diferentes formas de atención médica que se brindan en las unidades del SNS, junto con las necesidades de cuidados médicos (se incluyen los cuidados de enfermería) en el paciente son las siguientes:

1. Ambulatoria. No es necesario internar al paciente.
2. Estacionaria. Requiere internar al paciente con separación de su medio o sin ella.
 - Hospitalaria: se requiere internar al paciente, con separación del hogar y de su medio social.

- Domiciliaria: con el surgimiento del médico y enfermera de la familia en Cuba se originó la forma de ingreso en el hogar, sin separar al paciente de su medio y su hogar.
- Hogares: dirigidos especialmente a un grupo determinado de pacientes, ejemplo, hogares de ancianos, maternos, desnutridos y otros.

Cuando el estado del paciente exige atención médica impostergable y su vida corre peligro, para evitar complicaciones o prevenir daños que se puedan hacer a la comunidad. Este tipo de atención se brinda en hospitales, policlínicos principales de urgencia (PPU) y otros policlínicos.

Los objetivos principales en esta etapa son los siguientes:

1. Hacer más eficiente el SNS prestando especial atención en las estrategias básicas, perfeccionamiento del Programa del Médico y Enfermera de la Familia, centralización de la Red de Hospitales, revitalización del Programa Nacional de Medicamentos, desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional, rescate del Programa de Alta Tecnología, incorporación de la tecnología médica cubana y otros adelantos de la ciencia y la técnica nacional al SNS.
2. Logro de mayor participación de los sectores y organizaciones en las acciones de salud (financiamiento del sector por otros organismos de la economía, mayor intersectorialidad en las acciones de salud, desarrollo de la participación a través de la consolidación de los consejos de salud).
3. Lograr mayor eficiencia y participación en la comunidad internacional.
4. Otras áreas básicas de especial atención (perfeccionar el Programa Materno-Infantil, mantener el control en los programas de enfermedades transmisibles, desarrollo del Programa de Morbimortalidad por Enfermedades Transmisibles, desarrollo del Programa de Morbimortalidad por Enfermedades Crónicas no Transmisibles y de Atención Integral al Adulto Mayor, fortalecimiento del Programa de Vigilancia en Salud, perfeccionar y continuar desarrollando las actividades relacionadas con el balance financiero, la elaboración de presupuesto, así como de las fuerzas de trabajo del sector en relación con los planes priorizado por el MINSAP. También se debe desarrollar un sistema de auditoría y control que forme parte de la inspección estatal que desarrolla como estrategia el MINSAP en los territorios, perfeccionar los sistemas de información y de formación, capacitación y educación de los profesionales y técnicos de la salud, impulsar el desarrollo

de las investigaciones en salud y la celebración de eventos científicos en los diferentes niveles del SNS con la calidad y masividad necesaria, y desarrollar el Programa Nacional de Bioética.

Situación de salud en Cuba

En las tablas 3.1 hasta la tabla 3.5 se resume la situación de salud en Cuba.

Tabla 3.1. Indicadores básico de salud (2002)

Población total	11 230 076 habitantes
Porcentaje de nacidos vivos en instituciones de salud	99,9 %
Tasa bruta de mortalidad por 1000 nacidos	6,8
Tasa de mortalidad infantil	7,0
Tasa de mortalidad < de 5 años por 1 000 nacidos vivos	8,0
Porcentaje de enfermedades infecciosas y parasitarias del total de defunciones	1,0 %
Tasa de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos	39,5
Médicos por 10 000 habitantes	60,4
Estomatólogos por 10 000 habitantes	9,0
Personal de enfermería por 10 000 habitantes	71,4
Camas de asistencia médica	55 428
Camas de asistencia social	14 575

Tabla 3.2. Indicadores económicos

Producto interno bruto per cápita (pesos)	2 530,9
Crecimiento del producto interno bruto en relación con el año anterior	2,6
Porcentaje de población con abasto de agua potable (1997)	95,2 %
Porcentaje de población en zona urbana (1997)	75,4 %
Tasa de alfabetización (censo de 1981)	96,2 %
Nivel de escolaridad medio de la población	9no Grado

Como otros datos de interés acerca de las enfermedades Inmunoprevenibles (no existen casos de) se expone:

1. Poliomiélitis.
2. Difteria.
3. Sarampión.
4. Rubéola.
5. Parotiditis.
6. Tétanos neonatal.

Tabla 3.3. Principales causa de muerte*

Causas	1970	1981	1999	2000	2003
Enfermedades del corazón	148,2	176,1	193,2	180,3	181,2
Tumores malignos	98,7	109,6	147,4	146,5	162,4
Enfermedades cerebrovasculares	60,1	56,4	74,9	72,9	72,6
Influenza y neumonía	42,0	39,9	47,3	46,2	52,5
Accidentes	36,0	39,0	46,9	44,5	38,8
Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares	23,0	26,2	33,7	32,6	29,2
Suicidio y lesiones autoinfligidas	11,8	21,7	18,4	16,4	13,3
Diabetes mellitus	9,9	12,5	14,3	13,1	14,6
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6,7	6,2	10,1	8,9	9,3

*Datos epidemiológicos. Tasa por 100 000 habitantes

Tabla 3.4. Morbilidad por algunas enfermedades

Causa	Tasas*
Blenorragia	93,1
Sífilis	29,3
VIH/ SIDA	20,9**
Tuberculosis	7,2

*Tasa por 100 000 habitantes.

**Tasa por 1 000 000 habitantes.

Tabla 3.5. Prevalencia en pacientes dispensarizados

Causas	Tasas*
Hipertensión arterial	186,5
Asma bronquial	86,2
Diabetes mellitus	29,2

*Tasa por 1 000 habitantes.

Bibliografía

- Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud, 2003. La Habana:Ed. Ciencias Médicas, 2004.
- Bello Fernández, N. Política de Salud y Modelos Asistenciales Cuba. Tema Plenario Congreso Enfermería, Ciudad de La Habana. Cuba., 2000.

- Habad J. El Sistema Nacional de Salud: Evolución y Evaluación, Estrategias y Estilos. Gerencia en Salud. Tomo II. Edición Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, 1998.
- Sánchez Santos L, Amaro Cano MC. La Salud Pública en Cuba. En Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Volumen I Salud y Medicina. La Habana:Ed. Ciencias Médicas, 2001.
- Sánchez Santos L et al. Sistema Nacional de Salud. Introducción a la Medicina General Integral. La Habana:Ed. Ciencias Médicas, 1999.

UNIDAD 2. BREVE HISTORIA DE LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA EN CUBA

Nilda L. Bello Fernández

La atención de enfermos en Cuba durante el período colonial fue una labor de practicantes empíricos, que aprendían por imitación de los procedimientos elementales que se aplicaban en aquella época.

La enseñanza de la enfermería de nivel técnico se inició a finales del siglo XIX durante la intervención americana en el año 1899, con la fundación de la Primera Escuela Práctica de Enfermería en el Hospital "Nuestra Señora de las Mercedes". El primer curso de enfermería se inició con 7 alumnas, que se graduaron 3 años después en 1902; en ese año el país contaba con una matrícula de 142 estudiantes.

En el año 1900 se establecieron Escuelas de Enfermería en el Hospital Civil en la provincia Cienfuegos, en el Hospital No. 1 actualmente Hospital Docente "General Calixto García Iñiguez" en Ciudad de La Habana, en el Hospital "Santa Isabel" en la provincia Matanzas, en el Hospital Civil de Camagüey y en el Hospital General de Remedios; un año después, en 1901, se fundó la Escuela de Enfermería en el Hospital Civil de Santiago de Cuba; al año siguiente (1902), según consta en algunos informes, se había fundado la Escuela de Enfermería, para uno y otro sexos, del Hospital de Dementes de Cuba, pero no es hasta 1903 que la Junta Central la legalizó con carácter oficial.

El 4 de enero de 1902 en la Gaceta Oficial de la República aparecía la Orden No. 3 referente al Reglamento de las Escuelas de Enfermería y al plan de estudio y programas de esta profesión; este último contaba con 14 asignaturas y una duración de 3 años.

En el año 1909 a las escuelas técnicas de Enfermería, el Secretario de Sanidad y Beneficencia dedicó especial atención para favorecer los progresos de la instrucción, estableciendo cursos para posgraduados.

El 25 de octubre del año 1915, por Decreto Presidencial No. 1 465 publicado en la Gaceta Oficial, se promulgó el Reglamento de las Escuelas Libres de Enfermería. Estas Escuelas funcionaban en diferentes centros hospitalarios con distintos programas de estudio, por lo que la preparación de los egresados estaba en correspondencia con la formación recibida de las instituciones de donde procedían.

La Constitución de 1940 creó el Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, el cual tenía a su cargo pocas instituciones de salud muy mal dotadas. En este período existe un déficit de personal docente en las escuelas, faltaban instructores en las áreas prácticas, el número de graduados era escaso y no existían cursos de superación para ellos.

Con el Triunfo de la Revolución comienzan a producirse cambios de gran trascendencia y profundidad en lo económico, político y social. El desarrollo acelerado de la salud pública cubana determinó cambios en las escuelas y programas de Enfermería; se constituye la formación de recursos humanos de la profesión, objeto de atención prioritaria para asegurar el trabajo eficiente de la red de instituciones del país.

Al existir solo 828 enfermeros en el país, se decide la formación masiva de graduados como premisa básica para cubrir las necesidades existentes, se realizan diferentes estrategias en la década comprendida desde 1960 a 1970, entre ellas se encontraban:

1. Confección de planes de estudio con 6 meses de duración, para la formación de auxiliares de Enfermería (más tarde la duración de estos cursos aumentaron a 9 meses y después a 1 año).
2. En agosto de 1960 por la Resolución No. 99 234 se crearon los estatutos de las instituciones de salud y se localizaron los técnicos empíricos y comadronas, con el objetivo de incorporarlos a los cursos de superación como enfermeros, por el método de convalidación mediante el cumplimiento de los requisitos de escolaridad, práctica y capacitación técnica comprobada mediante los exámenes efectuados en todo el país.
3. Se aprueba la Ley No. 173 que trata acerca de servicios de posgrado, la que consistía en la ubicación del personal graduado en el lugar que le asignara el Ministerio de Salud Pública.
4. El Decreto Ministerial No. 4 que regula las escuelas de enfermeras, al mismo tiempo suprime las escuelas libres y las escuelas de enfermeros. Esta ley prohíbe el estudio de la carrera a los varones.
5. Se inicia en el ámbito nacional el Curso Posbásico de Docencia, por la necesidad urgente de formar profesores. Años después

comienzan los cursos de Administración de Salud Pública (se impartían conjuntamente con médicos y al finalizar los estudios el perfil de salida era de Enfermera de Terreno), de Psiquiatría, Cuidados Intensivos, Administración y Docencia, Unidad Quirúrgica, Control de Transmisión Sexual y Lepra, Vigilancia Epidemiológica y Rehabilitación.

6. Se inician los cursos de complementación para auxiliares de enfermería, con 2 años de estudio y trabajo, y 3 años para Enfermera General, Pediátrica y Obstétrica; estos cursos dejan de existir en la década del 80.
7. Se aprueba la integración docente asistencial de los servicios de enfermería para mejorar las condiciones de estudio y trabajo.
8. Surge la Medicina General Integral con la inauguración del Policlínico General Integral "Aleida Fernández Chardiet", que brinda atención a la población de forma sectorial.

En la década entre los años 1971 y 1980 se continuó perfeccionando la formación del personal de enfermería basado en:

1. Establecimiento de estrechas relaciones entre la Dirección de Docencia Médica Media y el Sistema Nacional de Educación, fueron aprobados los planes y programas de estudio por la Dirección de la Enseñanza Técnica y Profesional. En este perfeccionamiento los planes y programas de estudio, al vincularse con el Sistema Nacional de Educación, permiten de forma simultánea el nivel de preparación técnica y cultural.
2. Se efectúa la primera graduación de enfermeros navales, y al finalizar la década ya existían 4 276 enfermeros en diferentes especialidades.
3. Comienzan las actividades de Educación Continuada y la publicación de temas de actualización de enfermería en el campo técnico, organizativo, docente y de las especializaciones.
4. En esta época surge la Medicina de la Comunidad con la creación de áreas y sectores de salud en la APS, con programas específicos para la atención a la persona, la familia y la comunidad.
5. Se creó una comisión universitaria y ministerial para elaborar el plan y los programas de estudio de la Licenciatura en Enfermería en el ámbito universitario, dirigida a enfermeros técnicos en ejercicio. Este plan de estudio de 4 años de duración a tiempo completo se implantó en el curso escolar 1976-1977; se impartía de forma integrada con una coordinación horizontal y vertical de los módulos o unidades lógicas de conocimiento que lo conformaban, que abordaba aspectos del proceso salud-enfermedad en

las diferentes esferas de actuación y campos de acción de enfermería, estos estudios culminaban con un trabajo de diploma.

6. En los nuevos planes de estudio de enfermería en el ámbito técnico y universitario se destacan los principios de la combinación del estudio y el trabajo, la vinculación de la teoría con la práctica, la cientificidad de los contenidos, la concepción social de la medicina, la concepción internacionalista de la práctica médica y la formación integral de los educandos.

De la década entre 1981 y 1990:

1. Estuvieron vigentes diferentes planes de estudio para el Técnico Medio en Enfermería ajustados al nivel de ingreso de los estudiantes y al perfil de salida técnico-profesional, quedó vigente el plan de estudio de 3 años de duración, con ingreso de estudiantes graduados con nivel de 12mo. Grado, y un perfil de salida en Enfermería General. La culminación de estudios hasta ese momento se realizaba a través de proyectos de grado, pero se comprobó que no bastaba para demostrar la preparación de los estudiantes. Se realiza por primera vez como forma de culminación de estudios un examen teórico-práctico denominado examen final integral (EFI), con el objetivo de evaluar los conocimientos, hábitos y habilidades básicas adquiridas por los estudiantes durante su formación, que permite obtener resultados más objetivos acerca de la preparación de los futuros egresados.
2. La especialización de los técnicos medios se realizaba mediante los cursos posbásicos, que llegó a abarcar 14 perfiles diferentes según las necesidades de los niveles de atención, las funciones de enfermería y los programas de salud vigentes.
3. Se elaboró un nuevo plan de estudio para Licenciatura en Enfermería en el ámbito universitario, mediante cursos por encuentros para trabajadores, es decir, para enfermeros técnicos en ejercicio de la profesión, con una duración de 4 años, y más tarde se aumentó a 5 años, este plan de estudio se extendió a todos los centros de educación médica superior.
4. Se inició la elaboración de un nuevo plan de estudio de Licenciatura en Enfermería de nivel universitario, con 5 años de duración para alumnos provenientes de preuniversitario sin estudios previos de Enfermería. Este plan se implantó de forma experimental en el Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico y Profesional (CENAPET) "Dr. Fermín Valdés Domínguez", en el curso escolar 1987-1988, y en el curso siguiente se trasladó a la Facultad

de Ciencias Médicas "Julio Trigo" del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, luego se extendió a los institutos de Villa Clara, Camagüey y Santiago de Cuba. Los primeros 40 estudiantes de este plan de estudio regular diurno se graduaron en el mes de agosto del año 1992; dicho plan se extendió al resto del país desde el curso 1989-1990.

5. En este primer decenio del siglo XXI se mantienen las 2 variantes en la formación de estudiantes de Licenciatura en Enfermería: curso regular diurno (CRD) y curso para trabajadores por encuentros (CPT).
6. En el año 2001 se introdujo el plan emergente para la formación de los técnicos de enfermería en la provincia Ciudad de La Habana.
7. Hasta el año 2001 la cifra de graduados fue de 83 017 en curso técnico, en cursos posbásicos 22 681 con 11 perfiles de salida, y de 23 863 licenciados en enfermería.
8. En el año 2003 se propuso un nuevo diseño curricular para la formación de los recursos humanos en enfermería, que integra el nivel técnico y el nivel universitario con 3 estadios de desarrollo en 3 perfiles determinados: enfermero básico, enfermero técnico y licenciado en enfermería, el cual se desarrolló en todos los centros docentes del país a partir del mes de septiembre de ese año.

Bibliografía

- Bello Fernández NL. Característica de los Procesos Educativos en la formación de los recursos humanos a nivel técnico, profesional y postgrado. La Habana, Cuba, 1995.
- Bello Fernández NL. Política de Salud y Niveles Asistenciales Cuba Tema Plenario Congreso de Enfermería. Ciudad de la Habana, 2000.
- Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood. Teorías y modelos en Enfermería. cuarta edición. Ediciones Harcourt. S.A.: Editorial diorki. Madrid.
- Dueñas Fuentes José Raúl. Enfermeras teóricas. www.Ocenf.Org/enfer/teorias/htm.2004.
- Sally Lipsey. Educación Matemática en la Vida de Florence Nightingale. 2000.
- Fundación CIENTEC 1999. Recopilación y traducción de Alejandra León-Castellá.
- Grier, MR. «Florence Nightingale and Statistics», Res. Nurse Health, 1(1978),91-109.

UNIDAD 3. FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA

Nilda L. Bello Fernández

La enfermería en Cuba no puede expresarse fuera del contexto político, económico y social que ha vivido nuestro país en las últimas décadas, tampoco puede explicarse sin considerar resultados, objetivos, propósitos y directrices a los cuales el sector en su conjunto hizo frente para satisfacer necesidades, tareas e incrementar la salud de la población cubana hasta el año 2000, después de haber cumplido desde 1985 con los parámetros establecidos por los miembros de la Organización Mundial de Salud (OMS) en la Enfermería en Alma Atá.

Los logros de salud alcanzado por Cuba durante todos estos años se deben a la participación activa de la población y a la existencia de un sistema integral de formación y desarrollo de recursos humanos de salud (RHS), el que está representado por el Viceministerio de Docencia e Investigación del MINSAP; tiene entre sus funciones organizar, dirigir y controlar el proceso de formación, especialización, perfeccionamiento, educación permanente y posgraduados del RHS.

Subsistemas de formación de recursos de salud

Este ministerio establece relaciones de coordinación metodológica con los organismos rectores de la educación en Cuba: MINED y MES, además cuenta con varias direcciones y centros docentes (Fig. 3.3):

1. Dirección de Docencia Médica Superior. Organiza, dirige y controla el proceso de formación de los profesionales de la salud, así como la especialización, perfeccionamiento, educación permanente y posgrado. A esta dirección se subordinan 24 centros de enseñanza médica superior (CEMS) que existen en el país, de ellos 4 institutos superiores de ciencias médicas o universidades médicas.
2. Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). Es el centro rector del perfeccionamiento, educación permanente y posgrado de los profesores de la salud (Escuela de Salud Pública), encargada de especializar profesionales de esta rama.
3. Dirección de Docencia Médica Media. Se encuentra en el Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico y Profesional de la Salud

(CENAPET), centro rector para la preparación, perfeccionamiento y educación permanente de los técnicos de la salud, enfermeros y otros trabajadores del SNS. A esta dirección se subordinan los centros de enseñanza médicas media (CEMM) que existe en el país, de ellos 57 institutos politécnicos de la salud y 27 escuelas de enfermería.

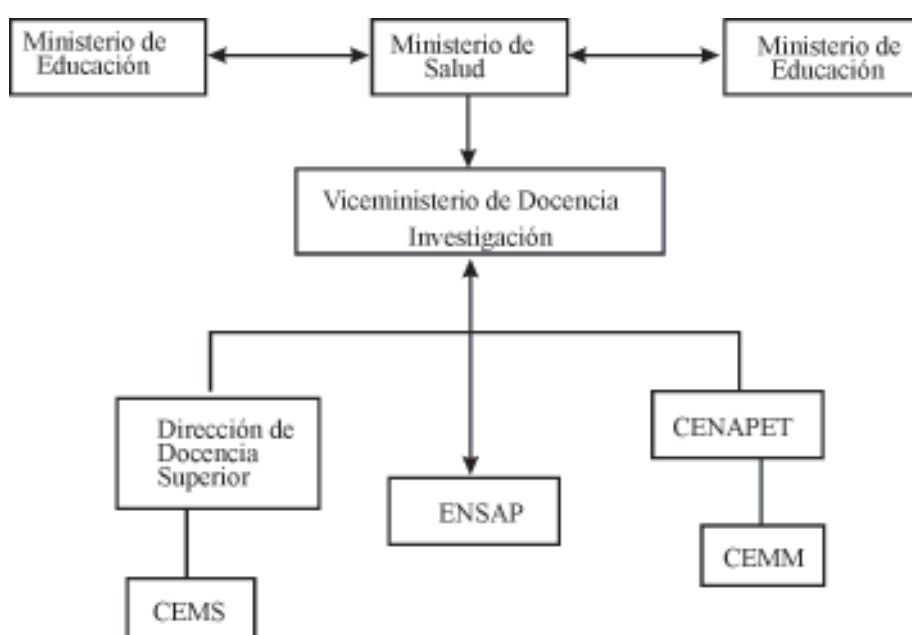


Fig. 3.3. Formación de recursos.

La formación de recursos humanos en enfermería (RHE) arribó a su centenario en el año 1999; se puede decir que las administraciones antes de enero de 1959 habían hecho muy poco por su formación histórica.

Solo existía para la formación, al nivel técnico, 6 centros donde no se lograba formar más de 100 enfermeros por año; su objetivo consistía en la formación del personal para la práctica privada con sentido eminentemente individualista y orientada para trabajar en los diagnósticos y tratamientos médicos.

Después del Triunfo de la Revolución, con el establecimiento del SNS, se priorizó la formación de este recurso dirigido hacia la práctica

social para trabajar al nivel de promoción y prevención de salud; desde entonces hasta la fecha la formación y desarrollo de los RHE se ha llevado a cabo de forma acelerada y ha pasado por diferentes niveles: auxiliares, básico, técnicos, posbásicos, profesional y posgrado. Actualmente existen los 5 últimos, todos ellos se han perfeccionado para corresponder con el encargo social y el desarrollo científico-técnico, sobre la base de la descentralización, que interactúa y se integra en los propios servicios de salud.

La figura 3.4 muestra los niveles para la formación y desarrollo de los RHE en Cuba, se especifican el pregrado y posgrado y su tipificación para el nivel profesional y técnico.

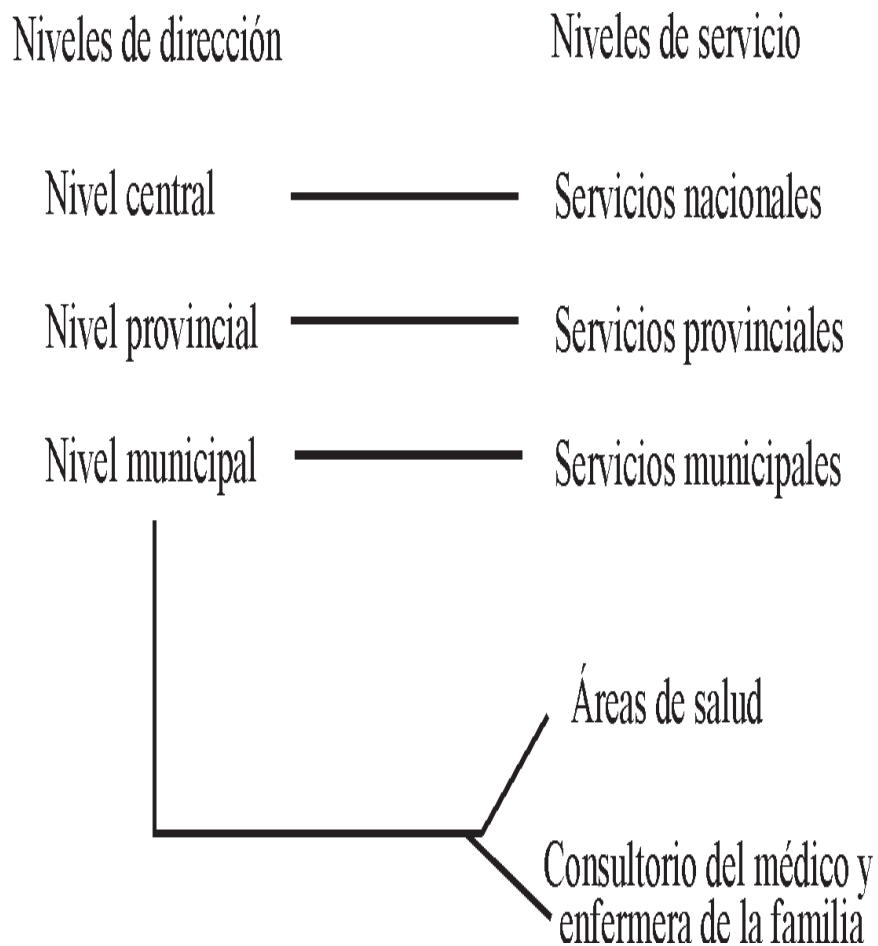


Fig. 3.4. Niveles para la formación y desarrollo de los recursos humanos de enfermería en Cuba.

El programa de formación y desarrollo de RHE, en estos años, ha permitido la graduación de un número importante de enfermeros (tabla 3.6); la cantidad de estos recursos ha aumentado por años, excepto en los auxiliares, que a partir del año 1980 dejaron de formarse, para convertirse en enfermeros generales.

Actualmente la cifra del personal de enfermería alcanza los 80 354, con un índice de 71,4 por cada 10 000 habitantes: 22 931 son licenciados, de estos 218 máster, y 56 729 técnicos (enfermeros), de ellos 23 892 son enfermeros especializados en cursos posbásicos, solo quedan 70 auxiliares y 624 enfermeros básicos (tabla 3.7).

Tabla 3.6. Graduados de enfermería por años

Graduados	1959/1980	1981/1999	2000	2003
Auxiliares	29 337	1 837	---	----
Básicos	--	-----	---	624
Enfermeros	15 446	78 079	1 744	56 729
Posbásicos	2 730	17 317	884	961
Licenciados	10	19 885	1 957	22 931

Tabla 3.7. Personal de enfermería según provincias

Provincia(*)	Licenciados	Técnicos	Básico	Auxiliares	Total
Pinar del Río (80,0)	1 699	4 210	2	3	5 914
La Habana (78,2)	1 400	4 167	3	10	5 580
Ciudad Habana (78,3)	3 856	12 562	617	3	17 038
Matanzas (73,5)	1 004	3 888	---	2	4 894
Villa Clara (67,8)	1 859	3 806	---	8	5 673
Cienfuegos (72,2)	973	1 904	---	5	2 882
Sancti Spiritus (75,5)	939	2 559	---	--	3 498
Ciego de Ávila (67,2)	871	1 905	--	1	2 777
Camagüey (79,2)	2 099	4 178	---	3	6 280
Las Tunas (62,9)	1 098	2 258	---	1	3 357
Holguín (59,4)	1 961	4 183	2	1	6 162
Granma (58,6)	1 479	3 421	---	2	4 902
Sgto. de Cuba (66,6)	2 501	4 434	---	15	7 297
Guantánamo (72,2)	964	2 774	---	---	3 738
Isla de la Juventud (87,8)	228	480	---	1	720
Total (71,4)	22 931	56 729	624	70	80 354

*Por 10 000 habitantes.

Diferentes estrategias del programa de enfermería

Enfermero-técnico. Personal que ha culminado su estudio en el programa de educación básico en Enfermería, y está calificado y autorizado para brindar servicio de enfermería profesional.

La promoción técnica de Enfermería comenzó en Cuba en el año 1899; esta formación aún existe y da cobertura a los servicios del SNS; al inicio del Triunfo de la Revolución se fue incrementando no solo en número, también especialidades como resultado de la situación en esos momentos.

En 1960 se inició la formación de auxiliares de Enfermería General y Pediátrica en cursos rápidos de 6 meses, los que más tarde se extendieron de 9 meses a 1 año. Al mismo tiempo creció la matrícula en las escuelas y surgieron nuevas escuelas de enfermería adjuntas en casi todas las instituciones hospitalarias, para formar enfermeras generales y enfermeras pediátricas, además de enfermeras obstétricas; estas especialidades se inician por primera vez. Se sustituyen las comadronas y se da continuidad a la formación de las auxiliares en enfermería pediátrica, en cursos de 2 años, con lo que se logra mayor preparación científico-técnica.

En el inicio de estos cursos, la preparación se realizaba por subespecialidades: enfermeras pediátricas, obstétricas y generales. En la actualidad la amplitud del perfil de formación permite al egresado desempeñarse en los servicios de atención al niño, la mujer, el adulto, la familia y la comunidad, así como en los 3 niveles de atención.

Esta formación responde a un plan de estudio avalado por la Resolución Ministerial No. 217 de 1994 del Ministerio de Educación, con una duración de 3 años, estructurados en asignaturas técnicas, generales y técnica-prácticas en los servicios. Este plan de estudio tiene un total de 5 284 horas, de las cuales son prácticas 4 382 horas que corresponde con el 83 % del total.

Durante los 2 primeros años los estudiantes reciben asignaturas de formación general y asignaturas técnicas que incluyen contenido de ciencias fundamentales. En el 2do año reciben el resto de las asignaturas técnica propias del ejercicio de la profesión, mediante programas teóricos y de rotaciones en los servicios.

En el 3er. año se realizan las prácticas preprofesionales, es la etapa en la cual el pregraduado integral perfecciona todos los conocimientos, habilidades y actividades adquiridas. Consta de 10 semanas para perfeccionar los objetivos que necesitan y 30 semanas de preubicación, que se desempeñan al egreso. Esta etapa tiene signi-

ficativa importancia, pues da la posibilidad de que el estudiante amplíe los conocimientos relacionados con la especialidad, e interactuar con los problemas que se presentan en los servicios, para darles solución con carácter innovador y sentido de pertenencia.

Como continuación del proceso docente-educativo se organizan actividades extracurriculares que incluyen aspectos tan importante como:

1. Educación político-ideológicas.
2. Defensa de la Patria.
3. Vinculación con la comunidad.
4. Actividades científico-estudiantiles.
5. Forum de ciencia y técnica.
6. Educación sexual.
7. Bioética.
8. Teatro y Danza.
9. Deportes.
10. Brigadas estudiantiles de trabajo (BET).
11. Movimiento de alumnos ayudantes.
12. Títulos de Oro.

El sistema de evaluación en el nivel técnico de enfermería se define en correspondencia con cada asignatura, es de forma general a través de controles parciales, exámenes prácticos y exámenes finales, así como actividades sistemáticas.

La culminación de la carrera se realiza mediante examen final integral práctico-teórico, el estudiante demuestra conocimientos, habilidades y actitudes resumidas en la función interactiva con un paciente seleccionado, donde debe aplicar atención de enfermería; toda esta función es observada por un tribunal de profesores.

El certificado de graduado es expedido por el centro responsable de la formación, que lo acredita como enfermero.

El graduado de nivel técnico de Enfermería puede continuar su superación profesional mediante (tabla 3.8):

1. Superación permanente. Comienza con el adiestramiento en el servicio al personal de nuevo ingreso y continúa a través de procesos de capacitación, previa identificación de necesidades de aprendizaje instrumentales, con la evaluación de la competencia y desempeño profesional.
2. Curso posbásico o de especialización.
3. Licenciatura en Enfermería. En la modalidad de estudios para trabajadores (CPT).

Tabla 3.8. Graduados en cursos técnicos

Especialidad	1959/1980	1981/2002	2003
Enfermera General	11 585	72 014	2 730
Enfermera Pediátrica	2 707	9 212	---
Enfermera Obstétrica	1 154	1 967	---
Total	15 446	83 193	2 730

Formación de cursos posbásicos o de especialización para el personal técnico de enfermería

En 1960 comenzó en Cuba los cursos posbásicos o de especialización para el personal técnico de enfermería, como consecuencia de haberse sistematizado una serie de problemas en el proceso salud-enfermedad que requerían solución por parte de enfermeros.

Dentro de los primeros se encuentran el curso posbásico de Enfermería de Terreno e Instructoras de Enfermería General, Obstétricas y Pediátrica.

En 1963 se creó el curso de Administración y Docencia de Enfermería en la escuela "Carlos J. Finlay", con un perfil de salida docente, administración de los hospitales y administración de los policlínicos.

En 1971 comenzaron los cursos posbásicos de Terapia Intensiva, con un perfil de salida polivalente, quemado, cardiovascular y nefrología, lo que contribuyó al desarrollo dentro de la enfermería, ofreciendo un máximo de garantía en el tratamiento para la población, intensivo y altamente calificado, con un amplio campo de acción para su efectividad, lo cual exigía superación constante de sus conocimientos técnicos. Más tarde se iniciaron los cursos posbásicos de Neonatología, Psiquiatría, Anestesia y Enfermería Especializada en Unidad Quirúrgica. En la actualidad se desarrollan en 7 cursos posbásicos o de especialización:

1. Cuidados Intensivos con perfiles en:
 - Pediatría.
 - Polivalente.
 - Cardiocirugía.
 - Caumatología.
 - Nefrología.
2. Control de Infecciones de Transmisión Sexual y Lepra.

3. Ginecoobstetricia.
4. Neonatología.
5. Psiquiatría.
6. Unidad Quirúrgica.
7. Comunitaria.

El curso se desarrolla a tiempo completo en los servicios propios de la especialidad, con un año de duración y estructurado solo para ejercicios de la profesión, esta duración varía, siendo la relación de horas práctica y técnicas equivalentes al 75-25 %, respectivamente.

El sistema de evaluación se realiza mediante evaluaciones sistemáticas, controles parciales, exámenes prácticos y examen final.

Como culminación de curso se aplica un examen final integral en el que se evalúa la competencia y el desempeño profesional del perfil determinado para el graduado.

El egreso le otorga un diploma que lo acredita como: Curso Posbásico de Enfermería Especializada. Este nivel de formación garantiza a los egresados mejoramiento profesional y humano, ubicación laboral e incremento salarial. Con este nivel puede continuar estudios universitarios para la Licenciatura en Enfermería (tabla 3.9).

Tabla 3.9. Graduados en cursos posbásicos

Años	Graduados
1970/1979	2 699
1980/1989	9 772
1990/1999	7 861
2000/2003	3 560
Total	23 892

Formación profesional en Enfermería. Curso para trabajadores

En correspondencia con los avances, se han desarrollado para el personal de enfermería múltiples transformaciones cualitativas y cuantitativas, en la búsqueda de métodos que brinden mejor atención de salud, y delimitar la forma de actuación que la identifique como un profesional de salud, como preocupación política priorizada del Viceministerio de Docencia del MINSAP en relación con la formación de recursos de Enfermería.

En este caso la perspectiva para el desarrollo de los recursos humanos en el SNS requirió la formación de profesionales que logren un alto nivel científico-técnico, con el objetivo de mejorar los servicios de salud y bienestar para nuestro pueblo, que delimite el propósito del egresado. Debe tener los conocimientos de enfermería básico y superior, su forma de actuación integral (preventivo-asistencial), participación activa en protección, promoción, recuperación y rehabilitación a la persona, familia y comunidad como una unidad biopsicosocial. Además de tratar al niño, adolescente, embarazada, adulto y anciano en los 3 niveles de atención de salud, al destacarse en la toma de decisiones y poseer la forma de actuación que lo identifique como un profesional de esta premisa -la propuesta de elevar el personal de enfermería al nivel universitario, dado el desarrollo alcanzado en la atención, docencia e investigación en enfermería.

Este plan de estudio se inicia en el curso 1976-1977, con la característica de un curso diurno de 4 años de duración, por módulos entre años. Su culminación era mediante la presentación de un trabajo de diploma. La última graduación de este curso fue en 1983; el número de graduados ascendió a 176 egresados, y se impartió en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

En 1980 la Dirección Nacional de Docencia Médica Superior del Ministro de Salud Pública decidió, como parte de la labor de perfeccionamiento del proceso docente-educativo, la confección de un nuevo modelo en la carrera de Licenciatura en Enfermería, que introdujo cambios sustanciales en el contenido, forma y organización de la enseñanza, con el objetivo de facilitar estudios a la masa trabajadora de enfermería en nuestro país.

Como consecuencia de estos cambios, a partir de 1981-1982 se organizó la enseñanza de esta carrera en cursos regulares para trabajadores por encuentros (CPT), y comienza su descentralización hacia otros centros de Educación Médica Superior del país, con 4 años de duración y de 4 a 5 asignaturas por semestre, con 8 encuentros semestrales de 2 días, cada 15 días, además, con períodos intensivos de 2 semanas. El 8vo. semestre era a tiempo completo, liberado de su puesto de trabajo, y se introdujo conocimientos del plan de atención a la familia. La forma de culminación era el examen estatal, esta modalidad terminó en el curso académico 1987-1988; el número de graduados fue de 2 289 en todo el país.

Desde el curso 1988-1989, debido al perfeccionamiento del plan de estudio anterior, toma gran connotación la asignatura Atención de Enfermería a la Familia en la que se incluyeron algunos elementos desde el primer año de la carrera; la asignatura Ciencias Básicas se

integra a las necesidades de este profesional, su estructura es de 18 semanas, 4 asignaturas, y 10 encuentros quincenales para un total de 160 horas por semestre, sin período intensivo; el tiempo de duración es de 5 años y culmina mediante examen estatal. Este plan ha sido perfeccionado en 2 oportunidades más. El total de horas de este plan es de 3 304 horas, de ellas 2 704 horas de Enfermería y 540 de otras asignaturas, lo cual representa el 83,6 y 16,4 %, respectivamente.

Formación profesional de Enfermería. Curso Regular Diurno

Toda vez determinados los objetivos de la Educación Médica Superior, -los objetivos terminales del Licenciado en Enfermería parten del trabajo, funciones, actividades y los problemas de salud en enfermería, que se deben resolver con este egresado, con el nivel alcanzado en la docencia y asistencia médica (incluye la atención de enfermería en nuestro país)- se concibió la estrategia y diseño de un plan de estudio de Licenciatura de Enfermería por Curso Regular Diurno, a partir del curso académico 1987-1988.

Principales características del plan de estudio:

1. La duración del plan de estudio de Licenciatura en Enfermería es de 5 años.
2. La organización es por años y semestres. Los primeros 2 años, cada semestre dura de 18 a 20 semanas. En el 3er. y 4to. años se incluye la preparación militar y/o tiempo electivo (2 semanas para ambos años) y en 5to (último año) se dedica a la práctica preprofesional (4 rotaciones de 8 semanas), 8 semanas de preubicación laboral, 2 semanas de preparación para el examen estatal y 4 semanas para su realización.
3. Las disciplinas y asignaturas se distribuyen por ciclos de la forma siguiente:
 - Primer ciclo corresponde los 2 años primeros (semestre I al IV). Su principal objetivo es que los estudiantes logren alcanzar los aspectos más generales, para una calificación técnica en Enfermería, y se imparten las asignaturas:
 - . Ciencias Básicas.
 - . Ciencias Sociales.
 - . Informática (que incluye Metodología de la Investigación, Bioestadística y Computación).
 - . Enfermería Técnica.
 - . Inglés.

- Segundo Ciclo. Comprende 3er. y 4to. años de la carrera (semestre V al VIII). El objetivo actual de este ciclo es el aprendizaje de los Procesos de Atención de Enfermería a sanos y enfermos, en las distintas etapas de la vida y niveles de atención de salud. En este ciclo se cursan:
 - . Enfermería Médico-Quirúrgica.
 - . Enfermería Materno-Infantil.
 - . Atención Primaria en Salud.
 - . Farmacología.
 - . Higiene y Epidemiología.
 - . Inglés.

En ellas se imparten contenido de las ciencias clínicas (Propedéutica Clínica, Semiología, Medicina, Cirugía, Ginecoobstetricia y Pediatría), también se imparten para ambos ciclos las asignaturas de Ciencia de la Salud y Medicina Natural y Tradicional en el 8vo. semestre.
 - El tercer ciclo (5to. año). Corresponde con la práctica preprofesional. Su objetivo principal es el desarrollo y perfeccionamiento de las habilidades profesionales y laborales, así como la consolidación de la competencia profesional en Enfermería. En esta etapa los estudiantes cursan 4 rotaciones de 8 semanas cada una:
 - . Enfermería médico-quirúrgica.
 - . Enfermería ginecoobstétrica.
 - . Enfermería pediátrica.
 - . Enfermería de atención primaria de salud.
4. Los estudiantes durante los 4 primeros años cursan 8 semestres de idioma Inglés.
 5. Todos los estudiantes en 3er. y 4to. años tienen período de 15 días de evaluación para la preparación militar y cursos electivos.
 6. El tiempo electivo es de 2 semanas de duración, y 3er. y 4to. años académico tienen el objetivo de intensificar el estudio en algunas materias o realizar un trabajo investigativo. Pueden utilizarse precursos técnicos, técnica-prácticas y entrenamientos en servicios, además preparación militar con el objetivo de adiestrarse para casos de agresión militar o desastres naturales.
 7. Todos los estudiantes terminarán los estudios con un examen central que certificará la competencia y desempeño profesional.
 8. La atención a las particularidades individuales de los estudiantes por medio de las actividades extracurriculares comprenden:
 - Actividades científico-estudiantil.
 - Movimiento de alumnos ayudantes.

- Actividades deportiva y de recreación.
- Actividades cultural-musicales, danza, teatro y otras.

El tiempo total es de 6 644 horas, de ellas 4 818 horas dedicadas a Enfermería (72,5 %) y 1 826 horas a otras asignaturas (27,5 %) (tabla 3.10).

Tabla 3.10. Graduados en Licenciatura de Enfermería

Tipos de curso	Período	País	ISCMH	%
Curso regular diurno para trabajadores	1980/1984	176	176	100
Curso regular para trabajadores por encuentros	1985/2000	12 244	3 494	28,5
Curso regular Diurno	1992/2000	9 737	2 497	25,6
Total		22 157	6 167	27

Ambos planes (curso regular diurno y curso para trabajadores) se encuentran en estos momentos en liquidación, ha sido sustituido como forma única, donde se articulan el nivel técnico y el nivel superior en un Nuevo Modelo Pedagógico desde el curso académico 2003-2004.

Nuevo Modelo Pedagógico. Se extiende a todo el país, caracterizado fundamentalmente por los cambios en el diseño curricular, así como la radiación de la universidad hacia nuevos escenarios extendidos en la red municipal, a partir del perfeccionamiento del sector y la apertura de nuevos servicios integrales en el policlínico de nuevo tipo, como parte del pensamiento del Comandante en Jefe de acercar los servicios primarios a toda la población.

Presenta características propias este Nuevo Modelo de formación. Es una carrera universitaria (nivel de ingreso 12 grado) con salidas intermedias que se estructuran de la forma siguiente:

1. Un primer año de formación intensiva y dedicación completa, el que habilita como Técnico Básico de Enfermería.
2. Después de concluido el nivel básico, el estudiante tendrá garantizada la continuidad de estudios desde los servicios donde

labore, con encuentros semanales en sus sedes universitarias, que le permitirá obtener, en un período mínimo de 2 años, el título de Técnico Medio en Enfermería.

3. Una vez vencido el nivel de Técnico Medio podrá titularse como Licenciado en Enfermería después de haber cursado 2 años más de estudio.

Este modelo garantiza que el estudiante en un período de 5 años pueda titularse como Licenciado en Enfermería desde los servicios en los que se encuentran laborando, una vez concluido el 1er. año de formación intensiva.

La formación emergente de recursos humanos en el sector de la salud, desarrollada en Ciudad de La Habana a partir del año 2000, como respuestas a las demandas aceleradas de este tipo de profesional, es otro momento importante en este proceso de formación de recursos de Enfermería, lo cual ha permitido graduar hasta la fecha 3 112 enfermeros.

Nivel de posgrado de los recursos humanos de Enfermería

La educación de posgrado de la República de Cuba está adaptada a la resolución No. 6/96 del Ministerio de Educación Superior, constituye el nivel más elevado del Sistema Nacional de Educación y tiene 2 vertientes de trabajo:

1. La formación académica de posgrado.
2. La superación profesional.

Constituyen modalidades de la formación académica de posgrado:

1. Especialidad.
2. Maestrías
3. Doctorados.

Constituyen modalidades de la superación profesional:

1. Diplomados.
2. Cursos.
3. Entrenamientos.
4. Talleres.
5. Seminarios.
6. Debates científicos.
7. Intercambio de experiencias.
8. Autopreparación.

9. Otras que posibiliten el estudio y divulgación de los avances de la ciencia, la técnica y el arte.

La Enfermería Cubana no está contemplada en la vertiente desarrollada de formación académica de posgrado (especialidad, maestrías y doctorados), pero ha venido desarrollando un número importante de actividades de superación profesional (cursos, talleres, entrenamientos, entre otros), aunque no satisfacen las necesidades individuales del SNS.

En la actualidad esta formación ha puesto en práctica un modelo de superación posgraduación -enfoque sistémico de la educación avanzada-, para cuya creación se cuenta con un grupo de técnicos asesores al nivel nacional y principal. Para llevar a cabo la estrategia de trabajo, trazada por este grupo, interviene la Integración Docente-Asistencial Investigativa en diferentes niveles de atención de salud y la voluntad política de las autoridades gubernamentales que dirigen el SNS.

Sin embargo, la superación profesional ha permitido, a través de sus diferentes modalidades, elevar el nivel de capacitación de gran número de profesionales en la esfera de la docencia investigación, gerencia y prestación de servicios. Las formas más utilizadas corresponden con cursos y talleres, seminarios, entrenamientos y conferencias especializadas.

Actualmente se encuentran 250 graduados de maestrías multiprofesionales, aproximadamente en todo el país, y la cifra de matriculados ha aumentado de forma significativa en el presente curso.

También se ha dado comienzo a la primera matrícula en el Centro Rector de la Especialidad, ubicado en la Facultad "Julio Trigo" desde el curso 2000/2001, y se han graduado los primeros en el curso 2003/2004. A su vez, han comenzado varias especialidades para los profesionales de Enfermería en distintos perfiles, que permitirá desarrollo de mayor calidad en la prestación de los servicios o atención de enfermería que merece nuestra población cubana.

Bibliografía

- Bello Fernández NL. Política de Salud y Niveles Asistenciales. Cuba. Tema Plenario del Congreso de Enfermería. Ciudad de la Habana, 2000.
- . Logros de la Salud Pública Cubana y Formación de Recursos Humanos de Enfermería. Cuba. Curso Precongreso I Congreso Latinoamericano del Caribe en ITS/SIDA y otras Enfermedades Transmisibles. Instituto "Pedro Kourí". Ciudad de la Habana, 2000.

- Bello Fernández NL, Fenton Tait MC et al. El Enfoque Comunitario en el Nuevo Plan de Estudio en Enfermería. Mesa Redonda. Tema Plenario. IV Jornada de Profesores Consultantes de Ciencias Médicas. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García Íñiguez" Ciudad de La Habana, Diciembre, 2004.
- Bello Fernández NL. Característica de los Procesos Educativos en la formación de los recursos humanos a nivel técnico, profesional y postgrado. La Habana, Cuba, 1995.
- Viceministerio de Docencia e Investigación del Ministerio de Salud Pública. Vicerrectoría de Desarrollo del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Nuevo Diseño Curricular para la Formación de Licenciados en Enfermería. Documentos Rectores. Curso académico, 2003/2004.
- Zubizarreta Estevez MM, Bello Fernández NL, Vega Saumell B. La formación y desarrollo de los Recursos Humano en Enfermería en Cuba. Un desafío para el siglo XXI. Tema Plenario. VIII Congreso de la Sociedad Cubana en Enfermería. Ciudad de La Habana, 1998.

UNIDAD 4. SOCIEDAD CUBANA DE ENFERMERÍA

Armando Moret Montano y Jovita Páez Armenteros

Datos previos a la creación de la Sociedad Cubana de Enfermería (1974-1975)

Solicitaron la creación de la sociedad:

1. *Jovita Páez Armenteros.*
2. *Onelia Espinosa Ramos.*
3. *Martha Caballeiro Melo.*
4. *Nilda Bello Fernández.*

Realizan la propuesta a: Enfermera Especializada Dora Rodríguez Arriba, Jefa del Departamento Nacional de Enfermería del MINSAP.

Para su aprobación: Dr. Daniel Alonso, Presidente del Consejo Nacional de Sociedades Científicas.

Las solicitantes realizaron el diseño del reglamento orgánico de la primera Sociedad de Técnicos Medios de Enfermería del país, que entraría a formar parte del Consejo Nacional de Sociedades Médico-Científico del Ministerio de Salud Pública, aspecto fundamental que se tuvo en cuenta.

Su creación se realizó el 17 de noviembre de 1976 en acto central en el salón "Camilo Cienfuegos" del Ministerio de Salud Pública.

Podemos considerar como sus fundadoras principales a:

1. *Jovita Páez Armenteros.*
2. *Onelia Espinosa Ramos.*
3. *Martha Caballeiro Melo.*
4. *Nilda Bello Fernández.*
5. *Dora Rodríguez Arriaba.*

Otras fundadoras:

1. *Teresa Vera (Pinar del Río).*
2. *Idolidia Torres Jaula (La Habana).*
3. *Olga Rojas (Matanzas).*
4. *Maria Noelia Sánchez (Ciudad de La Habana).*
5. *Evidia Álvarez (Sancti Spiritus).*
6. *Zoraida Rivas (Cienfuegos).*
7. *Julia Pedroso Freire (Isla de la Juventud).*
8. *Maria Antonia Piñeira (Camaguey).*
9. *Noemí Venegas Ortiz (Ciego de Ávila).*
10. *Carmen Torres Alarcón (Granma).*
11. *Blanca López de La Cruz (Guantánamo).*
12. *Elena Nápoles Leiva (Holguín).*
13. *Mirta Mojena Campbell (Las Tunas).*
14. *Haydee Rodríguez (Villa Clara).*
15. *Ada Nidia Sánchez (Santiago de Cuba).*

En el Comité Central del Partido, bajo la dirección del doctor José Ramón Machado Ventura, miembro del Buró Político, se analizó el carácter científico de la organización, sin intervenir en asuntos gremiales propios del Sindicato de la Salud.

En la actualidad contamos con nuestra misión, visión y objetivos enmarcados en su reglamento orgánico, los cuales expresamos a continuación.

Misión. La Sociedad Cubana de Enfermería (SOCUENF), como organización científica para el desarrollo de enfermeros técnicos y profesionales del país, tiene como misión fundamental proveer a su personal de información actualizada y específica en el área de salud donde desempeñan sus labores, de forma ágil y oportuna como recurso indispensable para elevar el nivel científico técnico, lo que constituye investigación y calidad en el cumplimiento de los programas nacionales de salud, y por ende, mejorar la atención en los servicios, para beneficio de la población cubana.

Visión. Convertir a los enfermeros técnicos y licenciados en paradigmas de los hombres y mujeres que integran el SNS, con elevado humanismo ético-moral y profesional.

Objetivos. El objetivo de la sociedad será primordialmente propender a la agrupación de todas las enfermeras y enfermeros de nivel técnico y/o universitario, consolidando la unión de todos dentro de la ética de trabajo profesional; reunirlos periódicamente con el propósito de considerar y discutir problemas técnico-científicos relacionados con la salud, además, mantener adecuada información acerca de los avances de su especialidad, quienes a través de la sociedad se encaminarán a realizar los propósitos siguiente:

1. Estudiar y difundir los conocimientos de las acciones de enfermería en relación con la atención médica, docencia, administración e investigación de acuerdo fundamentalmente con las necesidades de la nación, y colaborar con los proyectos y programas del Ministerio de Salud Pública y otros organismos del estado en todo lo relacionado con esta disciplina.
2. Participar en la organización de congresos, conferencias, jornadas, simposios, cursos de perfeccionamiento y superación, así como cualquier otro evento científico-técnico que se celebre en la República, a los cuales sea invitada la sociedad para colaborar.
3. Vincularse con sociedades análogas extranjeras y con aquellas nacionales que tengan un determinado nexo con la Enfermería, con lo que se favorece el intercambio científico-cultural.
4. Colaborar con el Ministerio de salud Pública, su Consejo Nacional de Sociedades Científicas y el Ministerio de Educación para establecer la regulación de la especialidad, de sus aspectos éticos y de mejor educación en Enfermería, mediante el estudio de las ponencias que se elaboren sobre la normativa del ejercicio de la Enfermería en general.

Primera junta de gobierno (1976-1980) estuvo constituida por:

1. *Jovita Páez Armenteros* (Presidenta).
2. *Onelia Espinosa Ramos* (Vicepresidenta).
3. *Nilda Bello Fernández* (Secretaria).
4. *Marta Caballeiro Melo* (Vicesecretaria).
5. *Gladys Cantón Blanco* (Tesorera).
6. *Angela Garrido Veria* (Vocal).
7. *Gloria Cueto Rodríguez* (Vocal).
8. *Dalia Pérez Alsina* (Vocal).
9. *Esperanza Ortiz García* (Vocal).
10. *Alba Avilés Moreno* (Vocal).

Esta junta tuvo entre sus primeras tareas realizar los reglamentos internos de las filiales y secciones.

Entre los años 1976 y 1977 se fundaron las primeras filiales en:

1. Santiago de Cuba.
2. Holguín.
3. Matanzas.
4. Villa Clara.

Las secciones fueron fundadas en:

1. Atención primaria.
2. Docencia.
3. Pediatría.
4. Ginecoobstetricia.
5. Cuidados intensivos.
6. Administración.

1978: 23 al 25 de febrero, I Jornada Nacional de Ginecoobstetricia.

1979: Camagüey, Jornada Nacional de Enfermería Pediátrica.

1980: Primer Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería, efectuado en el Palacio de las Convenciones, con la participación de:

- Países participantes: 19.
- Delegados extranjeros: 500.
- Delegados cubanos: 1 000.

Personalidades participantes:

- Dr. *Sergio del Valle Jiménez*, Miembro del Buró Político y Ministro del MINSAP.
- *Vilma Espín Guilló*, Presidenta de la Federación de Mujeres Cubanas.
- *Maricel Manfrecy*, Representante Regional de la OPS/OMS.

Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Cuba ingresó en el Consejo Internacional de Enfermeras en el 1925 hasta 1959, luego reingresa en 1980. Se presenta el reingreso de Cuba al Consejo Internacional de Enfermeras en 1980.

Cuba solicita su reingreso en el CIE, el que es aceptado en junio de 1981 en el Congreso Cuadrienal celebrado en Los Ángeles, California, EE.UU.

Participan:

- *Jovita Páez Armenteros* (Presidenta SOCUENF).
- *Dora Rodríguez Arriaba* (Jefa Nacional de Enfermeras del MINSAP).

Las visas para ambas compañeras fueron aceptadas con la condición de que no se izara la bandera cubana en el país, derecho per-

mitido a los demás países que asistirían a la ceremonia de ingreso; por tal motivo las delegadas cubanas rechazaron su asistencia y elevaron carta de protesta al CIE. Ante esta grave situación, el Colegio de Enfermeras de Canadá elevó su protesta al CIE y a la Oficina de Intereses, si esta situación no quedaba resuelta, se retiraría de la organización; la voz enérgica de la doctora Helen Musalem, presidenta del Colegio de Enfermeras de Canadá, hizo que Estados Unidos cancelara su propuesta, bajo la representación de Canadá y en presencia de la bandera cubana, la doctora Helen Musalem recibió los atributos que acreditaban a Cuba como miembro pleno del CIE.

1981: Jornada Nacional de Docencia, provincia Villa Clara.

1982: Jornada Nacional de Geriátrica, Ciudad de La Habana.

1983: Jornada Nacional de Cuidados Intensivos, Santiago de Cuba.

1984: II Congreso de la SOCUENF, efectuado en el Palacio de las Convenciones, Ciudad de La Habana, con una participación de:

- Países participantes: 18.
- Delegados: 1 500 cubanos y extranjeros.

Personalidades participantes:

- Comandante en Jefe Dr. *Fidel Castro Ruz*. Sugirió la creación del Himno de la Enfermera y la Revista Cubana de Enfermería.
- Dra. *Helen Musalem* (Canadá). Se le confirió la condición de Primer Miembro de Honor de la Sociedad Cubana de Enfermería.
- Dr. *Sergio del Valle*. Miembro del Buró Político y Ministro de Salud Pública.

Por lo que desde 1985 se cuenta con nuestro Himno de la Enfermería cubana:

Letra: *Ángela Garrido Veria*. Enfermera Especializada en Docencia y Administración.

Música: *Olga de Blanck Martín*. Musicóloga y Doctora en Pedagogía.

La enfermería marcha adelante,
como baluarte de amor y paz,
curando heridas, salvando vidas,
lo máspreciado en la humanidad.
Hacer que crezcan los niños sanos.
La medicina como bondad.
En cada enfermo ver al hermano,
que tiene un puesto en la sociedad.
A otros pueblos, los marginados
que han enfermado de expoliación,

de patria libre, salud llevamos,
como fraterna compensación.
Nuestra palabra se hace certera
porque tenemos la convicción,
de ser bandera, que en la trinchera
defiende nuestra revolución.
De ser bandera....

En ese mismo año 1985 se efectúa la creación de la Revista Cubana de Enfermería.

Autoría: Sociedad Cubana de Enfermería.

Editorial: Centro de Información de Ciencias Médicas.

Primera directora: Lic. Onelia Espinosa Ramos.

Otras directoras:

- Lic. Aleida Izaguirre (fallecida en 1995).
- Lic. Dulce María Ferro.
- Lic. Martha Guillén Fonseca.

1986: se incluyó por el Instituto de Documentación e Información Científico-Técnico de la Academia de Ciencias de Cuba en el código SIN, con las ventajas que esto implica.

1982: la Sociedad editó el primer Boletín Informativo que materializaba la necesidad de tener un órgano de expresión científico, que sirviera para el intercambio de experiencia entre las enfermeras.

Otros datos de interés:

- **1984:** II Congreso, Ciudad de La Habana. Se acordó celebrarlo bianual, dedicado a una especialidad en cada ocasión.
- **1986:** III Congreso, Ciudad de La Habana. Dedicado a la Pediatría.
- **1988:** IV Congreso, Ciudad de La Habana. En esta ocasión la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) celebraba su VII Congreso, ocasión en que Cuba solicitó su ingreso y ofreció la sede.
- **1991:** V Congreso, Santiago de Cuba. Dedicado a la APS.
- **1994:** VI Congreso, Santiago de Cuba.
- **1995:** VII Congreso, Ciudad de La Habana. Conjuntamente con el IX Congreso de la FEPPEN.
- **1998:** VIII Congreso, Santiago de Cuba. Con el lema "Abramos el camino, enfrentemos el desafío". Sesionó en esta ocasión el II Encuentro de Editores y Directores de Publicaciones y Revistas de Enfermería.
- **2000:** IX Congreso, Palacio de las Convenciones en Ciudad de La Habana.
- **2001:** I Coloquio Iberoamericano de Docencia en Enfermería, Teatro Heredia, Santiago de Cuba.

- **2002:** X Congreso, Palacio de las Convenciones de Cuba, cuyo lema fue "Enfermería en Acción"; en él se realizó el I Coloquio Cubano de Intervención de Enfermería en Medicina Natural y Tradicional.
- **Balance de 1988:** Santiago de Cuba. Intervino en su clausura el doctor Abelardo Ramírez, Viceministro de Asistencia Médica.
- **Período de 1997 a 2001:** la licenciada Esperanza Pozo Madera forma parte del Comité de Asuntos Profesionales del CIE.
- **Del 3 al 7 de Febrero de 1997:** nos visitó la doctora Mireille Knigma, consultora del CIE y el señor Per Bo, subdirector adjunto del Sindicato Danés para el Desarrollo, con el objetivo de analizar las condiciones de nuestro país, para el desarrollo de un Proyecto Nacional de Liderazgo en Enfermería Mediante Negociación.
- **1998:** se efectuó el Taller Liderazgo Bajo Negociación por todo el Territorio Nacional por los compañeros Jorge Raya, Adaridia Sánchez, Siria Pérez Fabas y Félix Vento Iznaga.
- **Del 1 al 13 de febrero de 1999:** Taller Liderazgo Mediante Negociación como cuarta fase del Proyecto del CIE. Hotel Palco, Palacio de las Convenciones. Participan 30 enfermeras de todo el país.
- **1997-2001:** la licenciada Nilda Bello Fernández integró la Candidatura para la Junta Directiva del CIE.
- **1996-2002:** Cuba preside la Comisión de Ética y Bioética, decidido en el marco de la IV Convención Panamericana de la FEPPEN, celebrado en Brasil. Esta tarea fue realizada por la licenciada María del Carmen Amaro.
- **2004:** creación de la página Web de la Enfermería Cubana donde están integrados los aspectos de la asistencia, docencia y Sociedad Cubana de Enfermería.

Todos los enfermeros del país tienen derecho a inscribirse en la Sociedad Cubana de Enfermería, y los estudiantes del último año de la carrera ingresan como premiembro con todos los derechos de los miembros.

Bibliografía

- Libro Resumen I Encuentro Iberoamericano de Docencia en Enfermería. Año 2001.
- Libros Resumen Congresos de la Sociedad Cubana de Enfermería del IX al XI (2000-2002).
- Montano Moret A. Notas personales. Miembro Suplente. Responsable de Actividades Científicas de la Sociedad Cubana de Enfermería.
- Revista Cubana de Enfermería. Secciones Noticias y Editorial, 1995-2004.

Proceso salud-enfermedad

UNIDAD 1. GENERALIDADES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Nilda L. Bello Fernández

Salud y enfermedad son categorías fundamentales para todas las ramas de las ciencias médicas, a las que se han dado innumerables definiciones. Una vez estudiada la interrelación entre lo biológico y lo social, existen condiciones para valorar un proceso de cuyo análisis ha sido muy discutido. Ha existido un redimensionamiento de los determinantes de salud, dado el desarrollo de otras ramas de las ciencias sociales, que trae consigo una contribución a la mejor comprensión y operacionalización de los elementos no biológicos de salud-enfermedad; el reconocimiento de la determinación social de salud desde entonces ha significado la comprensión de dicho proceso en condiciones concretas, que sobrepasan la biología humana y que abarcan desde la sociedad como un todo hasta el individuo como se expresa actualmente.

Evolución histórica del concepto salud-enfermedad

La interrelación salud-enfermedad a lo largo de la historia de la humanidad ha estado vinculado indisolublemente al grado alcanzado en el desarrollo del conocimiento científico y a las concepciones ideológicas propias de cada formación socioeconómica.

En la comunidad primitiva, el hombre tuvo que enfrentar la crudeza del medio y sus agresiones. Las inclemencias del tiempo, los animales salvajes y las epidemias diezmaron las hordas, lo cual arrojaban como resultado un nivel de vida muy corto. La ignorancia impulsa a creer fantasías sobre fenómenos que incluyen las enfermedades, en lo cual predomina un pensamiento místico-mágico sobre la salud y la enfermedad.

La división social del trabajo y de la sociedad agrupada en clases durante el Esclavismo produjo cambios significativos en las concepciones de salud-enfermedad. El materialismo y el idealismo se enfrentan no solo como posiciones filosóficas, también como enfoques que buscaban la explicación a las enfermedades para curarlas.

Teorías materialistas como la de Demócrito sirvieron de hipótesis y la de Aclespíades da base para enunciar sus concepciones sobre el hombre sano y enfermo, así como teorías idealistas como las de Platón y Galeno. Esto es como una expresión de cómo las luchas sociales y posiciones filosóficas influían en la misma medicina.

Las rígidas concepciones ideológicas de tipo idealistas de la iglesia en la Sociedad Feudal impusieron un freno al desarrollo científico y la investigación en particular. La iglesia solo reflejaba como explicativo de la enfermedad aquello que se daba en consonancia con sus posiciones. Es muy conocido como aquellos que pretendieron buscar una explicación científica mediante autopsias o estudios clínicos, al margen de los cánones eclesiásticos, debieron retractarse de ello y ser considerados herejes o poseídos por ideas diabólicas, para ser juzgados por los tribunales de la Inquisición.

El capitalismo trajo consigo el surgimiento de un conjunto de teorías seductivas que pretenden ver en la enfermedad humana elementos puramente biológicos, y desconocen los sociales, o elementos psicológicos y sociales, que prescinden de los biológicos.

Arribar a una conceptualización del proceso salud-enfermedad no es tan fácil, "medir" la enfermedad es más fácil que medir la salud, por lo que una definición facilista puede elaborarse mediante la explicación de la salud, como ausencia de la enfermedad, es decir, como ausencias de síntomas, signos o alteraciones patológicas que se encuentran en el estudio del paciente. El criterio elaborado al respecto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 es el siguiente: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad".

Si bien es una definición que pretende sumar opiniones de los estados miembros, con sus profundas diferencias políticas e ideológicas y tratar de la salud para arribar a un concepto, este tiene contradicciones que han sido señaladas por diversos autores.

Con el surgimiento del materialismo dialéctico e histórico, como expresión del pensamiento filosófico más avanzado, se logra resolver el problema metodológico fundamental de las ciencias médicas: la relación entre lo biológico y lo social y, por ende, la interacción del hombre en el medio y su estado de salud y enfermedad.

El enfoque marxista del proceso salud-enfermedad no obvia los factores biológicos pero sí los ubica de forma adecuada. Los procesos biológicos presentes en las enfermedades y la salud están condicionados por vida y por trabajo, los cuales a su vez están determinados por el modo de producción imperante.

Relación dialéctica entre salud y enfermedad

Salud y enfermedad, un par de categorías contradictorias en la unidad dialéctica, forman parte de un proceso continuo y móvil, que refleja el grado de adaptación del hombre como ser biosocial, a las condiciones biológicas y sociales del medio. Debe enfatizarse que el grado de adaptación es entendible solo con elementos de estabilidad relativa, lo cual implica salud, pero que la mutabilidad constante del hombre y el medio puede llevar a la desadaptación y surgimiento de enfermedades.

El proceso salud-enfermedad encuentra su expresión concreta en la salud de la sociedad o en el estado de salud de la población y en la salud del hombre como persona.

Llamamos salud de la sociedad a la salud de la población, condicionada por la influencia compleja de factores sociales, biológicos y la naturaleza del medio.

La salud o enfermedad se puede expresar de acuerdo con criterios de evaluación dialécticamente interrelacionados. Como sinónimo de estado normal o anormal del organismo completa la estructura y funcionamiento de los tejidos, órganos y síntomas.

Es un criterio que permite valorar el estado del organismo mediante la expresión clínica y análisis complementario; desde este punto de vista, la valoración de la salud-enfermedad resulta bastante objetiva, aunque como es conocido, los datos que se obtienen no siempre son típicos, por ejemplo, una persona pudiera padecer de hepatitis sin tener la coloración amarillenta de la piel como habitualmente ocurre.

Como estado objetivo psíquico el individuo en este caso debe estar saludable, significa la ausencia de síntomas subjetivos, la sensación de completo bienestar psíquico y físico.

Como valoración de la interrelación del organismo humano con su medio externo natural y social, criterio este de extraordinaria importancia que se basa en la capacidad de captación del organismo a factores climáticos, geográficos (medio ambiente) y el bienestar del hombre en determinadas condiciones económicas y sociales, tales como el trabajo, la vivienda, el salario, la educación y en general el conjunto de relaciones sociales que se establecen entre los hombres en su actividad común.

Estos 3 criterios están íntimamente relacionados y no pueden considerarse aisladamente para valorar si el hombre está sano o enfermo.

La valoración de la salud-enfermedad en un individuo debe estar considerada por la síntesis de estos 3 aspectos descritos.

Vemos, como en todo caso, el proceso salud-enfermedad como un todo, ya sea de una sociedad o una persona en particular, está influido por toda una serie de factores donde los sociales son determinantes.

Salud: modo y estilo de vida

Los conceptos de modo y estilo de vida comienzan a ser objeto de las ciencias médicas en la segunda mitad del siglo xx, a partir del redimensionamiento del concepto de salud y por tanto, el redimensionamiento de los determinantes según expresa de La Llera Suárez en el capítulo 3 del libro Temas de Medicina General Integral: "Estos conceptos tienen su origen en la década del 50, cuando simultáneamente se establece en los EE.UU. las primeras escuelas de medicina preventiva, y en Inglaterra cuando H. Sigerist (1945) define las 3 tareas principales de la medicina: promoción, prevención y rehabilitación, lo que impulsa el estudio de los elementos no biológicos que intervienen en la salud".

El camino generalizado para arribar a estos nuevos conocimientos surge a partir del cambio del estado de salud de poblaciones, con desarrollo socioeconómico avanzado, donde las muertes y enfermedades se asocia cada vez menos con enfermedades infecciosas y se comienzan a prestar atención a aquellos elementos que inciden en estas muertes y enfermedades; al saber la inadecuación del sistema de cuidado de la salud, existen factores conductuales o estilo de vida poco sano, riesgos ambientales para la salud y factores biológicos. De esta forma se comenzó a concebir que la determinación de la salud es un primer complejo multifactorial y dinámico, en que los factores enunciados interactúan no solo para determinar la salud, sino para incrementarla y preservarla.

En 1974 Marc Laborde propone un módulo explicativo de los determinantes de salud. Más tarde, PL Castellanos esclarece como se produce esta interacción entre los determinantes de salud con la categoría de condiciones debida, que serán (los procesos generales de reproducción de la sociedad que actúan como mediadores entre los procesos que conforman el modo de vida de la sociedad como un todo y la situación de salud específica de un grupo poblacional específico).

La determinación social se produce en diferentes niveles según Pérez Lovelle en su libro La Psiquis en la Determinación de la Salud, conceptualiza tres niveles de salud. Ellos son:

1. Nivel macrosocial, que relaciona la formación socioeconómica como un todo, y el estado de salud de la población en general.

2. Nivel general, que relaciona el modo de vida y las condiciones de vida de determinado grupo por su estado de salud.
3. Nivel individual, que relaciona el estilo de vida individual con las condiciones de vida individuales y el estado de salud.

Según este presupuesto modo y estilo de vida, son categorías que enfrentan formas particulares del quehacer humano en determinado momento y forma de organización social, que determinan el estado de salud y se interrelacionan entre sí como mutuas influencias.

Para Castellanos (1991) es el resultado de la dinámica de las condiciones particulares de la vida de un grupo de población, su articulación en el proceso general reproductivo de la sociedad y las acciones de respuesta social entre los procesos conflictivos que se producen en esta dinámica, provoca un balance que se expresan problemas de salud o bienestar o ausencia de ellos.

¿Qué es modo de vida? Para caracterizar el modo de vida como determinante de salud se han utilizado múltiples criterios, en los que la epidemiología y las ciencias sociales han hecho grandes aportes, para establecer relaciones entre las condiciones naturales y la forma en que los grandes grupos sociales se organizan y se realizan de manera productiva en esas condiciones, por ejemplo, servicio de salud y su utilización, instituciones educacionales y nivel educacional de la población, tipo de vivienda, condiciones y hacinamiento, abasto de agua e higiene ambiental, etc.

¿Qué es estilo de vida? Estilo de vida es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relacionan estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre las realiza como ser social en condiciones concretas y particulares.

En la actualidad se considera a la familia como grupo particular con condiciones de vida similares, posee un estilo de vida propio que determina la salud del grupo familiar y sus miembros, por lo que se concibe, además, la categoría de estilo de vida familiar.

La Familia en el proceso salud-enfermedad. Muchas son las disciplinas como Sociología, Derecho, Demografía, Antropología y Psicología que ha abordado el tratamiento de la familia desde diferentes ópticas y existen múltiples definiciones en función de los intereses de la ciencia que lo estudia, es lo que expresa Pérez González sobre este aspecto en el capítulo 5 del libro Temas de Medicina General Integral.

Teniendo en cuenta los intereses y acciones de salud en la Atención Primaria, asumimos como criterio de familia el núcleo de personas que conviven bajo un mismo techo y que pueden tener vínculos afectivos o no.

La naturaleza del modo de vida de la familia va a depender del sistema social en el cual se desarrollan las características étnicas, culturales, económicas y políticas y de las relaciones internas que se dan en las diferentes etapas que atraviesa, así como las condiciones materiales que van a determinar la salud de sus miembros.

El estudio de la familia se basa en la teoría general de los sistemas (L. Von Bertalanffy), según la cual un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto a un todo, pero este no es responsable de sus partes y su función es más que la simple suma de ellos.

La familia puede concebirse como un sistema, en tanto expresa un conjunto de normas, reglas y valores que interdependen e interactúan para el logro de un objetivo común; se entienden como un grupo social que representan los valores de la sociedad y desempeñan un papel fundamental en la formación de los intereses de vida de cada persona.

La familia como grupo sistémico es generada del proceso salud-enfermedad, pues en ella se forman las normas y valores que resultan determinantes en este.

En el proceso salud-enfermedad se da un proceso biológico, psicológico y social y en él la persona debe asumir una actitud activa, al recibir las influencias del medio ambiente, así se convierte en gestor social de su propia salud.

El proceso salud-enfermedad posee una realidad social muy concreta que se presenta en personas o grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, que en última instancia son producto de las condiciones de trabajo y vida de las propias personas; por consiguiente, las causas e implicaciones del proceso salud-enfermedad deben buscarse en el ámbito social.

En este sentido la autora Pérez González ha abordado el proceso salud-enfermedad en un nivel microsocioal, al tomar su considerable valor el importante papel de la familia en formación de salud, en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad que ha continuación señalaremos.

La promoción de salud y prevención de enfermedades. En los últimos años han ocurrido cambios en el cuadro de salud, donde se ha producido desplazamiento en los primeros lugares de enfermedades infectocontagiosas para ser ocupadas por enfermedades no

transmisibles, a su vez se le otorga mayor participación a las partes psicológicas y sociales en la determinación multicausal del proceso salud-enfermedad.

Para dar solución actual a los problemas de salud es inevitable que las políticas de salud proporcionen la acción de promover y prevenir, como única vía para elevar el estado de salud de la población.

F. Morales define la prevención de salud como aquellas acciones del sistema de salud, las instituciones de salud y de los promotores de salud de la comunidad, para lograr la participación consciente y activa de la población en el cuidado y la optimización de su bienestar, mediante actividades que permitan:

1. La sistematización por el cuidado de la salud y evitación de los riesgos de enfermarse.
2. La higiene ambiental y personal.
3. Los buenos hábitos nutricionales.
4. La eliminación de hábitos nocivos como fumar.
5. La realización de ejercicios físicos y la práctica de deportes.
6. El buen uso del tiempo libre, descanso activo y disfrute de la cultura.
7. El estímulo a la participación activa y creadora en la vida laboral y de la comunidad.
8. Los buenos patrones de crianza infantil y el apoyo mutuo de sus miembros, que tienen en consideración las peculiaridades de estos dentro del ciclo vital.
9. La educación sexual y la planificación familiar, y la satisfacción de las necesidades de los recién nacidos, lactancia materna, estimulación precoz, etc.
10. La preparación para enfrentar nuevas situaciones: escuela, matrimonio y otras actividades.
11. La preparación de los individuos y las familias para el enfrentamiento de situaciones de crisis: separación, enfermedad y muerte de uno de sus miembros y otras situaciones tensionales de carácter laboral, escolar, etc.
12. La capacidad de la comunidad para que identifique sus necesidades de salud y trabaje a través de las organizaciones en la solución de sus necesidades.

Al analizar estas tareas podemos apreciar que la familia está presente en cada una de ellas, sin embargo, en los niveles macrosociales a los que se les otorga la labor de promover y fomentar la salud.

Actualmente están creadas las condiciones para que esta responsabilidad pase al nivel individual y la familia sea la máxima responsable de la salud de cada uno de sus miembros.

En el medio ambiental es donde se desarrollan los hábitos de vida, los cuales necesitan para su formación en determinadas conductas que deben ser controladas, orientadas y estimuladas por la familia para su formación.

La familia entre sus principales funciones tiene la tarea de brindar afecto y seguridad a cada uno de sus miembros, para garantizar la formación de hábitos y estilos de vida adecuados, a través de la satisfacción de las necesidades básicas elementales como vestir, calzar, comer y educar, es en ella donde deben apoyarse la labor de promoción y en este sentido dirigir los esfuerzos.

El desarrollo y la actividad de potencialidad reguladoras de la familia, unida al fortalecimiento de los programas de interacción de educación para la salud, son importantes elementos para consolidar el modo de vida familiar y el estilo de vida individual, con el fin de lograr una persona capaz de asumir la salud como una responsabilidad individual y darle un sentido a la orientación e información obtenidas a través del medio familiar y las instituciones de salud.

La prevención de salud va más allá de la promoción de salud, se trata de identificar el factor de riesgo presente en una persona o comunidad antes que se produzca el acontecimiento que preside.

El factor de riesgo ha sido definido como toda característica o circunstancia determinada de una persona o grupo de personas, que según los conocimientos que se poseen, asocia a los interesados con un riesgo normal de sufrir un proceso patológico o de verse afectado desafortunadamente por tal proceso; pueden caracterizar a las personas, la familia, el grupo, la comunidad o el medio ambiente.

Para poder prevenir es necesario tener conocimiento acerca del riesgo y su implicación sobre la salud, para lograr modificar actitudes, conductas, normas y condiciones familiares que facilitan esta labor. Esa labor preventiva sobre una persona se hace más efectiva si trabajamos con su familia.

En Cuba, en este momento, se está aplicando el Programa Latinoamericano de Lucha Contra el Cáncer, el cual contiene los signos de alarma más frecuentes realizados con la enfermedad, al saber:

1. Mantener un comportamiento sexual y adecuada higiene.
2. Evitar el exceso de peso, comer abundantes frutas, cereales, legumbres y verduras.
3. No consumir tabaco y respetar al fumador.

4. Moderar el consumo de bebidas alcohólicas.
5. Protegerse durante la exposición al sol.
6. Seguir las recomendaciones de seguridad en el trabajo, siempre que esté expuesto a sustancias cancerígenas.
7. Acudir periódicamente a realizarse una citología.
8. Evaluarse las mamas mensualmente y, si es posible, realizar mamografía a partir de los 45 años.
9. Consultar al médico en caso de aparecer bulto, llaga, herida incluso que no cicatrice y cambio de color de un lunar o verruga.
10. Consultar al médico en caso de trastornos persistentes como pérdida de peso injustificado, molestias gástricas y cambios de sus hábitos intestinales, tos, ronquera o dificultad al tragar.

Como vemos, muchos de estos parámetros están relacionados con el modo de vida familiar y cómo la familia sea capaz de transmitir a sus miembros el autocuidado y la responsabilidad por su salud, y promover hábitos de vida sanos para evitar conductas de riesgo.

La familia en el tratamiento de la enfermedad. La enfermedad es una condición psicológica del organismo, es una entidad que existe por sí misma y siempre va a estar acompañada de comportamiento psicológico.

Investigaciones muy recientes han determinado que toda enfermedad tiene una causa psicomática, pues lo psíquico participa de una forma u otra en la aparición o desarrollo de la enfermedad.

Toda enfermedad asume características peculiares en cada enfermo, lo cual va a estar relacionado con la percepción individual de los síntomas por el mismo y en sentido personal que tenga para él.

La expresión subjetiva de la enfermedad va a depender de:

1. Los valores familiares y sociales al asignar el rol del enfermo.
2. Los valores estereotipados y perjudicados establecidos al nivel individual y familiar en la decisión de búsqueda de ayuda profesional.

Deseabilidad social de las enfermedades expresada de una forma particular de autorrepresentación. Los autores L. Marcia y L. Rodríguez en su artículo El estrés de las enfermedades crónicas y el tratamiento médico consideran que la presencia de enfermedades crónicas puede constituir una situación estresante para el enfermo.

El tratamiento médico puede implicar un estrés adicional para el enfermo, en la medida en que le impone demandas que requieren un ajuste de mayor o menor envergadura, como sucede cuando debe lograr cambios físicos en su estilo de vida personal. En esos casos

se hace común y más evidente el papel de la familia en el cumplimiento del tratamiento médico.

La familia en el afrontamiento de la enfermedad de uno de sus miembros debe desarrollar una serie de actividades para que este resulte más efectivo; entre ellas:

1. Buscar información especializada acerca de la enfermedad, sus causas, consecuencias y métodos para su tratamiento.
2. Aprender los procedimientos específicos que ayuden a combatir la enfermedad.
3. Mantener dentro de los límites posibles las normas de conductas y habilidades que permitan minimizar la enfermedad y apoyar emocionalmente al miembro enfermo.
4. Crear un conjunto de alternativas de soluciones posibles en caso de empeorarse o prolongarse la enfermedad.

Algunos autores como Sean y Len consideran a la familia como el grupo igual para obtener apoyo social, por tener las características siguientes:

1. Énfasis en la responsabilidad, atención e interés mutuo.
2. Gran identificación mutua.
3. Énfasis más bien en la persona como ser único que en su rendimiento.
4. Interacción y comunicación cara a cara.
5. Asociación y lazos estrechos entre los miembros.
6. Entrega de apoyo, afecto, seguridad y respuesta.

A su vez -Caplan- expresa la autora, quien también considera a la familia como el sistema de apoyo mejor conocido y más generalizado en todas las sociedades, señala entre las características de los sistemas que en las relaciones con la persona, esta la considera un ser único, al que se le remunera por sus éxitos, y se estimula y apoya sin fracasar. El grupo familiar es sensible ante sus necesidades personales, que se consideran merecedoras del respeto y satisfacción.

Si bien resulta beneficioso que la familia brinde apoyo social al enfermo, se debe tener en consideración las verdaderas necesidades de este y tener presente que:

1. El enfermo puede sentir que recibe sin dar nada a cambio, lo que deteriora su autoestima y provoca sentimientos de minusvalía, esto afecta su autovaloración y le ocasiona limitaciones en sus relaciones interpersonales.
2. El enfermo puede ocultar sentimientos y preocupaciones para dar una imagen favorable y no disgustar a la familia.

Cuando el apoyo consiste en negar la enfermedad, por ejemplo, "Tú estás muy bien", puede reforzar la negación como mecanismo de afrontamiento del enfermo, y esto obstaculiza que este afronte su enfermedad con los consiguientes efectos negativos que tiene este hecho.

Según Fernando González, el óptimo funcionamiento del apoyo social implica:

1. Reconocimiento de la persona tal cual es.
2. Respeto a la expresión auténtica de su individualidad.
3. Que la persona sienta afecto en la comunicación.
4. Que la persona sienta la posibilidad de expresarse y ser considerada en las decisiones de ese marco relacional.

Solo teniendo en consideración los aspectos anteriores señalados, el apoyo emocional será realmente efectivo.

Para que la familia intervenga en todo el proceso de tratamiento de la enfermedad es necesario que movilice sus recursos familiares, es decir, que sea capaz en esta nueva situación de:

1. Mantener una unión física y emocional, al tomar las decisiones relacionadas con el afrontamiento adecuado de la enfermedad.
2. Cambiar la estructura de poder, salir solos si las condiciones lo requieren.
3. Transmitir sus ideas de forma clara y directa, para lograr una comunicación eficaz.
4. Expresar sus sentimientos y emociones positivas, para controlar la manifestación de los negativos en función de las demandas del enfermo.
5. Mantener el equilibrio entre los intereses de cada uno de sus miembros con los de la familia como sistema.
6. Cumplir cada miembro de la familia con las responsabilidades asignadas ante este nuevo evento vital.
7. Buscar y aceptar de otros familiares o instituciones especializadas, si la solución del problema va más allá de sus responsabilidades.

Estos recursos familiares expresados en forma de categoría-cohesión, adaptabilidad, comunicación, afectividad, armonía, roles y permeabilidad constituyen la manifestación del funcionamiento familiar. Estos influyen en la aparición y descompensación de las enfermedades crónicas, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo-salud.

La OMS en su artículo La salud y la familia considera que: "la salud del conjunto de los miembros es un hecho que está determinado por el funcionamiento efectivo de la familia como unidad biosocial en el contexto de una cultura y sociedad dadas".

No es difícil entonces darse cuenta de que cuando la familia pierde su capacidad funcional se produce un daño importante en cada uno de sus miembros y en la familia como grupo sistémico, lo cual afecta la salud familiar; esto es un proceso único e irrepetible con manifestaciones propias, que se caracteriza por:

1. No es la suma de la salud individual, sino que tiene un origen multicausal.
2. No es un estado estático, por el contrario, se encuentra en constante desarrollo y en él participa activamente cada miembro como subsistema que se encuentre en interacción con el sistema familiar.

Es el resultado del equilibrio armónico entre 3 componentes: la salud, los factores socioeconómicos y culturales, y el funcionamiento familiar, este último es el que desempeña un papel rector, pues expresa la relación dinámica y sistémica que se establece entre los miembros y la capacidad que tiene como grupo para afrontar crisis.

La salud familiar expresa la capacidad de la familia para optimizar sus recursos y disminuir su vulnerabilidad a los diferentes eventos vitales que tengan valor psicológico para ella, por tanto, la salud familiar adquiere carácter específico en cada núcleo familiar, aunque refleje regularidades generales.

La familia sana en el afrontamiento y tratamiento de la enfermedad es capaz de:

1. Experimentar bienestar y mostrar a sus integrantes el disfrute pleno de la vida, con objetivos bien orientados.
2. Autorregularse y mantener un funcionamiento adecuado que le permita afrontar los eventos vitales y crecerse ante las crisis.
3. Respetar y estimular el crecimiento individual de cada uno de sus miembros, para mantener la cohesión y armonía familiar.
4. Movilizarse por lograr un modo de vida sano, al implicar en esto, de forma activa, a cada uno de sus miembros.

La familia enferma no cuenta con estos recursos para afrontar una enfermedad, lo cual produce una crisis-salud del enfermo.

Si la familia como sistema está enferma, es incapaz de suplir las demandas de atención y afecto del miembro enfermo, pues la salud familiar constituye la base para afrontar de manera efectiva cualquier enfermedad.

La familia en el proceso de rehabilitación y muerte. El proceso salud-enfermedad es continuo y la pérdida de grados de salud llevan al hombre a la ganancia de grados de enfermedad, porque nada limita tanto la calidad de vida como experimentar en cada momento de las actividades diarias el progresivo y permanente acortamiento de las propias posibilidades. Se sufre en este caso con la experiencia de una involución que fácilmente puede afectar la autoestima y el sentido personal de la vida, lo que provoca estados o procesos depresivos.

La preocupación por la calidad de vida está presente en toda la historia natural de la enfermedad, pero es precisamente en los tratamientos y rehabilitación donde este concepto adquiere importancia vital, pues no basta alargar la vida del enfermo, ya que gran parte desea vivir y no meramente sobrevivir.

Si la calidad de vida es importante para aquel que pueda sanar, lo es más aún para aquel al que solo le queda la capacidad para disfrutar los aspectos positivos de cada momento presente.

Actualmente es incuestionable el papel de la familia en la rehabilitación del enfermo, la atención médica especializada (incluye la de enfermería) cuenta con ella para la reincorporación del paciente infartado, psiquiátrico y discapacitado.

Con frecuencia el enfermo asume una actitud negativa hacia la familia, se culpa por su estado actual y expresa de forma agresiva las frustraciones, necesidades y conflictos internos.

Este afrontamiento inadecuado de su incapacidad, unido a las propias limitaciones de la enfermedad, produce una crisis no transitoria al desorganizarse la estructura familiar.

De hecho, la familia trabaja para mejorar la calidad de vida de su enfermo, para reajustarlo a una nueva modalidad, pero en ocasiones adopta estilos de afrontamientos inadecuados y asume actitudes sobreprotectoras, negativistas, permisivas o de rechazo.

Todas estas respuestas inadecuadas a la situación actual del enfermo frenan su reincorporación a la vida social.

La familia en cuestión debe ser capaz de cuidar al enfermo y tratar, dentro de los límites que permita su enfermedad, mantener su autonomía y reincorporarlo lo más rápido posible a sus hábitos anteriores, para lo cual es necesario que el enfermo y su familia acepten su enfermedad y aprendan a vivir con sus limitaciones. Para poder alcanzar estos objetivos la familia debe proponerse:

1. Respeto ante todo a la individualidad del paciente.
2. Reestructurar el rol dentro de la familia, con vistas a disminuir las responsabilidades que sobre él existían, para modificar en caso necesario la jerarquía familiar.

3. Garantizar las necesidades económicas para que el enfermo no se sienta una carga para esta.
4. Motivarlo hacia la vida con intereses y objetivos bien definidos.
5. Implicarlo de forma activa a un proceso de rehabilitación.
6. Promover un nuevo estilo de vida para modificar, si es necesario, el modo de vida familiar.
7. Elevar las capacidades físicas y psíquicas presentes en él para disminuir su vulnerabilidad ante la enfermedad.
8. Proveerlo para lograr su mayor ajuste en las relaciones interpersonales, confianza y seguridad en sí mismo.

De esta forma la familia está garantizando la rápida recuperación del enfermo y la optimización de todas sus potencialidades.

Toda vez aceptada la enfermedad por el enfermo y su familia y creados los mecanismos de ajuste familiar, la familia ha crecido como sistema y ha sido capaz de superar las crisis, por lo que está en óptimas condiciones para funcionar como una familia sana.

La mayor pérdida de grados de salud se ve evidenciada en la muerte; antes de que este momento llegue, casi siempre lo preside un estadio terminal de la enfermedad, donde el enfermo asume determinadas características. Se trata en este caso de una persona a quien la inminencia de la muerte es temida como cierta y predecible a corto plazo, debido a que su enfermedad ya no puede ser curada, a pesar de haber recibido un tratamiento adecuado y para quien la terapia ha pasado de curativa a paliativa.

El objetivo de atención se centra en brindar apoyo y cuidados al enfermo, en las últimas fases de la enfermedad, de modo que pueda vivirla tan plena y confortable como sea posible; se trata de detener el deterioro prematuro de la calidad de vida.

La familia, al tener conocimiento de la evidencia de la muerte de su enfermo, atraviesa por varias etapas:

1. Negación. Asume una barrera del silencio artificial e incómoda entre los familiares, entre ellos el enfermo, lo cual de ser percibido por el enfermo le asegura sentimientos de inseguridad y desamparo, de esta manera no se siente apoyado por sus familiares.
2. Agresividad. Se manifiesta contra el equipo de salud o contra el médico que realizó el primer diagnóstico, durante esta etapa en la familia se pueden generar dificultades de las relaciones interpersonales, matizadas de agresividad y violencia en la comunicación.
3. Definición. Dolor que experimenta la familia y limita la expresión plena de sus efectos y emociones.

Ante esta situación, la familia debe ser capaz de buscar ayuda especializada para poder brindar apoyo al enfermo, este apoyo debe tener como objetivos:

1. Vivir a plenitud todos los momentos con el enfermo.
2. Establecer una comunicación clara y directa, y no evitar preguntas que generan curiosidad y angustias a este.
3. Transmitir afecto, esperanza y seguridad para satisfacer las demandas del enfermo.

La familia no acepta la muerte del enfermo, aun cuando esta es inminente, lo cual en él provoca en su interior sentimientos de furia, enojo, desesperación, aislamiento y soledad y se enfrenta a una crisis no transitoria por desmembramiento.

Este hecho se agrava en la familia cuando la ocurrencia de la muerte es de forma accidental y rápida, sin previo período de preparación para afrontarla.

La familia es la condición ideal para que ocurra la culminación del proceso de salud-enfermedad, en ella el enfermo ha nacido, crecido y desarrollado, como persona ha logrado más éxitos y fracasos, rodeado de apoyo, por tanto, él se sentirá tranquilo y seguro hasta el último instante de su vida.

Por último, debemos dejar expresado lo referente a la llamada concepción dinámica, en la cual se interpreta la salud y la enfermedad como un continuo cuyos extremos son, por un lado, la muerte y por el otro el óptimo de salud. Es en este momento cuando se introducen los términos de salud positiva y pérdida de salud.

Tratar este concepto debe tener presente que la muerte es evitable y que el óptimo de salud está en función del más alto nivel de capacidad y funcionamiento.

La zona neutra corresponde con el continuo, precisamente en los momentos de no precisión de síntomas y signos de enfermedad, es decir, la separación entre salud y enfermedad no es absoluta (Fig. 4.1), señalado por Gerardo Sánchez (1999) en Selección de Temas de Introducción a la Medicina General Integral.

La tendencia actual para denominar la salud y la enfermedad parten de consolidar ambos términos como proceso o fenómenos separados, que poseen movimiento interno, los cuales guardan con determinado grado de interdependencia sin necesidad que constituyan un proceso generalizado (Fig. 4.2).

Tendencias actuales, que proyectan nuevas concepciones teóricas y enfoques acerca de la salud, se desarrollan sobre la visión de la generación de salud como el propio estado natural del hombre. Una

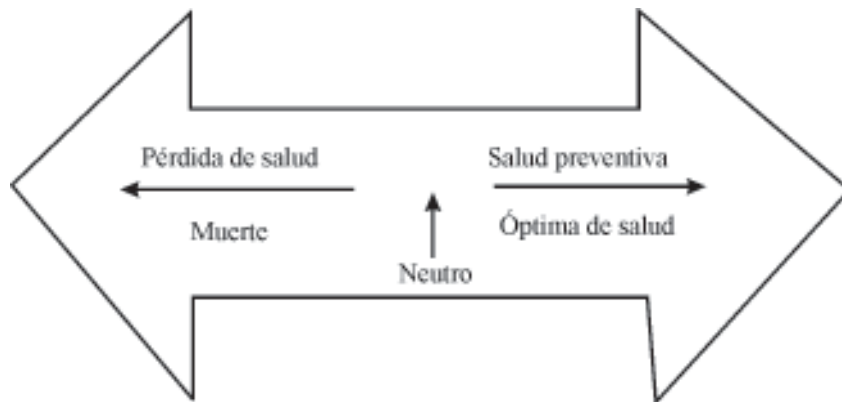


Fig. 4.1. Concepción dinámica salud-enfermedad.

de estas proyecciones llamada Semiología, busca desarrollar una nueva concepción de salud del hombre, renovadora y reestructurada con vista al futuro, y le da un rostro más humano al siglo XXI. Pretende llegar a sintetizar lo sociopsicobiológico, medio ambiente y médico, de un modelo de salud integradora de una cultura-humanismo del cual forman parte: el desarrollo de la salud del hombre, la racionalidad social y enajenación, ambiente saludable, familia matriz primaria de la salud y la enfermedad, formalidad y subjetividad, homeostasis, alimentación, cultura y la salud, salud clínica, embarazo sano, infancia saludable, envejecimiento sano y una nueva salud pública.

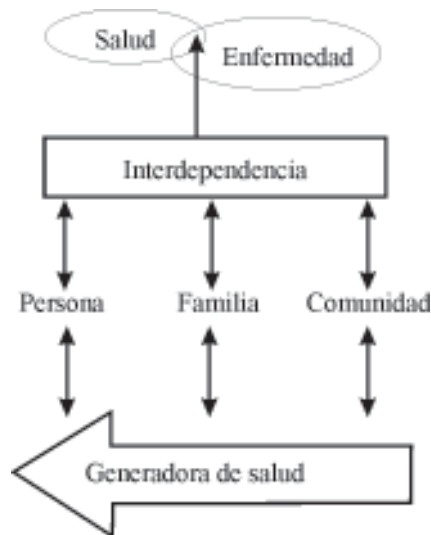


Fig. 4.2. Proceso generalizado salud-enfermedad.

Actualmente existen 2 conceptos que subrayan la estructura en que se basan los cuidados para la salud modernos, según Dugas en su libro Enfermería Práctica. El primer concepto es salud óptima o función óptima, con el propósito de los cuidados de la salud para cada persona; se basa en que toda persona tiene un nivel óptimo de funcionamiento, que representa su mejor bien posible. El segundo concep-

to básico -holismo- es lo referido a que la salud de una persona debe considerarse en término de su funcionamiento total, es decir, el hombre debe reconocerse como un todo, no es posible separar los componentes físicos, social y emocional de su salud; este concepto suele denominarse enfoque "holístico" para los cuidados de la salud.

A modo de conclusión debemos señalar lo expresado por Maricel Manfredi, Asesora Regional para la Educación en Enfermería de la Organización Panamericana de la Salud, en Trujillo, Perú, en 1998 en relación con la calidad de la práctica y la educación: "Los cambios al nivel de la práctica en cualquier orientación en la reforma de salud incluyen reducción de gastos, énfasis cada vez mayor en promoción de la salud, reducción del tiempo de hospitalización y aumento de la tecnología sofisticada. Los enfermeros volcarán su trabajo a las comunidades, las casas, escuelas, fábricas y otros diversos lugares y enfocarán su trabajo en personas sanas o enfermos crónicos, lo que sí será importante es que esta práctica de enfermería tendrá que mantener estándares rígidos de calidad. Dentro de una práctica basada en evidencias, los enfermeros poseerán datos que apunten a probar su contribución misma hacia resultados positivos en la salud".

"Debe iniciarse movimientos para la construcción de marcos conceptuales y teóricos, cuyos lineamientos estén acordes con la realidad latinoamericana, con enfoques de familia y colectividad, donde la relación: salud-enfermedad-contexto-desarrollo humano y participación social sean los pilares fundamentales".

Estos nuevos paradigmas de la Enfermería se vislumbran partiendo de los conceptos promoción y prevención de la salud, tomando en cuenta los siguientes aspectos:

1. Salud vista como componente y consecuencia del desarrollo humano.
2. La equidad como factor fundamental, al ser logrado por los servicios de salud y un medio para conseguir la responsabilidad social.
3. La participación social como elemento esencial del proceso para la construcción de un nuevo paradigma de salud en el cual el colectivo se convierte en sujeto y conductor del proceso.
4. La enfermera como facilitadora, asesora, promotora y evaluadora de la salud de la comunidad. La enfermera además deberá estar preparada para participar en el desarrollo de prácticas de salud; prácticas que se orienten al cambio estructural de nuestros sistemas de salud con el propósito de promover una atención adecuada y de calidad a toda la población. Debe entender y analizar los valores encubiertos que están por debajo de cada una de esas políticas; participando de ese análisis ella contribuirá a la definición de síntomas más equitativos y humanos.

Otro aspecto fundamental de las reformas de salud es la posibilidad de una práctica colaborativa entre médico y enfermera, que permitan un mejor trabajo en equipo, al mismo tiempo que este tipo de práctica le permita tener a la enfermera la autonomía necesaria dentro de una estructura apropiada de responsabilidad compartida en vez de una responsabilidad individual.

Bibliografía

- CIEM. Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba. La Habana Ed. Cagriayo SA, 2000.
- Cuba MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2000 La Habana: Ed. MINSAP-OPS. FNUAP. UNICEP, 2003.
- De la Llera Suárez E. Modo y Estilo de Vida. En: Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. Vol. I. Salud y Medicina. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2001.
- Díaz González E. La Familia en Proceso de Salud Enfermedad. En: Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. Vol. I. Salud y Medicina. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2001.
- Du Gas B. Tratado de Enfermería Práctica. 4ta. ed. México: Ed. Interamericana, 1986.
- Fenton Tait M. Manual de Enfermería General I y II. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 1990.
- Manfredi M. Retos en la Educación en Enfermería: Hacia el Siglo XXI. Trujillo, Perú, 1998.
- Rigol Ricardo O et al. Medicina General Integral. Tomo I. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 1985.
- Sánchez Santos L y cols. Introducción a la Medicina General Integral. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 1999.

UNIDAD 2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Nilda L. Bello Fernández y Marianelys Fernández Bello

Desde la antigüedad se reconoció la importancia de los registros demográficos. En el año 1259 a.n.e. se implantó en Egipto un sistema de registro de nacimientos y muertes, durante el reinado de Ramsés II.

Demografía

Es el estudio de las colectividades humanas, la estadística aplicada a estas.

Actualmente los registros demográficos constituyen una necesidad para los países en todas las esferas de desarrollo en general y en la salud pública en particular.

A mayor avance de un país, los requerimientos estadísticos se hacen más variados y complejos. Al respecto, nos referimos a lo señalado por Batista Moliner y Feul Cañisares en el capítulo VIII del texto Temas de Medicina General Integral, tomo I. La demografía se define como la ciencia que tiene por objeto el estudio de las poblaciones humanas, desde el punto de vista cualitativo: volumen, composición o estructura: movimientos territoriales, sociales y desarrollo.

Población. Es el conjunto de personas que se agrupan en determinado ámbito geográfico definido. Desde el punto de vista demográfico, en el análisis de la dinámica de la población se consideran 2 aspectos fundamentales:

1. La composición o estructura del conjunto de individuos que forman parte de ella, atendiendo a su distribución en categorías más o menos uniformes: edad, sexo, estado civil, ocupación, familiar, etc.
2. Los cambios o sucesos vitales ocurridos en las personas que integran esa población en un período y espacio dado, determinado por variables demográficas, fecundidad y migración.

Entre ambos aspectos se mantiene una estrecha interrelación que en la práctica hace imposible reformarlos al realizar un estudio de la población.

Desde el punto de vista epidemiológico y ecológico es importante, además, el componente ambiente.

El profesor Batista insiste que: "el concepto de población no puede separarse de las condiciones del ambiente en que la población vive, específicamente de los recursos, los resultados de la producción social y las características generales del medio físico: geografía, fenómenos naturales, clima, etc.; esto permite relacionar adecuadamente una población según la interrelación con el medio ambiente y las perspectivas reales que ese ambiente ofrece".

Son varias características que pueden definir, de forma integral desde el punto de vista ecológico, en una población humana que la convierten en una comunidad:

1. Cantidad de habitantes y estructura: por edad, sexo, actividad, etc.
2. Dinámica de la población: fecundidad, natalidad, migraciones; lo que determina que una población nace, crece, varía, envejece y muere.
3. Característica o atributos de grupo: cuando se ejerce a través de la persona: natalidad, mortalidad, densidad de población, crecimiento de la población, esperanza de vida y equilibrio demográfico y social.

4. Herencia genética: tiene un genoma que la condiciona y se distribuye en el grupo a través de cruzamientos endógenos -dentro del grupo- y exógeno -con otros grupos.
5. Legado cultural: se transmite a la descendencia (grupo social) a través de la educación, normas y valores de la sociedad.

La población se integra como grupo sobre la base de factores genéticos y de la interrelación ecológica población-ambiente.

La adaptación de la población se ejerce en 2 sentidos: del ambiente sobre la población y de esta sobre el ambiente.

Para el estudio de la población se parte habitualmente del análisis de su composición, mediante la agrupación de los individuos, según la presencia de varios atributos, como la edad, sexo, lugar de nacimiento, nivel de escolaridad, situación ocupacional, etc.

De esta forma es muy útil la representación gráfica de la estructura de la población por sexo y edad en la conocida pirámide de edades o pirámide de población, que no es más que la forma de un histograma de frecuencia de la distribución por edad y sexo de la población. La figura 4.3 muestra los cambios de la población cubana entre 1981 y 1999.

La pirámide de población aporta gran información para el análisis demográfico, pues la representación de cada rectángulo corresponde con la edad o el grupo de edad en uno u otro sexos y refleja el comportamiento de las 3 variables demográfica: fecundidad, mortalidad y migraciones.

Fecundidad

Es la capacidad de reproducción de los individuos. Constituye el aspecto real de desarrollo de una población, dado el número de nacimientos vivos que se producen (natalidad); debe diferenciarse de la fertilidad, que es el aspecto potencial de desarrollo, expresado en la capacidad de procreación de una población.

La fecundidad es el componente de cambio poblacional que más incide en el tamaño y la estructura por edades de una población. Una elevación en la fecundidad, durante determinado período, da lugar tanto al aumento en una tasa de crecimiento, como a un aumento en la proporción de personas en las edades más jóvenes, en relación con el total de población, lo que introduce un rejuvenecimiento en esta.

Aunque la fecundidad es un aspecto que concierna a uno y otro sexos, casi siempre su análisis se basa en la fecundidad femenina, teniendo en cuenta que está más definida e involucrada en un intervalo

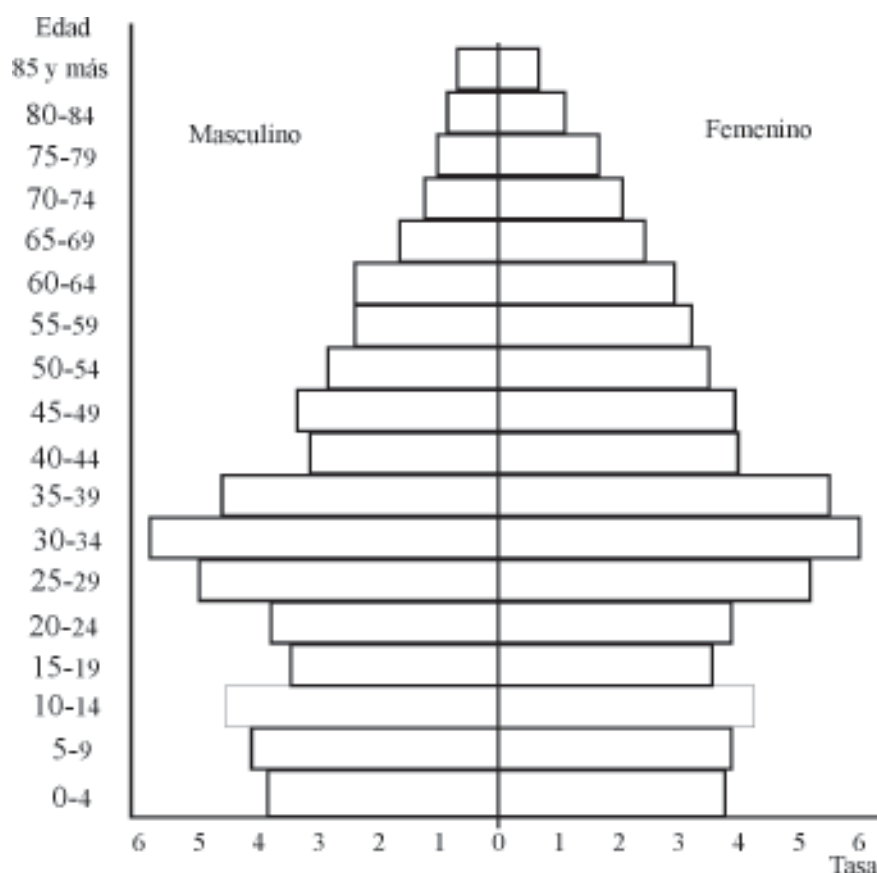


Fig. 4.3. Estructura de la población por edad y sexo. Cuba, 2002.

de tiempo, por lo general de 15 a 19 años (período fértil). De acuerdo con los estudios realizados, la fecundidad femenina se afecta por factores demográficos: edad y socioeconómicos (estado civil, escolaridad, urbanización, ocupación, hábitos y costumbres sociales); de manera que en muchos estudios se ha evidenciado que la fertilidad femenina es más alta mientras más bajo es el nivel de vida, lo que se comprueba claramente en la población rural.

Los principales indicadores de fecundidad son:

1. Tasa bruta de natalidad. Relación de los nacidos vivos y la población total en la mitad del período.
2. Tasa de fecundidad general. Relación entre nacimientos ocurridos en el año y la población media femenina en edad fértil de 15 a 44 años.
3. Tasa de fecundidad por edad. Relación entre el número de nacimientos, según edad de la madre y la población media femenina

de ese grupo de edad; permite conocer el aporte de cada grupo de edad al nivel de fecundidad de la población.

4. Tasa bruta de reproducción. Expresión del número de nacimientos femeninos, por observación empírica es generalmente de 0,4878.
5. Tasa neta de reproducción. Expresa el promedio de nacimientos femeninos por mujer, pero se toma en cuenta el riesgo de muerte desde el nacimiento de la cohorte hipotética de mujeres. Define las condiciones de reemplazo de una generación por la siguiente, es decir, la verdadera posibilidad de que las hijas efectúen el reemplazo generacional. Cuando la tasa es igual a 1, cada generación asegura integralmente su reemplazo, cuando es menor que 1, la generación no alcanza a reemplazarse.

Mortalidad

Es el resultado que determina la extensión de una generación y sustitución por otra. Es uno de los componentes fundamentales y determinantes del tamaño y composición por sexo y edad de las poblaciones.

Sobre la mortalidad ejercen su influencia varios grupos de factores:

1. Características biológicas
 - Sexo. Es superior el masculino durante casi toda la vida (sobre mortalidad masculina).
 - Edad. Elevada en los primeros momentos de la vida (primer año), muy baja en la adolescencia y juventud, y muy elevada en edades avanzadas (más de 60 años).
2. Organización social
 - Modo de producción.
 - Distribución de productos.
 - Desarrollo y organización de los servicios médicos.
3. Medicamentos
 - Clima.
 - Condiciones higiénicas y sanitarias.

Los casos de muerte pueden ser en general de 2 tipos:

1. Exógenas. Generadas por enfermedades del medio natural y social, enfermedades infecciosas y parasitarias, accidentes, etc., de mayor importancia en países subdesarrollados y en edades tempranas (niños y jóvenes).
2. Endógenas. Enfermedades provocadas por características biológicas de la persona: enfermedades cardiovasculares, cáncer,

senilidad son las causas más relevantes en países desarrollados y de edad avanzada como resultado de la prolongación de la vida y los procesos degenerativos.

Los principales indicadores de mortalidad son:

1. Tasa bruta de mortalidad. Relación entre el total de muertes ocurridas en un año y la población total a mitad de período; a veces promedio de 3 años.
2. Tasa específica de mortalidad. Relación entre las defunciones ocurridas en determinada edad y la población a mitad del año en esas edades.
3. Esperanza de vida al nacer. Se refiere al número de años que en promedio puede reunir una persona al momento de su nacimiento. Se considera el mejor indicador de mortalidad.
4. Años de vida potencialmente perdidos. Expresa los años de vida perdidos que se dejan de vivir en una población por determinada causa, de acuerdo con el número de años que puede vivir.

Migraciones

Es el movimiento que realiza la población y que implica un cambio de localidad (o país) y de residencia habitual, definido en un intervalo de determinado tiempo.

Es uno de los procesos demográficos que actúa más rápido en la composición y estructura de la población.

Los desplazamientos de la población tienen la finalidad de desarrollar diferentes actividades:

1. Educativas.
2. Ocupacionales.
3. Recreativas.
4. Personales (familiares).

Por lo general, la principal motivación de las migraciones de ese carácter económico es lo que implica diferencias socioeconómicas. Las segundas de más altos niveles de vida, mayor desarrollo, mejores oportunidades de empleo y servicios de educación, salud, recreación, etc.

Las migraciones pueden ser de 2 tipos:

1. Externas. Cuando el movimiento y cambio de residencia implica el traspaso de los límites del territorio, refiere a las fronteras de un país, se trata de migraciones internacionales.
2. Internas. Cuando el cambio de residencia se produce entre las localidades o divisiones político-administrativa de un territorio.

Se conoce como migrante a toda persona que realiza migración, al menos una vez en un intervalo de tiempo dado. Existen 2 tipos de migrante:

1. Inmigrante. El que llega a una localidad o país procedente de otro territorio y traslada hacia allá su residencia habitual.
2. Emigrante. Persona que sale de una localidad o país y traslada su residencia habitual a otro lugar de destino.

De esta forma se establece una migración neta, que no es más que el saldo migratorio; se obtiene mediante la deducción (restando) del total de emigrantes correspondiente (I-E). Este saldo será por tanto positivo cuando predominan los inmigrantes, y negativo en caso contrario.

Las migraciones por lo general son también diferenciales y selectivas por edad y sexo. Es común la migración entre los países subdesarrollados hacia los de mayor desarrollo de población masculina joven, entre 15 y 45 años, en gran medida personas calificadas en busca de ocupación y mejor remuneración.

La medición o cuantificación de la migración se realiza mediante la tasa de saldo migratorio, en la cual tomará valores positivo o negativo según sea el área estudiada, considerada como zona de atracción (positivo) o de rechazo (saldo negativo).

El índice de masculinidad total y por edades de una población, aunque no permite obtener la magnitud de migrantes, es también un indicador del fenómeno migratorio en una población.

El aumento o disminución de una población determina su crecimiento, y según las variables que influyen este crecimiento poblacional, puede ser de 2 tipos:

1. Vegetativo o natural. Cuando el cambio en la magnitud es determinado solo por la diferencia de los nacimientos y las muertes en un lugar o período dado.
2. Total o neto. Cuando la variación es diluida no solo entre nacimientos y muertes, sino también entre la entrada y salida de personas (migraciones) en el tiempo y espacio considerado.

Para medir el crecimiento de una población se utilizan las tasas de crecimiento aritmético y geométrico.

Al realizar un análisis de la estructura por edad de una población podemos distinguir 2 grupos extremos:

1. Población joven. Cerca del 45 % del total de los habitantes tienen menos de 20 años, es una población de altas natalidad y mortalidad. En la pirámide por edades presenta una base ancha, y rápida

disminución hacia la cúspide; se consideran por algunos el tipo de antiguo o población natural, por ser la característica de la población primitiva en la tierra, en su dinámica y es común en países más subdesarrollados.

2. Población vieja. Presenta alrededor del 25 % en los menores de 20 años. Se distingue por bajas natalidad y mortalidad en la pirámide de las edades, tiene una base estrecha y ensanchamiento en la cúspide; se llama población de tipo moderno, característico de los países desarrollados.

Entre estos 2 extremos se encuentran partes intermedias y en general poblaciones en proceso de envejecimiento, donde se puede observar una alta o mediana fecundidad y mediana o baja morbilidad, aunque la tendencia en ambas es a disminuir. Como resultado se produce la llamada explosión demográfica, que se observa en muchos países en desarrollo que han alcanzado algunos avances socioeconómico.

Estructura de la población por grupos de edades

Es la división de los habitantes de una zona o país por grupos de edades. Con el desarrollo socioeconómico de un país y el aumento de su nivel de salud se eleva el número absoluto y relativo, la cantidad de ancianos (65 o más), y disminuye el porcentaje de menores de 15 años.

Las variaciones que ha tenido la estructura de la población en Cuba se muestra en la tabla 4.1.

Tabla 4.1. Estructura de la población en Cuba

Grupos de edades	Porcentaje de la población total				
	Años				
	1953	1970	1983	2000	2003
0-14	36,3	37,0	28,6	22,2	20,9
15-64	59,4	57,1	63,8	64,9	64,7
65 o más	4,3	5,9	7,6	12	14,4

De esta manera se puede confirmar según Batista Moliner, que cada tipo de población se encuentra en una fase del desarrollo de la sociedad humana. En una primera etapa se observa una alta fecundidad y natalidad, que dan lugar a una población joven, en la cual el avance social y el desarrollo científico, particularmente la medicina y la salud pública, se produce una reducción de la mortalidad con alto nivel de fecundidad que da lugar a un crecimiento poblacional acelerado, y provoca la llamada explosión o boom demográfico (segunda etapa). En una tercera etapa se une a la baja mortalidad una baja fecundidad, esto trae como resultado una población envejecida, lo que es característico de países desarrollados. Este proceso se conoce como transición demográfica.

Bibliografía

- CIEM. Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba. La Habana: Ed. Cagriayo SA, 2000.
- Cuba. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2000. La Habana: MINSAP, OPS. FNUAP. UNICEP, 2003.
- De la Llera Suárez E. Modo y Estilo de Vida. En: Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral Volumen I Salud y Medicina. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2001.
- Díaz González E. La Familia en Proceso de Salud Enfermedad. En: Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral Volumen I Salud y Medicina. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2001.
- Du Gas B. Tratado de Enfermería Práctica. 4ta ed. Ed. México: Interamericana, 1986.
- Fenton Tait M. Manual de Enfermería General I y II. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 1990.
- Manfredi M. Retos en la Educación en Enfermería: Hacia el Siglo XXI. Perú Trujillo, 1998.
- Rigol Ricardo O. et al. Medicina General Integral tomo I. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 1985.
- Sánchez Santos L y colaboradores. Introducción a la Medicina General Integral. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 1999.

Proceso de Atención de Enfermería

UNIDAD 1. ORIGEN Y EVOLUCIÓN

Nilda L. Bello Fernández

Para cumplir sus cometidos fundamentales la Enfermería práctica o asistencial requiere la concepción y aplicación de un modelo o método, a partir del cual se puedan estructurar de una manera eficaz todas las intervenciones o actuaciones, desde el primer contacto con el paciente o individuo hasta la finalización de las actividades comprendidas dentro de su ámbito de responsabilidades. En la actualidad existe un modelo muy aceptado que corresponde con el método científico, considerado el más idóneo para la solución de problemas y/o la satisfacción de la persona, familia o comunidad, basado en una secuencia lógica:

1. La comprensión del problema.
2. La recogida de datos.
3. La formulación de hipótesis.
4. La comprobación de las conclusiones.

Todo ello materializado en un plan de cuidados. Al respecto, Baily considera que este método científico general, basado en el conocimiento precedente de la información y la experiencia, así como en la racionalización, aplicado al campo de la Enfermería hace posible los puntos esenciales siguientes:

1. Mejor aproximación a los problemas o necesidades del paciente.
2. Adecuado establecimiento de prioridades en todo lo referente las necesidades del paciente.
3. Adecuada formulación de las estrategias de actuación oportunas para cubrir las necesidades del paciente.
4. Máxima eficacia y continuidad en el trabajo asistencial.
5. Óptima coordinación de las diferentes intervenciones del equipo sanitario.

La concreción del establecimiento de una serie de pautas constituye el Proceso de Atención de Enfermería; se convierte en esencia en el método por el que se aplican las bases teóricas de Enfermería a la práctica profesional (tabla 5.1).

Tabla 5.1. Breve reseña histórica del Proceso de Atención de Enfermería

1860	Florence Nightingale	Describió la Enfermería y su entorno; expresó su condición de enfermería que requería conocimientos distintos a los conocimientos médicos
1952	Hildegard E. Peplau	Describe la enfermería como un proceso interpersonal entre la enfermera y el paciente, con necesidades afectadas y describe 4 fases, que aunque separadas, se relacionan unas con otras: orientación, identificación, exploración y resolución
1955	Lydia E. Hall	Lo describió como un proceso distinto
1959	Dorothy E. Johnson	Desarrollaron un proceso trifásico distinto, que contenía elementos rudimentarios del proceso de 5 fases
1960	Ida Jean Orlando (Pelletier)	
1963	Ernestine Wiedenbach	
1960	Faye Abdellah	Identificación de 21 problemas clínicos del paciente
	-	
1961	Ida Jean Orlando	Publicó su teoría
1967	H. Yura y M. Walsh	Crean el primer texto que describe un proceso de 4 fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación
1973	St. Louis University School of Nursing	Primera Conferencia Nacional. Clasificación de los diagnósticos de Enfermería
1973	ANA American Nurse's Association (Asociación Americana de Enfermería)	Aprobó y legitimó el término diagnóstico de Enfermería
1874	D. Bloch	
1975	Sor Callista Roy	Añadieron la fase de diagnóstico, lo que produjo un proceso de 5 fases
1976	M. Mundinger G. Jauron y Aspinall	
1978	NANDA	I Conferencia de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería)
1982	Marjory Gordon	Identifica los patrones funcionales de salud
Años 80	NANDA y ANA	Efectuaron: Nuevos diagnósticos de Enfermería Orientación hacia la salud Perfeccionamiento, convalidación a través de investigación
Años 90	NANDA y ANA	Perfeccionamiento de los diagnósticos de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería desde 1980 en varios países:

- Ha sido legitimado como sistema de la práctica de la enfermería profesional.
- Se utiliza como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia.
- Ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudios de Enfermería.
- Ha sido incluido en la definición de Enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de Enfermería.
- Recientemente se aplica a los exámenes de Licenciatura en los tribunales estatales.

Bibliografía

- Bello Fernández N, Fenton Tait M, Yera León A. Proceso de Atención de Enfermería. Necesidad de Cambio. Rev Cub Enf 1988;4(3):11-27.
- Bello Fernández N. Módulo Proceso de Atención de Enfermería. Maestría en Enfermería. Material digitalizado. La Habana, 2004.
- Colectivo de autores. Temas de Enfermería General (para estudiantes de la Licenciatura). Dirección Nacional de Docencia Superior. La Habana, 1982:77-79, 179-184.
- . Proceso de Atención de Enfermería. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Material Mimeografiado. La Habana, 2000.
- León Román C. Proceso Atención de Enfermería. Módulo I del Diplomado en Proceso de Enfermería. La Habana, 2003.

UNIDAD 2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. ORIGEN Y EVOLUCIÓN EN CUBA

Nilda L. Bello Fernández

Antecedentes

En nuestro país desde la década del 60 se viene trabajando en la búsqueda de nuevos métodos de trabajo con vista a elevar la calidad de la atención de Enfermería. En esta etapa se implantó el Plan de Cuidados de Enfermería o Plan de Atención, el cual se instrumentó mediante el Kardex para el cumplimiento de las indicaciones médicas y órdenes de Enfermería.

Al surgir la idea de la creación de la especialidad de Licenciatura en la Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana, en la actualidad Instituto Superior de Ciencias Médicas, se concebía la utilización de un método que pudiese ayudar a elevar el nivel de atención de los pacientes por parte del personal de Enfermería. Es por ello que en el año 1974 se decide crear una comisión para visitar Canadá. Esta comisión estaba constituida por:

1. Enfermera Especializada Dora Rodríguez Arriba, Jefa Nacional de Enfermería.
2. Enfermera Especializada Silvia Gómez Castro, Responsable de Docencia al Nivel Nacional.
3. Enfermera Especializada María C. Fenton Tait, Jefa de Enfermeras del Hospital Docente "Calixto García" (miembro de la comisión de plan de estudio), futura profesora de la carrera que se estaba gestando.
4. Licenciada Nilda L. Bello Fernández, miembro de la comisión de Plan de Estudio y futura profesora (única graduada universitaria en Colombia).

Se visitaron distintas universidades del país para conocer de la enseñanza universitaria de Enfermería, además de incluir hospitales de London, Ontario, Toronto, Ottawa y Montreal, así como clínicas y otros servicios de salud.

Se concretó que en algunas de estas universidades, fundamentalmente en London y Ontario, se utilizaba el método "solución problema"; se recogió bibliografía que existía y se planteó un convenio para que 2 enfermeras (posibles profesoras) se entrenaran mediante un curso de 3 meses en esa Universidad, el cual contaba fundamentalmente con la enseñanza de este método y su aplicación en la práctica de Enfermería.

Las 2 compañeras seleccionadas fueron Silvia Gómez Castro y María C. Fenton Tait; en el entrenamiento se pudo comprobar que:

1. Toda la enseñanza tenía por base el proceso de Enfermería.
2. En ocasiones era difícil separar sus pasos de los del proceso de solución de problema (como era llamada la asignatura en la carrera).
3. La literatura consultada no fue muy amplia, ya que era una práctica nueva en ese momento y nuestro basamento fundamental fueron los libros de Lucile Lewis Planeando la atención del paciente, editado en 1973, y de Marlene A. Glover Un enfoque sistémico hacia el Plan de Cuidados de Enfermería, editado en 1972.

4. Se concluyó que para enseñar el método solución-problema era necesario el proceso de Enfermería que nos llevaba al Plan de Cuidados de Enfermería.

Al regreso de las profesoras se decide efectuar un taller durante una semana, en el cual participarían compañeros del Grupo Nacional, Grupo Provincial y compañeros que participaban en la elaboración del plan de estudio, lo que redundó en valiosas observaciones y adaptaciones para los 2 procesos.

A pesar de la literatura consultada, traducida y modificada acorde con nuestra realidad, servicios e instituciones de salud, así como las características de nuestro pueblo hace que consideramos que estos procesos, como han sido impartidos hasta la fecha (1987), son genuinamente cubanos.

Se hace manifiesto el criterio de que esta forma de aplicación de los cuidados de Enfermería es planificada, científica y mejora mucho la atención al paciente, por cuanto aplica los pasos del método científico y fundamenta ser análisis con todas las ciencias biológicas, filosóficas y psicológicas entre otras; además, requiere de un conocimiento básico y garantiza la relación estrecha enfermera-paciente en su constante búsqueda de información por la enfermera y la valoración de los resultados de su actuación.

Se considera (desde 1976) que se debe continuar perfeccionando el método, adaptarlo más a nuestras realidades, hacerlo más ágil y factible para ser aplicado en nuestros servicios.

Descripción de los 2 métodos de Atención de Enfermería que nos precedieron

Comenzaremos definiendo el Proceso de Enfermería, el cual se enuncia: "se entiende por Proceso de Enfermería el conjunto de actividades sucesivas e interdependientes de la enfermera, dirigidas a ayudar al hombre sano a mantener su equilibrio con el medio y al enfermo a restaurar su equilibrio, acelerando su retorno al bienestar físico y mental".

También lo podemos describir como los pasos que da la enfermera para planear y dar cuidados de Enfermería. El proceso por el cual la enfermera identifica, planea e implementa el cuidado del paciente se divide en 3 etapas:

Avaluación. Es una fase compleja en la cual el dato concerniente al paciente se reúne y distribuye dentro de áreas problemas apropiadas. En la avaluación la enfermera recopila datos, identifica las necesidades y establece prioridades.

Intervención. Consiste en planear y brindar cuidados. Una vez conocidas las necesidades del paciente se formulan los objetivos de enfermería con un enunciado de expectativas, o sea, lo que se espera que el paciente logre como resultado de la atención de enfermería.

Se puede proponer un número de acciones para cada objetivo y de estas, la enfermera debe seleccionar aquellas acciones que parezcan más convenientes para el paciente como persona. Si esas alternativas seleccionadas no logran los objetivos como fueron planeados, entonces se iniciarán otras alternativas.

Evaluación. Es la fase del proceso de enfermería mediante la cual la enfermera usa un criterio medible para enterarse si los objetivos de enfermería se lograron. Si las acciones llenaron los objetivos, serán incluidas en el plan de cuidados del paciente; si las acciones seleccionadas no fueron apropiadas para los objetivos no serán mantenidas en el plan de cuidados, el paciente será reevaluado y se decidirán nuevas acciones de enfermería.

El Proceso de Enfermería está representado en la figura 5.1; a su vez existía una guía para la preparación del Proceso de Enfermería que se impartía durante el primer semestre de la carrera en la asignatura Enfermería General I, la cual servía para identificar necesidades afectadas en la persona sana o enferma. Se entrenaba al estudiante durante el período de encuentro con un caso simulado, y en período intensivo lo aplicaban en un caso real de un área de salud previamente seleccionada, al mismo tiempo aprendían a utilizar la Historia Clínica de Enfermería, documento que le sirve para obtener los datos para poder aplicar este método de actuación y se le enseñaba el plan de cuidados, documento donde se materializa el Proceso de Enfermería.

El otro método es el Proceso Solución-Problema (Fig. 5.2), cuya definición es: "solución-problema o método científico es una serie de pasos subsecuentes y lógicos que permiten definir y enunciar un problema, determinar métodos para lograr soluciones factibles y evaluar su efectividad". Se desarrolla en 4 etapas.

Recolección de datos. Esta primera etapa del proceso nos brinda las bases para plantear el problema, los datos que se recogen son tanto relevantes como no relevantes.

Al igual que en el Proceso de Enfermería la información se puede obtener de: la historia clínica de enfermería, la entrevista con el paciente y familiares, las observaciones de enfermería y otras fuentes.

Avaluación. Es la parte vital del proceso. La enfermera debe obtener una cantidad suficiente de información pertinente para realizar un diagnóstico de enfermería, a menos que los problemas estén correctamente determinados, no podrán ser solucionados.

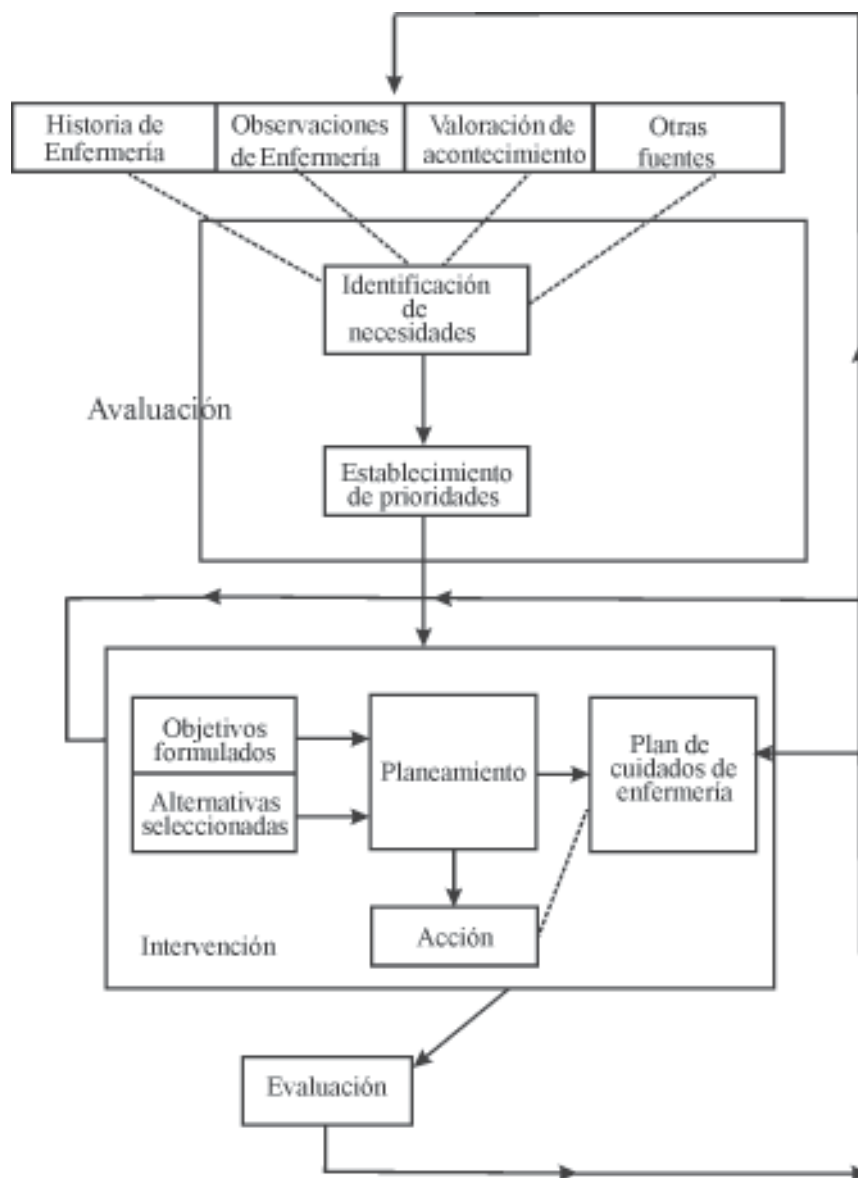


Fig. 5.1. Proceso de Enfermería.

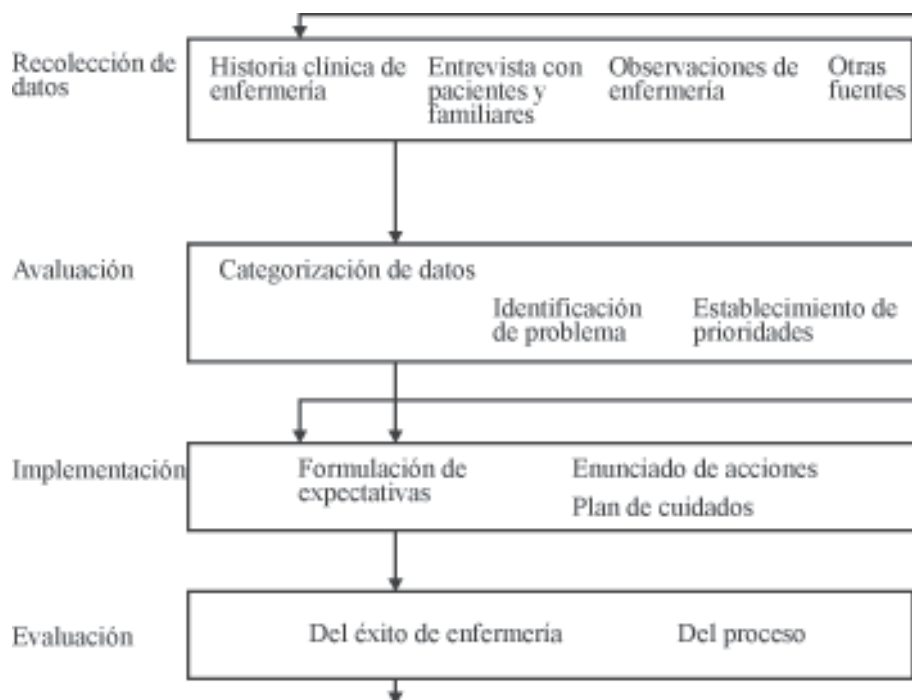


Fig. 5.2. Proceso solución-enfermedad.

Implementación. Es la etapa de formulación de expectativas, el tiempo o término y de enunciado de las acciones de enfermería, que serán llevadas al plan de cuidados.

Evaluación. Es la etapa final, se debe evaluar el éxito de la enfermera sobre la base de las respuestas esperadas en el paciente como resultado de los cuidados prescritos.

Proceso de Atención de Enfermería: un nuevo método

Comenzaremos señalando el enfoque sistémico en la atención de enfermería, pues el enfoque sistémico es analizado como "un método científico general" y se estudia su evolución dentro de la filosofía y las ciencias particulares, para situar su importancia como vehículo que posibilita los principios de la dialéctica en el conocimiento científico concreto.

En este enfoque la atención se concreta en las características del comportamiento del sistema como un todo en funcionamiento,

haciendo abstracción en alguna medida de la estructura interna de cada elemento funcional.

Con carácter sistemático en la atención debemos ver como un todo funcional un proceso que se da por pasos o etapas, concatenados y relacionados entre sí, que tenía como características una entrada, un procesador, un objetivo o finalidad, pero al mismo tiempo, debemos ver que estas etapas se producen en forma cíclica, recurrente y cada una de ellas es progresiva y está relacionada con las demás (Fig. 5.3).

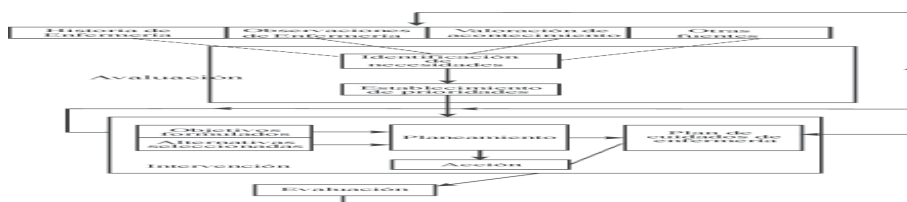


Fig. 5.3. Esquema resumen de ambos procesos (figs. 5.1 y 5.2).

El proceso para la asistencia adecuada en Enfermería ha sido aceptado como la esencia de la especialidad. Se trata de un enfoque deliberado que deviene un conjunto de actividades sucesivas e interdependientes de la enfermera, dirigidas a ayudar a la persona sana para mantener su equilibrio con el medio, y al enfermo para restaurar su equilibrio, acelerando su retorno al bienestar físico, social y mental.

También lo podemos describir como los pasos que realiza la enfermera para planear y dar cuidados de enfermería, pero al mismo tiempo, podemos ver que estas etapas se producen de forma cíclica, recurrente y cada una de ellas es progresiva y está relacionada con las demás (Fig. 5.4).

En el proceso de atención de enfermería estos pasos o etapas se han definido como: valoración, intervención y evaluación. Estas etapas fundamentales nos permiten describir el proceso de atención de enfermería de la manera siguiente:

1. Se realiza una valoración de la situación actual de salud-enfermedad que presenta el paciente, con el objetivo de arribar a un diagnóstico de enfermería, que nos permite definir el grado de dependencia del paciente, al nivel de atención de enfermería y las prioridades de dicha atención.
2. Se realiza la intervención cuando se efectúa la toma de decisiones, al formular expectativas u objetivos del paciente, determinar

los términos y las acciones de enfermería, seleccionando las alternativas que convengan al paciente, de acuerdo con la posibilidad, probabilidad y deseabilidad de este, todo lo cual se materializa en el Plan de Cuidados.

3. Se realiza la evaluación final de acuerdo con las observaciones de enfermería y registro de las respuestas del paciente. Se verifica si las acciones de enfermería satisfacen las expectativas u objetivos del paciente, para lo cual utiliza un criterio medible y un término establecido.



Fig. 5.4. Etapas del proceso de actuación de enfermería.

Si las acciones de enfermería respondieron los objetivos, se mantienen en el plan de cuidados, si no se alcanzan los objetivos por el paciente, como fueron planteados, entonces se decidirá una reevaluación y se trazarán nuevas acciones. Por tanto, el propósito fundamental de este proceso lleva implícito confeccionar un plan de cuidados individuales al paciente, que responda a sus necesidades o problemas, a los cuales el personal de enfermería debe ayudar a dar solución. (Fig. 5.5).

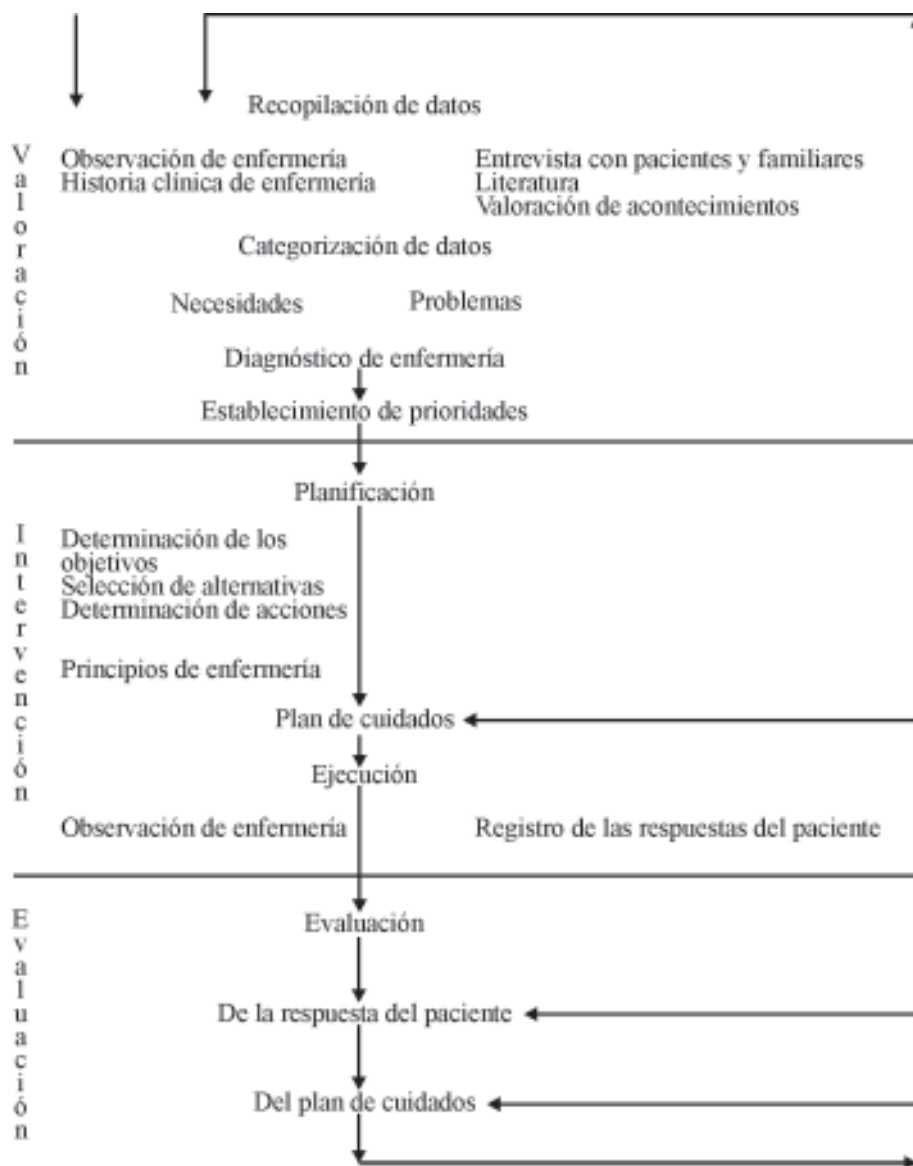


Fig. 5.5. Nuevo método del Proceso de Atención de Enfermería.

Las etapas del proceso de atención de enfermería son:

Valoración. Es la etapa en que se utiliza un método continuo, sistemático, crítico, ordenado y preciso, de reunir, comprobar, analizar o interpretar la información acerca de las necesidades o problemas que nos permite arribar al diagnóstico de enfermería, y después, establecer prioridades para la atención al paciente. Es una fase compleja, comienza en el primer encuentro de la enfermera con el paciente e implica:

1. Recopilación de datos a través de la historia clínica de enfermería y el examen físico del paciente.
2. La categorización de los datos que nos permite a través de la discriminación de estos, separarlos en positivos o negativos, y nos indica dónde radican las dificultades del paciente.
3. El diagnóstico de enfermería, al establecer qué problemas o necesidades afectadas presenta el paciente.
4. Establecer prioridades al determinar qué problema o necesidades del paciente atenderemos primero.

Debemos significar que con este nuevo método la enfermera trabaja con diagnósticos de enfermería priorizados, los que deberán mostrar las dificultades del paciente, cuyo potencial de resolución esté en manos del personal de enfermería, reflejando dicha dificultad y su causa, que lo diferencia de los métodos anteriores que significan las necesidades afectadas o problemas del paciente.

Intervención. Es la etapa en la cual la enfermera planea y brinda los cuidados. Conocido el diagnóstico de enfermería y establecidas las prioridades se procede en esta etapa anunciar los objetivos a corto, intermedio o largo plazo y las actividades de enfermería que son llevadas al plan de cuidados. De hecho se convierte en diagnóstico de enfermería en la base del plan de cuidados.

Al trazar los objetivos se establece el criterio de lo que se espera que el paciente logre en un tiempo proyectado, como resultado de la atención de enfermería. Una vez que los objetivos para el plan de cuidados han sido formulados, el próximo paso es idear varios enfoques de enfermería o seleccionar alternativas de acción.

Las respuestas del paciente son registradas. Si las alternativas seleccionadas no logran los objetivos como fueron planeados, se escogerán nuevos enfoques.

Evaluación. Es la etapa final del proceso en la cual la enfermera utiliza criterios para determinar las respuestas del paciente, como resultados de las actividades del tratamiento y el grado en que han sido alcanzados los objetivos propuestos. Para realizar la evaluación

debemos basarnos en el plan de cuidados y seguir como pautas específicas criterios de evaluación anunciados en las expectativas u objetivos, los cuales se fundamentan en el diagnóstico de enfermería y resultado de las acciones de enfermería.

Si las acciones seleccionadas no fueron apropiadas para los objetivos propuestos, no serán mantenidas en el plan de cuidados, se seleccionarán otras alternativas o se efectuará una reevaluación y de nuevo se realizará el ciclo o proceso de atención de enfermería.

En resumen, el proceso de atención de enfermería es un método científico para brindar cuidados de enfermería a personas sanas o enfermos, acorde con sus necesidades o problemas, para el cual es necesario partir de un diagnóstico de enfermería que sirva de base para la acción y se materializa en plan de cuidados.

La división del proceso en etapas y componentes sirve para subrayar las actividades esenciales de la especialidad, sin embargo, el personal de enfermería, al utilizar el método, debe recordar que este es clínico y las etapas o pasos son interrelacionadas, interdependientes y recurrentes, lo que refleja su carácter dinámico y continuo.

Por último, debemos aclarar que cuando hablamos de evaluación del proceso de atención de enfermería nos referimos a la evaluación de las tareas, funciones y actividades recogidas en el plan de cuidados del paciente.

A pesar de los 3 738 graduados en el país, en diciembre de 1990, no se había logrado aplicar en la práctica asistencial el Proceso de Atención de Enfermería; fue considerado: complicado, tedioso y problemático a pesar de las intenciones de los graduados para llamarlo a la práctica diaria.

En 1992, identificada la necesidad de buscar una forma simplificada para la aplicación práctica del Proceso de Atención de Enfermería, en coordinación con el Viceministerio de Docencia, se tomaron algunas medidas para solucionar las contradicciones existentes. En tal sentido se asignan 2 becas en la Universidad de Manitoba, Canadá, a las licenciadas Miriam Smille, Jefa de Enfermera del Hospital "Ernesto 'Che' Guevara" de Las Tunas y Belkis Feliú Escalona, Jefa de Enfermeras del Hospital Pediátrico "William Soler", donde uno de los objetivos fundamentales era la búsqueda de la experiencia práctica del Proceso de Atención de Enfermería, con los conocimientos adquiridos y apoyados en una extensa revisión bibliográfica; al respecto se creó una comisión nacional integrada por representantes de Docencia, Asistencia, de la Sociedad Cubana de Enfermería y del Grupo Nacional de Enfermería.

La primera tarea expone la metodología utilizada en los servicios en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y la forma simplificada en que este se utilizaba mediante el uso de la Historia Clínica del paciente. A partir de los criterios expresados por los asistentes se tomó el acuerdo de crear un grupo de trabajo, cuya tarea principal era fundamentar el método del Proceso de Atención de Enfermería y buscar la metodología simplificada acorde con las normas establecidas en nuestro país acerca del uso de la Historia Clínica, así se define el Proceso de Atención de Enfermería como método de trabajo en el modo científico de actuación de la enfermera:

1. Se establece la metodología para la recolección de datos a partir de la Historia Clínica, la enfermera identifica los problemas o necesidades afectadas en el paciente sobre la base de los patrones funcionales de la salud (taxonomía o categorías diagnósticas de enfermería).
2. Se elaboró ruta crítica de la actividad de enfermería en el enfermo y/o acompañante.
3. La evaluación del modo de actuación de enfermería con el enfermo y/o acompañante.

La propuesta se puso en fase de experimentación en el Hospital Pediátrico "William Soler" y el Hospital Clínicoquirúrgico "Hnos. Ameijeiras":

1. Se seleccionaron los servicios y el personal de enfermería.
2. Se efectuó adiestramiento al personal seleccionado.

Metodología para la implementación. Sobre la base de los aspectos siguientes:

1. Unificación de criterios entre el personal docente-asistencial.
2. Selección de servicios para su aplicación.
3. Realizar taller sobre aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.
4. Establecimiento de prioridades o selección de pacientes.
5. Efectuar discusiones de caso que contribuyan al ejercicio de identificación del diagnóstico de enfermería, las cuales deben ser tutorada por los profesores de la facultad.
6. La persona que escriba las órdenes de enfermería debe ser la de mayor calificación y en cada turno de trabajo.
7. La enfermera jefa de la sala es la máxima responsable de la ejecución de esta actividad.
8. El método no debe ser interrumpido los sábados, domingos y días festivos.

9. Dar a conocer a la administración de los servicios esta nueva norma para registrar la actuación de enfermería.
10. Apoyo de la Vicedirección de Enfermería a los servicios donde se aplique este método científico de enfermería.
11. Valorar los resultados mediante las auditorías para su posterior análisis.

Metodología para la aplicación. La esencia del Proceso de Atención de Enfermería en la práctica está dada en la forma de registrar la actuación profesional de enfermería en la Historia Clínica u otra documentación.

En 1996 comienza de forma general en el país la implementación práctica del Proceso de Atención de Enfermería y se incluye en la Carpeta Metodológica de Enfermería:

1. Evaluación de la respuesta del paciente.
2. Evaluaciones de enfermería.
3. Diagnóstico de enfermería (patrones funcionales de salud).
4. Ruta crítica de la actividad de enfermería con el enfermero y/o acompañante.
5. Evaluación del modo de actuación de enfermería con el enfermo y/o acompañante.
6. Auditorías concurrentes.
7. Auditorías retrospectivas.

Además señala:

1. Situación actual.
2. Objetivos del proceso.
3. Diferencias diagnóstico-médico y diagnóstico-enfermería.
4. Ventajas para el trabajo médico, para enfermería y para el paciente.
5. Papel del director del hospital.
6. Dificultades para su implantación.

En 1997, en el ISCM-H se elaboró un material sobre el Proceso de Atención de Enfermería (revisión bibliográfica para actualización) por las profesoras (todas licenciadas) del primer año de la Licenciatura en Enfermería:

- *Nilda L. Bello Fernández.*
- *María Luisa Machado Marquetty.*
- *Cristobalina Valdés Marrero.*
- *Hilda Enríquez Borges.*
- *Caridad Llanes Betancourt.*
- *Gloria González González.*
- *Gema Cordoví Díaz.*

Todos los aspectos esenciales según la Carpeta Metodológica referido al Proceso de Atención de Enfermería son:

1. Utilización de las taxonomías diagnósticas: respuestas humanas y patrones funcionales de salud.
2. Se enuncian expectativas, objetivos y resultados.
3. Se enuncian intervenciones y/u órdenes de enfermería.
4. Se priorizan intervenciones o acciones independientes.
5. Se establece el uso de Expediente Clínico o Historia Clínica del paciente, para enunciar el Plan de Cuidados del paciente.
6. Utilización de las categorías de Kalish para establecer prioridades en el paciente.
7. Se prioriza la individualidad del paciente.
8. Se aplica a personas, familia y comunidad.
9. Se publica el esquema actual del Proceso de Atención de Enfermería.

Para concluir esta unidad la tabla 5.2 muestra un resumen de los aspectos más importantes del Proceso de Atención de Enfermería.

Tabla 5.2. Esquema general del Proceso de Atención de Enfermería

Etapas	Fases	Componentes
Valoración	Recogida de datos	Recopilación de datos Documentación
	Diagnóstico de enfermería	Preparación de datos Formulación de diagnósticos Convalidación Documentación
	Planificación	Fijación de prioridades Redacción de resultados Desarrollo de intervenciones de enfermería Documentación
Intervención	Ejecución	Preparación Intervención de enfermería Documentación
	Respuestas humanas y plan de cuidados	Recogida de datos sobre el estado de salud del paciente Comparación de resultados Documentación

Bibliografías

- Bello Fernández N, Fenton Tait M, Yera León A. Proceso de Atención de Enfermería. Necesidad de Cambio. Rev Cub Enf 1988;4(3):11-27.
- Bello Fernández N. Módulo Proceso de Atención de Enfermería. Maestría en Enfermería. Material digitalizado. La Habana, 2004.
- Colectivo de autores. Temas de Enfermería General (para estudiantes de la Licenciatura) Dirección Nacional de Docencia Superior. La Habana, 1982:77-79, 179-184.
- Dirección Nacional de Enfermería. Carpeta Metodológica. La Habana, 1996:97-99.
- Enciclopedia de Enfermería. Vol. I. Fundamento Técnico. 1997:2,3.
- Feliú Escalona B, Estrada Muñoz R. Modelo de Atención de Enfermería Comunitaria. Cuba: Editorial Walsud, 1997:2-15,12-18.
- Grupo Nacional de Enfermería. Material de apoyo para Aplicación Práctica del Proceso de Atención de Enfermería en los distintos servicios del SNS. La Habana, 1994:4.
- Valdés Marrero C. Proceso Atención de Enfermería. Módulo V del Diplomado en Proceso de Enfermería. La Habana, 2004.

UNIDAD 3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ACTUALIDAD

Nilda L. Bello Fernández

Como señala Feliú en su libro Modelo de Atención de Enfermería Comunitaria, en 1997: "El proceso de atención de enfermería es el método por el que se aplica la base técnica de ejercicio de la especialidad; sirve de guía para el trabajo práctico, permite organizar precisamente observaciones e interpretaciones; proporciona la base para la investigación; hace más eficiente y efectiva la práctica, mantenimiento y situación de salud de la persona, la familia y la comunidad; exige del profesional capacidades cognoscitivas, técnicas y personales para cubrir las necesidades afectivas, y permite sintetizar conocimientos técnicos y prácticos para la realización de las intervenciones".

Definición

El proceso para la asistencia adecuada de enfermería cubana ha sido aceptado como la esencia de la especialidad.

El colectivo de autores del ISCM-H lo definen como: "un enfoque deliberado que deviene un conjunto de actividades sucesivas e interdependientes de la enfermera, dirigidas a ayudar al hombre sano a mantener el equilibrio con el medio ambiente y al enfermo a resta-

blecer su equilibrio, acelerando su retorno al bienestar físico, mental y social".

También podemos describirlo como la serie de pasos que la enfermera plantea para brindar cuidados de enfermería.

lyer lo plantea como: el sistema de prácticas de la enfermería, en el sentido que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas del cliente (paciente) o (persona) a los problemas reales o potenciales de salud.

Además, expresa que Yura y Wabh, en 1988, afirmaron que: "el Proceso de Enfermería es una serie de acciones señaladas y pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería: mantener el bienestar óptimo del cliente (aceptamos nosotros a paciente o persona sana) y, si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el Proceso de Enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, eliminando al máximo sus secuelas para conseguir elevar la calidad de vida al máximo durante el mayor tiempo posible".

El término "cliente" para nosotros es paciente, se utiliza para indicar a quien recibe los cuidados y puede ser persona, familia o comunidad.

El Proceso de Atención de Enfermería es el método por el cual se aplica la teoría a la práctica real. Entre sus principales dimensiones tenemos:

Propósito. Es proporcionar condiciones dentro de las cuales se pueden satisfacer las necesidades individuales del paciente, familia y comunidad.

Objetivos. Los objetivos de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería son:

1. Mejorar la calidad de atención al paciente, familia o comunidad.
2. Cambiar el modo de atención de enfermería.

Organización. Está constituida por 3 etapas:

1. Valoración.
2. Intervención.
3. Evaluación

Además presenta 5 fases:

1. Recogida de datos.
2. Diagnósticos de enfermería.
3. Planificación.

4. Ejecución (respuestas del paciente).
5. Plan de cuidados.

El Proceso de Atención de Enfermería consta de 15 componentes.

Es pertinente señalar que otros autores no expresan las 3 etapas que mantenemos en la implantación de nuestro Proceso de Atención de Enfermería, para la asistencia y enseñanza en centros docentes de nuestro país, se señalan 5 fases como se puede ver en el esquema general (tabla 5.2).

Valoración. Primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería.

Definición. La valoración es la etapa donde se utiliza un método continuo, sistemático, cíclico, ordenado y preciso de servir. Comparar, analizar e interpretar la información acerca de las necesidades afectadas, problemas o preocupaciones nos permiten arribar al diagnóstico de enfermería, el cual constituye el método eficaz de los problemas identificados y a su vez proporciona un foco central para el resto de las etapas.

Esta etapa es donde comienza la base de la relación enfermera(o)-paciente, enfermera(o)-familia y enfermera(o)-comunidad; su éxito depende de los conocimientos y capacidades del personal de enfermería para interpretar los datos; también influyen las creencias que tenga el enfermo sobre el proceso salud-enfermedad y la obtención de bienestar para estos. Esta etapa proporciona una base sólida que fomentan el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas o patrones funcionales (según taxonomía utilizada).

Intervención. Segunda etapa del Proceso de Atención de Enfermería.

Definición. La intervención consiste en planes y brindar cuidados una vez conocido el diagnóstico de enfermería en la etapa anterior; establece la determinación de las prioridades; se formulan los resultados u objetivos con un enunciado de expectativa en la conducta del paciente logre como producto de la atención de enfermería, mediante las interrelaciones y/u órdenes de enfermería en forma organizada en el plan de cuidado: la ejecución es el inicio y culminación de las acciones necesarias para corregir los resultados e incluye el resto de atención de enfermería en la documentación de la Historia Clínica.

Evaluación. Tercera etapa del Proceso de Atención de Enfermería.

Definición. La evaluación es la etapa final del Proceso de Atención de Enfermería. Se trata de un proceso continuo, y aunque se

identifica en la tercera etapa del proceso de atención de enfermería una parte integral en cada etapa.

En esta etapa se utilizan criterios medibles para determinar la comparación planificada y sistematizada entre el resultado de salud del paciente y los resultados planificados, al medir el progreso de la persona, familia y comunidad valoramos la efectividad del tratamiento de enfermería y el grado en que se han alcanzado los resultados.

Para realizar la evaluación debemos basarnos en el plan de cuidado, y seguir lo expresado en el criterio de evaluación enunciado en los resultados, los cuales se fundamentan en el diagnóstico de enfermería y la aplicación de las interacciones señaladas.

La evaluación cumple 3 funciones fundamentales:

1. El nivel de partido para los indicadores que nos interesan.
2. La motivación.
3. La retroalimentación.

Prioridades o características

Intencionado. Se puede describir como resuelto porque va dirigido a un objetivo. La enfermera utiliza los pasos del proceso para ofrecer una atención de calidad centrada en el paciente.

Dinámico. Implica un cambio continuo de la respuesta del paciente y a lo largo del tiempo, según su estado de salud.

Interactivo. Se basa en las relaciones recíprocas que ocurren entre la enfermera-paciente-familia y otros profesionales de la salud. Este componente garantiza la individualidad de los cuidados del paciente.

Sistemático. Implica la utilización de un enfoque organizado para lograr su propósito. Este método deliberado fomenta la calidad de enfermería y evita los problemas a los cuidados tradicionales administrativos.

Flexible. Se adapta al ejercicio profesional en cualquier ámbito de actuación, y se puede usar fases de forma sucesiva y constante.

Posee una base teórica. Se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos que incluye las ciencias humanas, se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

Requisitos previos. En la aplicación del proceso de atención de enfermería se incluyen las convicciones creencias y opiniones, conocimientos, habilidades o capacidad del profesional de enfermería. Las convicciones, creencias u opiniones y los conocimientos de la enfermera constituyen la base de las interacciones enfermera-paciente, enfermera-familia o enfermera-comunidad; los conocimientos, habilidades o capacidades son los instrumentos que permiten a la profesional de enfermería obtener datos, determinar su importancia,

desarrollar intervenciones que favorezcan la atención de enfermería individualizada, evaluar la eficacia del plan de cuidado e iniciar cambios que aseguren que el paciente, familia o comunidad reciban una atención de calidad.

Convicciones, creencias u opiniones. Entre ellas se encuentra la filosofía sobre la enfermería, salud y el paciente como persona y consumidor de la atención sanitaria, así como las interacciones entre estos factores.

Conocimientos. El Proceso de Atención de Enfermería exige a la enfermera poseer extensos conocimientos de varias disciplinas. Se espera que la enfermera domine conceptos básicos de: Anatomía, Fisiología, Química, Microbiología, Nutrición y Psicología; dichos conocimientos constituyen la base científica para: valorar el estado fisiológico y psicológico del individuo, familia o comunidad; identificar los diagnósticos de enfermería (respuestas humanas o patrones funcionales) ante los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad; identificar factores que contribuyen a su frecuencia; seleccionar las actuaciones de enfermería individualizadas con más posibilidades de ser eficaces, y evaluar la eficacia de las actuaciones de enfermería.

Capacidades o habilidades. Son necesarias varias capacidades o habilidades para ejecutar el Proceso de Atención de Enfermería, que están relacionadas con la base de conocimientos y pueden ser de naturaleza técnicas o interpersonal.

Las capacidades o habilidades técnicas implican procedimientos y técnicas específicas que le permiten a la enfermera recoger datos, desarrollar, ejecutar y valorar el plan de cuidados. Algunas están relacionadas con el uso de material como estetoscopio, esfigmomanómetro y termómetro para la medición de los signos vitales; otras necesitan la realización de procedimientos como administración de medicamentos, la colocación y cambio de posición.

Las habilidades y capacidades interpersonales son importantes durante toda la etapa del Proceso de Atención de Enfermería. En el proceso comunicativo-interactivo la enfermera tiene que tener muy desarrolladas las capacidades comunicativas verbales y no verbales, y facilitarle el desarrollo de relaciones positivas para:

1. Determinar las prioridades del paciente o familia.
2. Identificar los problemas de enfermería.
3. Crear un ambiente terapéutico donde pueda alcanzar resultados.

Ventajas. El Proceso de Atención de Enfermería tiene ventaja para el paciente, para el trabajo médico y de enfermería.

Para el paciente:

1. Recibe una atención individualizada.
2. Estimula la participación activa del paciente en sus cuidados.
3. Identifica sus problemas y necesidades con acciones concretas para resolverlas.
4. Propicia continuidad en los cuidados.

Para el trabajo médico:

1. Los datos obtenidos en el Proceso de Atención de Enfermería ayudan al médico en la valoración del enfermo.
2. Conoce el desempeño profesional y técnico de la enfermera(o).

Para enfermería:

1. Contribuye al desarrollo científico-técnico.
2. Proporciona satisfacción profesional.
3. Motiva el estudio y la consulta con otros profesionales.
4. Muestra de forma concreta el campo de actuación del ejercicio de la enfermería y define su papel ante el paciente y otros profesionales.

Ruta crítica de la actividad de enfermería en la utilización de este método:

Actividades

Forma de realizarse.

Base de datos

Recibir al paciente al ingreso o turno
Realizar entrevistas, examen físico y
revisión del expediente clínico
Confección de la hoja de datos básicos
de enfermería.

Nota de evolución

Anotar en la hoja de evolución diaria-
mente
Datos sugestivos
La información reportada por el pacien-
te y/o acompañante
Datos objetivos
Obtención de la Historia Clínica, obser-
vación y datos significativos de investi-
gación
Diagnóstico de enfermería
Expectativas (mediante la acción y el
criterio de evaluación).

Plan de actividades

Plasmar en la hoja de indicaciones: las
órdenes de enfermería (acciones inde-

	pendientes) que respondan al qué y cuándo.
Nota de resumen	Realizar la evolución de las respuestas del paciente al finalizar cada turno o el alta, en esta última se plasman los cuidados de seguimientos.

Razonamiento crítico y proceso de enfermería

En la práctica profesional el enfermero(a) toma decisiones intencionadas y dirigidas a su objetivo. El razonamiento crítico consiste en dudar las suposiciones; en la práctica de enfermería se utilizará un proceso de razonamiento similar para tomar las decisiones profesionales, se exigirá que reúna los datos y que defina con precisión los problemas.

Este enfoque de razonamiento crítico se basa en el método científico, y reduce las limitaciones impuestas cuando sus opiniones, valores o sentimientos influyen en el proceso de razonamiento; el uso constante de las capacidades de razonamiento crítico perfectamente desarrollado aumenta las posibilidades de éxito en la práctica de enfermería y los resultados positivos para sus pacientes del razonamiento crítico.

Definición. Existen diversas definiciones para el razonamiento crítico, Kurfiiss, en 1988, lo definió como: "una investigación cuyo objetivo es examinar una situación, fenómeno, una duda o un problema para llegar a una hipótesis o conclusión acerca de ello, que integre toda la información disponible y que por tanto se pueda justificar de forma convincente".

Al mismo tiempo, Ennis, 1995 lo definió: "razonamiento lógico y reflexivo en relación con lo que hacemos u opinamos.

Watson y Glaser (1980) lo describieron con los componentes siguientes:

1. Definición del problema.
2. Selección de la información pertinente para su solución.
3. Reconocimiento de las suposiciones planteadas y no planteadas.
4. Formulación y selección de la hipótesis pertinentes.
5. Obtención de conclusiones.
6. Juzgar la validez de las conclusiones.

Los profesionales de enfermería que tienen más éxitos con el uso del razonamiento crítico son: lógicos, competentes, flexibles y creativos; además de utilizar la iniciativa, se comunican de forma eficaz.

Bibliografías

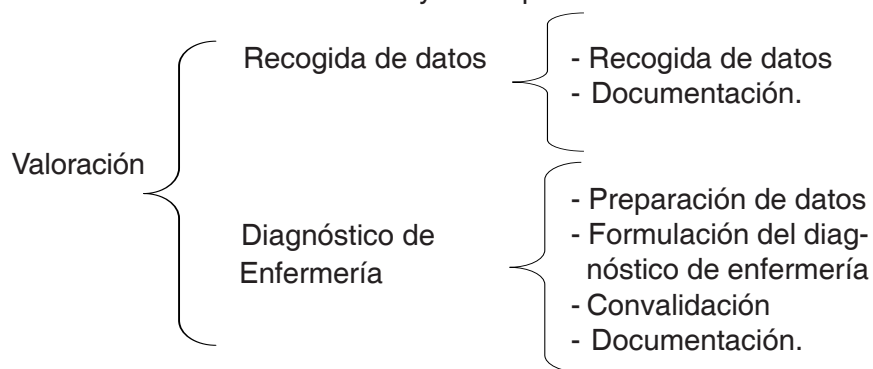
- Bello Fernández N, Fenton Tait M, Yera León A. Proceso de Atención de Enfermería. Necesidad de Cambio. Rev Cub Enf. 4 (3) 1988:11-27.
- Bello Fernández N. Módulo Proceso de Atención de Enfermería. Maestría en enfermería. La Habana. Material digitalizado, 2004.
- Colectivo de autores. Proceso de Atención de Enfermería. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana. Material mimeografiado, 2000.
- Colectivo de autores. Temas de Enfermería General (para estudiantes de la Licenciatura) Dirección Nacional de Docencia Superior. La Habana, 1982:77-79-179-184.
- Dirección Nacional Enfermería. Carpeta Metodológica. La Habana, 1996-1999.
- Enciclopedia de Enfermería. Vol. I. Fundamento Técnico. 1997:2-3.
- Feliú Escalona B, Estrada Muñoz R. Modelo de Atención de Enfermería Comunitaria Cuba: Ed. Walsud, 1997:2/15-12/18.
- Grupo Nacional de Enfermería. Material de apoyo para la Aplicación Práctica del Proceso de Atención de Enfermería en los distintos servicios del SNS. La Habana, 1994:4.
- Iyer PW y colaboradores. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3ra ed. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1997.
- León Román C. Proceso Atención de Enfermería. Módulo I del Diplomado en Proceso de Enfermería. La Habana, 2003.
- Valdés Marrero C. Proceso Atención de Enfermería. Módulo V del Diplomado en Proceso de Enfermería. La Habana, 2000.

Primera Etapa del Proceso de Atención de Enfermería

UNIDAD 1. VALORACIÓN

Nilda L. Bello Fernández y Marianelys Fernández Bello

La valoración es la primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería. Consta de 2 fases y 6 complementos:



Recogida de datos

Dentro del contexto de la Valoración de Enfermería, los datos podrán definirse como información específica que se obtiene de un paciente, familiares o comunidad. Estos datos pueden ser de 4 tipos:

1. Subjetivo.
2. Objetivo.
3. Histórico.
4. Actuales.

Datos subjetivos. Se podrán describir como la visión que la persona tiene de una situación o algunos acontecimientos. Incluye las percepciones, sentimiento e ideas del paciente sobre sí mismo, y valora el estado de salud personal.

Estos pueden ser las descripciones que hace el paciente de la debilidad, la frustración, el dolor, las náuseas o el desconcierto; proporcionadas por fuentes diferentes al paciente, familia y otros miembros del equipo que pueden ser considerados como subjetivos, si se basa en la opinión de cada uno y no en estar justificado por hechos.

Datos objetivos. Es la información observable y mensurable, se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración física del paciente. Entre ellos están la frecuencia respiratoria, frecuencias de edemas, el peso y la presión arterial.

Otra consideración que se debe tener en cuenta es cuándo se describen los datos, que es el elemento tiempo. Según Bellack y Bamfrod (1984), en este contexto los datos pueden ser históricos y actuales.

Datos históricos. Son aquellos diferentes a hechos ocasionados con anterioridad al momento presente, podrán incluir hospitalizaciones, patrones normales de eliminación o enfermedades crónicas.

Datos actuales. Se refieren a los hechos o situaciones que presenta el paciente, familia o comunidad en el momento de la valoración.

Fuentes de datos. Durante esta etapa los datos que se recogen de distintas fuentes, cuando se pueden obtener del propio paciente (fuente primaria) o de familiares u otros profesionales (fuente secundaria).

Fuentes primarias (paciente). Se utiliza para obtener datos subjetivos y existen aspectos que el puede hacer con mayor exactitud:

1. Compartir percepciones, sentimientos, sensaciones permanentes sobre la salud y enfermedad.
2. Identificar objetivos o problemas individuales.
3. Consolidar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento.

Fuentes secundarias. Información acerca del paciente, obtenida de otra persona, documentos o registros.

Iyer en su libro *Proceso y Diagnóstico de Enfermería* expresa en relación con la directriz y valoración: el personal de enfermería recopila los datos de salud y señala criterios de determinación:

1. La prioridad en la recogida de datos está determinada por la situación o necesidades inmediatas del cliente (paciente).
2. Los datos pertinentes se resumen mediante el uso de técnicas de valoración adecuadas.
3. En la recopilación de datos intervienen el paciente, seres queridos y prestadores de atención sanitaria cuando se concibe oportuno.
4. El proceso de recogida de datos es sistemático y continuo.
5. Los datos importante se documentan en forma recuperable.

Esta directriz invalida en nuestro caso establecer prioridades desde la recogida de datos (señala Iyer); pueden identificar muchas

respuestas parciales del cliente (paciente) que exigen una intervención de enfermería. La valoración de cada una de ellas puede ser poco válida o difícil de manejar, por tanto será preciso establecer un sistema para determinar qué datos deben reunirse en primer lugar. Uno de estos mecanismos es la jerarquía de necesidades humanas.

Es necesario precisar la utilización de la jerarquía de Kalish (1983), pues este autor mejoró las establecidas por Maslov, y dividió las necesidades de supervivencia y necesidades de estimulación; esta división resulta especialmente útil para que el personal de enfermería establezca prioridades en la recogida de datos (Fig. 6.1):

1. Supervivencia.
2. Estimulación.
3. Inocuidad-seguridad.
4. Sociales.
5. Estima.
6. Autorrealización.

La supervivencia y la estimulación constituyen necesidades fisiológicas.

A continuación señalaremos algunos ejemplos que reflejan las necesidades de supervivencia:



1 Supervivencia } Necesidades fisiológicas
 2 Estimulación }
 3 Inocuidad-Seguridad
 5 Estima
 6 Autorrealización

Fig. 6.1. Establecimiento de prioridades sobre la base de las necesidades.

Necesidades de supervivencia	Datos de valoración
1. Alimentos	Anorexia, falta de interés por la comida, pérdida o ganancia de peso, alteraciones en el sentido del gusto.
2. Aire	Disnea, cianosis, confusión, gasometría anormal, intranquilidad, retención de secreciones.
3. Temperatura	Elevación o descenso de la temperatura corporal, escalofrío, rubor, piel fría o caliente y sudación.
4. Agua	Sequedad de la piel, sed, náuseas y debilidad, vómitos persistentes o edemas.
5. Eliminación	Diarreas, estreñimiento, disuria, distensión abdominal, aumento o disminución de los ruidos intestinales.
6. Descanso	Fatiga al despertar, ojeras, cefalea, dificultad para concentrarse e irritabilidad.
7. Dolor	Gesticulaciones apreciable en área dolorida, informes de dolor, cambios de posturas o la marcha.

Algunos ejemplos que reflejan las necesidades de estimulación:

Necesidades de estimulación	Datos de valoración
1. Sexo	Disminución de las secreciones vaginales, disminución o ausencia del deseo sexual o impotencia.
2. Actividad	Quejas de aburrimiento, intranquilidad, incapacidad para participar en las aficiones habituales.
3. Exploración	Amplitud de movimientos limitada, desgano para intentar moverse, caídas o traspies.
4. Manipulación	Solicita ayuda para bañarse, para el aseo personal, para vestirse, para coger un juguete al niño.

5. Innovación	Falta de atención, sueña despierto, cambios en las respuestas habituales a estímulos y disminución de la sensibilidad al olfato.
---------------	--

Ejemplos que reflejan la necesidad de seguridad o inocuidad:

Necesidad de seguridad o inocuidad	Datos de valoración
1. Inocuidad	Recursos económicos insuficientes, falta de alimentos, expresión de temor al nuevo ambiente.
2. Seguridad	Falta de educación sobre seguridad, caídas en casa, disminución de la capacidad motora o sensorial.
3. Protección	Recuento leucocitario disminuido, abuso de uno mismo o de los demás, incapacidad manifiesta para protegerse.

Ejemplos que reflejan las necesidades de amor y pertenencia:

Necesidades de amor y pertenencia	Datos de valoración
1. Amor	Ausencia de unión entre madre e hijo, depresión tras la pérdida de un ser querido.
2. Pertenencia	Separación de la familia, discrepancia manifiesta entre el sujeto y los demás, alteración en las interacciones interpersonales.
3. Proximidad	Aislamiento debido al proceso de la enfermedad, separación o divorcio reciente y hospitalización prolongada.

Algunos ejemplos de datos de valoración que reflejan las necesidades de estima:

Necesidades de estima
Estima

Datos de valoración
Manifestación de autoanulación, expresiones de vergüenza o culpa, ausencia de contacto visual, conducta de falta de energía o pasiva, dificultad para tomar decisiones, apatía, evitación de conflictos.

Algunos ejemplos de datos de valoración de enfermería que reflejan las necesidades de autorrealización:

Necesidades de autorrealización
Autorrealización

Datos de valoración
Preocupación manifestada por conflictos de roles, cambios en la autopercepción y limitaciones físicas que afectan las funciones de los roles, preocupación acerca del patrón de responsabilidad habitual, interrupción en las rutinas de la prestación de cuidados, pérdida del control percibida, rechazo a participar en actividades periódicas, período largo de negación o enfado por los cambios en el estado de vida.

La ampliación de Kalish del modelo de Maslow ayuda al profesional de enfermería a diferenciar, con mayor calidad, los niveles de necesidades fisiológicas. Casi siempre los pacientes van escalando en las jerarquías de las necesidades, es decir, satisfacer las necesidades de supervivencia antes de concentrarse en las de seguridad o estima; sin embargo, es importante señalar la posibilidad de que los pacientes tengan necesidades no satisfechas en más de un nivel al mismo tiempo. No es necesario que las necesidades del nivel más bajo estén completamente resueltas antes que el paciente comience a enfrentarse a necesidades de nivel más alto.

Métodos de recogida de datos

Los métodos para la recogida de datos son 3:

1. La observación.

2. La entrevista.
3. La exploración.

Se deben utilizar en este mismo orden, ello permitirá un desarrollo lógico en la recogida e integración de la información acerca del paciente, personal allegado, entorno y relaciones existente entre estas 3 variables por parte del profesional de enfermería, para facilitar con ello el contraste, la comprobación y el análisis profundo de los datos que conducen a formular los diagnósticos con mayor eficacia.

Con la observación obtendremos una visión general de cada uno de los aspectos del individuo. Con el interrogatorio trataremos de determinar más los aspectos detectados en la observación y surgirán otros aspectos nuevos que se deberán profundizar. Por último, en la exploración física concretamos el nivel de respuesta del individuo, así como la comparación de los diferentes datos que se han ido obteniendo. Alterar el orden para los diferentes métodos de recogida de datos no hará más que proporcionar los datos de manera diferente, esta dificulta la finalidad de la recogida de datos.

Bibliografía

- Bello Fernández N. Módulo Proceso de Atención de Enfermería. Maestría en enfermería. Material digitalizado, 2004.
- Benavent Garcés A, Francisco del Rey C, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de Enfermería. Capítulo 9. Madrid, España: Ediciones DAE, 2001.
- Colectivo de autores. Proceso de Atención de Enfermería. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Material Mimeográfico, 1995.
- Colectivo de autores. Temas de Enfermería General (para estudiantes de la Licenciatura) La Habana: Dirección Nacional de Docencia Superior, 1982:77-79, 179-184.
- Kosental M, Indin P. Diccionario Filosófico. Argentina: Ediciones Universo, 1973.
- Del Toro M, Gisbert. Diccionario Pequeño Larrouse Ilustrado. Ediciones Revolucionarias del Ministerio de Educación. Instituto Cubano del Libro, 1968.
- Enciclopedia de Enfermería. Vol. I. Fundamento Técnica. 1997.pp.2/3
- Feliú Escalona B, Estrada Muñoz R. Modelo de Atención de Enfermería Comunitaria. Editorial Walsud, 1997:2/15-12/18.
- Amparo B, Garcías EF, Ferrandis CF, Del Rey. Fundamentos de Enfermería. España, Enero, 2001.
- Iyer PW y Cols. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3era. Edición. Edición Mc.Graw-Hill Interamericana, 1997.
- Iyer PB, Taptich BG. Proceso y Diagnóstico de Enfermería . Editorial Mc Graw. Hill. Interamericana .1997
- León Román C. Proceso Atención de Enfermería. Módulo I del Diplomado en Proceso de Enfermería. La Habana .2003
- Marriner Tomey A. Railes Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería España: Edición Harcourt, 1999.
- Rodríguez Rodero S. Teoría y Modelos de Enfermería. Marco Conceptual en: Fun-

damentos de Enfermería en la Atención Especializada. Editora Síntesis SA. España, 1996.
Valdés Marrero C. Proceso Atención de Enfermería. Módulo V del Diplomado en Proceso de Enfermería. La Habana, 2004

UNIDAD 2. MÉTODOS PRINCIPALES PARA EL EXAMEN FÍSICO

Olga Rivero González

Existen 3 métodos principales para obtener información durante la valoración de enfermería.

Observación sistemática

Consiste en el uso de los sentidos para obtener información acerca del paciente, sus seres queridos, el entorno y las interacciones entre estas 3 variables. La observación es una habilidad que exige disciplina y práctica por su parte; exige una amplia base de conocimientos y el uso consciente de los sentidos (vista, olfato y sensibilidad).

La observación identificada por los sentidos puede ser indicios positivos o negativos en un determinado paciente, ejemplo, el llanto puede considerarse una expresión positiva de duelo en los padres de un niño con enfermedad terminal; el olor a perfume puede indicar progreso en una mujer después de una cirugía desfigurante de la mama, o la presencia de ruidos intestinales pueden indicar la recuperación de la función intestinal después de una cirugía abdominal.

Observación: utilización de los sentidos

Vista. Abrasiones, ausencia de partes del cuerpo, dientes rotos o ausentes, calvicie, vendajes, uñas mordidas, hemorragias, parpadeo, ampollas, forúnculo, juanetes, quemaduras, callos, catéteres, limpieza del paciente o el entorno, convulsiones, costras, cianosis, úlceras por decúbito, dentadura postiza, diarreas, distensión, supuración, babeo, equimosis, edema, ventanas nasales ensanchadas, prótesis auditivas, herpes, dispositivos intravenosos, ictericia, lunares, ostomía, Petequias, embarazo, secreción purulenta y enrojecimiento.

Oído. Estallido, latido, tensión arterial, ruidos, eructo, chasqueo, tos, llanto, goteo, habla esofágica, expresiones de dolor, cólera, pena o depresión, gargarismo, jadeo, gemidos, gruñidos, hipo, silbido, tos

ronca, frecuencia y ritmos cardíacos, atonía, ruidos intestinales, golpes, risa, ruidos, quejido, respiración difícil, suspiros, estornudos, tartamudeo y balbuceo.

Tacto. Aspereza, frialdad, sequedad, edemas, dureza, color, bultos, masas, mojado, dolor, pulsación, relajación, textura de la piel, suavidad, blandura, enfisema subcutáneo, hinchazón, tirantez, temperatura, tensión, temblores, calidez, humedad.

Olfato. Alcohol, olor axilar, hemorragia, olor del aliento o del cuerpo, desinfectantes, heces, flores, olor de los pies, laca de pelo, medicamentos, perfumes, sudación, secreciones purulentas, tabaco, orina y vómitos.

La entrevista

Tiene 4 objetivos en el contexto de una valoración de enfermería:

1. Permite obtener información específica necesaria para el diagnóstico y planificación.
2. Facilita su relación con el paciente creando una oportunidad para el dialogo.
3. Permite al paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecimiento de objetivos.
4. Ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.

La entrevista de enfermería es un complejo proceso que exige capacidades de comunicación e interacción refinadas. Se diferencia del tipo de entrevistas realizadas por otros miembros del equipo de atención sanitaria, en que va enfocada a la identificación de las respuestas del paciente que se puede tratar a través de actuaciones de enfermería. Es un proceso dirigido, diseñado para permitir que tanto el profesional de enfermería como el paciente den y reciban información.

La entrevista consta de 3 segmentos:

1. Introducción. En la fase introductoria, el profesional de enfermería y el paciente comienzan a desarrollar una relación terapéutica, su aptitud profesional probablemente sea el factor más significativo para establecer ambiente de relación positiva. Su enfoque debe transmitir respeto por el paciente, por lo que sería conveniente compartir introducciones, debe dirigirse al paciente por su apellido, explicar su objetivo o calcular el tiempo necesario, valorar los factores que puedan inhibir la participación, todas las preguntas deben ir dirigidas al paciente, la familia u otras fuentes.

2. **Cuerpo.** Durante la segunda parte de la entrevista, se debe enfocar el diálogo hacia aspectos concretos dirigidos a obtener los datos necesarios, casi siempre esto comienza con el principal motivo de queja del paciente, añadiéndose después otras áreas como la historia médica y la familiar.
3. **Cierre.** La fase final de la entrevista es el cierre, se prepara al paciente para terminar la entrevista. Deberá resumir los puntos más importantes comentados, para confirmar o negar la percepción de los principales problemas, de las preocupaciones del paciente o de otros datos pertinentes por parte del personal de enfermería.

La entrevista también incluye aspectos como:

1. **Inicio**
 - Explicar objetivo.
 - Calcular el tiempo.
 - Valorar variables.
 - Contacto visual.
 - Personalizar entrevista.
 - No manifestar prisa.
2. **Cuerpo**
 - Códigos adecuados.
 - Comprobar efectos de información.
 - Aplazar preguntas intermitentes.
 - Centrar áreas específicas.
 - Concretar datos.
3. **Final**
 - No introducir temas nuevos.
 - Resumir los datos más significativos.
 - Si no se concluye emplazar nueva entrevista.

Exploración física

Es el tercer método principal de la recogida de datos durante el proceso de valoración. El objetivo de la exploración física del médico es el diagnóstico de la enfermedad.

La exploración del profesional de enfermería se concentra en:

1. Mayor definición de la respuesta del paciente al proceso de la enfermedad, especialmente de aquellas respuestas susceptibles a las intervenciones de enfermería.
2. Establecimiento de los datos básicos para la evaluación de la eficacia de las intervenciones de enfermería.

3. Comprobación de los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista o cualquier otra interacción entre el profesional de enfermería y el paciente.

Técnicas de la exploración

Inspección. Se refiere a la exploración visual del paciente para determinar datos o respuestas normales, no habituales o anormales. Es un tipo de observación enfocado en conductas o características físicas específicas. La inspección es más específica o detallada que la observación, la cual define características como tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimientos y simetría. Por lo general, la inspección se refiere al uso de los ojos sin ninguna ayuda; si embargo, debido al mayor papel que desempeña el profesional de enfermería en diversos campos, es posible que incorpore el uso de instrumentos.

Palpación. Es el uso del tacto para determinar las características de las estructuras corporales por debajo de la piel. Esta técnica permite evaluar el tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad. Las manos son los instrumentos de la palpación, se utilizan partes concretas para valorar características particulares. El dorso de las manos es la parte más útil para valorar la temperatura, ya que la piel es la zona más fina y permite detectar las diferencias de temperatura. La punta de los dedos se utilizan para determinar textura y tamaño, dada la concentración de terminaciones nerviosas en ellas. Las superficies palmares de las articulaciones metacarpianas son las más sensibles a las vibraciones, por lo que resulta especialmente útiles en la determinación de fenómenos como frémitos sobre el corazón o peristaltismo.

La palpación suave es el método utilizado para explorar la mayor parte del cuerpo. Es preferible el uso de la mano dominante, mantener la mano paralela a la parte del cuerpo que está examinando, con los dedos extendidos. Se ejerce una suave presión hacia abajo, mientras la mano sigue un movimiento circular. Se utiliza con frecuencia en la exploración de la mama para determinar la presencia o características de masa anormales. La palpación profunda es especialmente eficaz en la exploración del abdomen, para localizar los órganos o identificar masas no habituales. En esta técnica es necesario utilizar ambas manos, una para aplicar la presión y otra para percibir las sensaciones, se coloca la mano dominante sobre el área que va a palpar, se convierte así en perceptora pasiva de sensaciones; la otra, se coloca por encima y se utiliza para aplicar presión. La expresión

facial del paciente y los movimientos del cuerpo durante la palpación le proporciona información añadida al profesional, lo que le ayudará para la evaluación de variables como el grado de dolor o de molestia.

Percusión. Consiste en golpear la superficie del cuerpo con el dedo o los dedos, para provocar sonidos, esto permite determinar el tamaño, densidad, límites de un órgano y localización. La percusión directa se produce cuando se golpea o percute la superficie del cuerpo con uno o más dedos de una mano. Este método se utiliza con frecuencia para definir el borde cardíaco. La percusión indirecta se utiliza con mayor frecuencia; se coloca el dedo índice o medio de una mano sobre la piel con el dedo medio de la otra mano. Los sonidos producidos por la percusión se pueden describir como mates, sordos, resonantes o timpánicos:

1. Los sonidos mate son de tonos graves y bruscos, se producen al percutir músculos o huesos.
2. Los sonidos sordos son de tono medio y se puede escuchar sobre el hígado y el bazo.
3. La resonancia es un sonido claro y hueco producido por la percusión sobre el pulmón normal lleno de aire.
4. El timpánico es un sonido alto, agudo, que se escucha sobre el estómago lleno de gas o sobre la mejilla hinchada.

Auscultación. Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se puede utilizar la auscultación directa (con el oído, sin ayuda) para detectar sonidos como el jadeo, sin embargo, por lo general se evalúan los sonidos de forma indirecta, mediante un estetoscopio. Esta técnica se emplea con frecuencia para determinar las características de los ruidos pulmonares, cardíacos e intestinales; permite identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos auscultados.

Este método de valoración, según patrón de respuestas humanas, permite examinar al paciente sobre la base de los 9 patrones de respuesta humanas:

1. Intercambio: - Cardíaco - Oxigenación
- Periférico - Nutrición
- Integridad de la piel - Regulación física
- Cerebral
- Eliminación.
2. Comunicación: - Leer
- Escribir
- Comprender otros idiomas
- Deterioro del habla

- 3. Relaciones: - Otras formas de comunicación. -Relación -Socialización.
- 4. Valoración: - Preferencias religiosas
- Prácticas religiosas
- Cuestiones espirituales
- Prácticas culturales
- Orientación cultural.
- 5. Elección: -Afrontamiento
- Participación de salud
- Juicio.
- 6. Movimiento: -Actividad
- Reposo
- Recreo
- Conservación de la salud
-Autocuidado
- Percepción sensorial.
- 7. Percepción: - Concepto de sí mismo
- Percepción sensorial.
- 8. Conocimiento: - Problemas actuales de salud
- Antecedentes de salud
- Medición actual
- Disponibilidad
- Memoria.
- 9. Sentimiento: - Dolor, ansiedad, malestar, localización y capacidad.
- Radiación, factores asociados y agravantes
- Recientes acontecimientos visuales estresantes
- Temor, aflicción
- Fuertes manifestaciones físicas.

Este método permite recoger los datos de forma sistemática y evaluar los patrones de salud funcionales en el paciente. La enfermera intenta identificar los patrones, y centra la exploración en determinadas áreas funcionales:

1. Percepción de salud-control de salud
2. Nutrición-metabolismo.
3. Actividad-ejercicio.
4. Eliminación.
5. Sueño-reposo.
6. Autopercepción.
7. Sexualidad-actividad sexual.

8. Afrontamiento-control de estrés.
9. Valores-creencias.

Criterio de valoración cefalocaudal

Aspectos generales. Observaciones: edad, raza, estado nutricional, estado general de salud y desarrollo.

Color: sonrosado, pálido, rojo, icterico, con manchas, blanquecino y cianótico.

Piel: pigmentación, temperatura, textura, turgencia, lesiones (tipo, color, tamaño, forma, distribución) hematomas, hemorragias, cicatrices y edemas.

Constantes visuales:

1. Temperatura.
2. Pulso apical y radial.
3. Respiración.
4. Tensión arterial: supina, sentado, brazo derecho o izquierdo.
5. Talla y peso.

Cabeza y cara. Tamaño, contorno, simetría, color, dolor, sensibilidad, lesiones y edemas.

Cuero cabelludo: color, textura, caspa, bultos, lesiones e inflamación.

Cara: movimientos, expresión, pigmentación, acné, tics, temblores y cicatrices.

Ojos:

1. Agudeza: pérdida visual, gafas, prótesis, diplopía, fotofobia, visión del color, dolor o escaros.
2. Párpados: color, edemas, orzuelos o exoftalmos.
3. Movimiento extraocular: posición y alineación de los ojos o nistagmo.
4. Conjuntiva: color, exudado o alteraciones vasculares.
5. Iris: color o manchas.
6. Esclerótica: color, vascularización o ictericia.
7. Pupilas: tamaño, forma, igualdad o reacción a la luz.

Orejas:

1. Agudeza: pérdida auditiva, audífono, dolor y sensibilidad a los ruidos.
2. Oído externo: lóbulo, pabellón auricular y canal.
3. Oído interno: vértigo.

Nariz. Olfato, tamaño nasal, simetría, aleteo nasal, estornudo o deformidades.

Mucosa: color, edemas, exudados, sangrado, forúnculos, dolor o sensibilidad.

Boca y garganta. Olor, dolor, capacidad de hablar, morder, tragar y gusto.

Labios: color, simetría, hidratación, lesiones, costras, ampollas febriles, grietas, hinchazón, entumecimiento o babeo.

Encías: color, edemas, sangramiento, retracción o dolor.

Dientes: número, los que faltan, caries, dentadura postiza, sensibilidad al calor y frío.

Lengua: simetría, color, tamaño, hidratación, mucosas, prominencia, úlceras, quemadura, infamación y capa.

Garganta: reflejo nauseoso, dolor, tos, esputo o hemoptisis.

Voz: ronquera, pérdida o cambio de tono.

Cuello. Simetría, movimiento, amplitud de movimientos, masa, cicatrices, dolor o rigidez.

Tráquea. Desviación o cicatrices.

Tiroides. Tamaño, forma, simetría, sensibilidad, engrosamiento, nódulos o cicatrices.

Vasos (carótida y yugular). Calidad, fuerza y simetría de las pulsaciones, soplos y dimensión venosa.

Ganglios linfáticos. Tamaño, forma, movilidad, sensibilidad y engrosamiento.

Tórax. Tamaño, forma, simetría, deformidades, dolor o sensibilidad.

Piel. Color, erupciones, cicatrices, distribución del vello, turgencia, temperatura, edemas y crepitantes.

Mamas: Contorno, simetría, color, tamaño, forma, inflamación, cicatrices, mucosas (localización tamaño, forma, movilidad, sensibilidad), dolor, pequeñas depresiones e hinchazón.

Pezones: color, exudados, ulceraciones, sangrado, inversión y dolor.

Axilas: nódulos, engrosamiento, sensibilidad, erupción e inflamación.

Pulmones:

1. Patrón respiratorio: frecuencia, regularidad, profundidad (fácil, normal o adventicio), frémitos y utilización de los músculos accesorios.
2. Sonidos: normal, adventicio, intensidad, tono, calidad, duración, igualdad y resonancia vocal.

Corazón:

1. Patrones cardíacos: frecuencia, ritmo, intensidad, regularidad, falta de latidos o latidos extras y punto de máximo impulso.
2. Bordes cardíacos derecho e izquierdo e implantación de marcapaso.

Abdomen. Tamaño, color, contorno, simetría, tejido adiposo, tono muscular, distribución de vellos, cicatrices, ombligo, estrías, erupción, distribución y pulsaciones abdominales.

Sonidos: ausencia de hipoactivo, hiperactivo, normal y soplos.

Borde hepático: aire gástrico, menos resonancia a la percusión esplénica, paso de aire, espasmo muscular, rigidez, masas, actitud de protección, sensibilidad, dolor, rebote o distensión vesical.

Riñón. Diuresis (cantidad, color, olor, sentimientos), frecuencia, hematuria, nicturia u oliguria.

Genitales:

1. Mujer: labios mayores y menores, orificio uretral y vaginal, exudados, hinchazón, ulceraciones, nódulos, masas, sensibilidad o dolor.
2. Varón: exudados, ulceraciones o dolor.
3. Escrotos: color, tamaño, nódulos, hinchazón, ulceraciones y sensibilidad.
4. Testículos: tamaño, forma e inflamación.
5. Recto: pigmentación, hemorroides, excoriaciones, erupción absceso, quiste pilonidal, masas, lesiones, sensibilidad, dolor, picor y escozor.

Extremidades. Tamaño, forma, simetría, amplitud de movimientos, temperatura, color, pigmentación, cicatrices, hematomas, contusiones, erupción, ulceración, entumecimiento, inflamación, prótesis y fracturas.

Articulaciones: simetría, movilidad activa y pasiva, deformaciones, rigidez, fijaciones, hinchazón, crepitantes, dolor y sensibilidad.

Músculos: simetría, tamaño, forma, tono, debilidad, calambres, espasmos, rigidez y temblor.

Vasos: simetría y fuerza de los pulsos, llenado venoso, varices y flebitis.

Espalda. Cicatrices, edema de sacro, anomalías espinales, cifosis, sensibilidad y dolor.

Bibliografía

Du Gas BW. Tratado de Enfermería Práctica. 4ta. ed. México DF: Nueva Editorial Interamericana, 1998.

- Falcón BA. Cómo Registrar el Examen Físico en el Paciente Sano. Escuela Latinoamericana de Medicina. Diciembre, 2001.
- Iyer PB, Taptich BG. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana, 1997.
- Llanes C, Valdés C, Enríquez Borges H. Examen Físico en la Práctica de enfermería. Material complementario, 2000.
- Santa MJ. Métodos para el Examen Físico en la Práctica de Enfermería. Edición Cubana, 1997.
- Smeltzer SC. Enfermería Medicoquirúrgica. 8va. Ed. México DF: Mc Graw Hill Interamericana. 1998.

UNIDAD 3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Nilda L. Bello Fernández y Marianelys Fernández Bello

La fase diagnóstico de enfermería, la cual se considera que debe expresarse desde ahora Diagnóstico, es la segunda fase de la etapa de valoración; se fundamenta en el análisis, razonamiento e interpretación de los datos obtenidos, para ello vemos lo expresado por Carpenito cuando señala: "se hace necesario indicar claramente el término con el fin de evitar el uso incorrecto y la confusión":

1. Para la segunda fase del proceso de enfermería: diagnóstico.
2. Para la lista de nomenclaturas o denominaciones diagnósticas (patrones agrupados por respuesta humanas o patrón funcional): categorías diagnósticas.
3. Para el enunciado de 2 ó 3 partes: diagnósticos de enfermería.

Esta fase es una compleja función intelectual. Está constituida por 4 componentes:

1. Preparación de datos.
2. Formulación de diagnósticos de enfermería.
3. Convalidación.
4. Documentación.

Pero debemos señalar algo acerca de su evolución histórica y su definición.

Evolución histórica del diagnóstico de enfermería

En América del Norte el mundo ha presentado los diferentes momentos:

- 1953: se introduce el término Diagnóstico de Enfermería por Vera Fry, para efectuar la síntesis de individualizar los cuidados de enfermería.
- 1960: en Estados Unidos hay debates acerca del uso del término Diagnóstico de Enfermería.
- 1960: Faye Abdellah introdujo un sistema para la identificación de 21 problemas clínicos del paciente.
- 1973: Kristine Gebhie y Mary Ann Larion, profesoras de la Escuela de Enfermería de St. Louis Missouri, convocan a un grupo de enfermeras y organizan la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería.
- 1950: Louise Mc Manus utiliza por primera vez el término diagnóstico para referirse a los problemas de enfermería.
- 1956: Gertude Houmig define y promueve el uso del término diagnóstico de enfermería como elemento imprescindible en el trabajo profesional.
- 1973: se convocó la Primera Reunión del Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería.
- 1973: la American Nurses Association (ANA) aprobó y legitimó el uso del término de diagnóstico de enfermería y el proceso diagnóstico en las directrices para la práctica de la enfermería publicadas.

Durante los años 70 y comienzo de los 80 la investigación de enfermería y la literatura explicaron el concepto de Diagnóstico de Enfermería; en los años 80 fueron testigo de la ampliación de nuevos diagnósticos (entre ellos los primeros que eran orientados para el bienestar), de la clasificación de diagnósticos existentes y los continuados esfuerzos para validar diagnósticos mediante la investigación de enfermería.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) aprobó un método para organizar los diagnósticos y la ANA adoptó los diagnósticos de la NANDA como sistema oficial de Diagnósticos de Enfermería.

Las expectativas para los diagnósticos de enfermería en los años 90 son la clasificación de los diagnósticos existentes, el desarrollo de nuevos diagnósticos (incluida la ampliación de aquellos relacionados con personas sanas), la investigación y la valoración continuada.

En Cuba la evolución histórica del diagnóstico de enfermería se comportado de la forma siguiente:

- 1986: en el ISCM-H el Departamento Central de Licenciatura en Enfermería introdujo el término Diagnóstico de Enfermería como parte del Proceso de Atención de Enfermería.

- 1988: la Vicerrectoría de Desarrollo del ISCM-H introdujo en los programas de enfermería el Diagnóstico de Enfermería ambas modalidades de planes de estudio del nivel universitario.
- 1996: aparece la Carpeta Metodológica de Enfermería, criterio de la Dirección Nacional de Enfermería la relación de diagnósticos de enfermería aceptadas por la NANDA (1994), agrupados bajo la taxonomía de Patrones Funcionales de Salud y la taxonomía aprobados por la NANDA (hasta la 9na. Conferencia) agrupados bajo los Patrones de Respuestas Humanas en Salud.

Definiciones de Diagnósticos de Enfermería

1. Los problemas reales o potenciales para la salud, que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, pueden tratar y están autorizadas para ello (Gordon, 1982).
2. El juicio o conclusión que surge como resultado de la valoración de enfermería (Gebbie, 1982).
3. Un juicio clínico acerca de una persona, familia o comunidad se deriva a través de un proceso sistemático de relación de datos o análisis, que constituyen la base para prescribir un tratamiento definitivo, de cual la enfermera es responsable.

El diagnóstico se aplica de forma concisa e incluye causa bien conocida (Shoemaker, 1985):

1. Una función independiente de la enfermera, una evolución de las respuestas personales del cliente a sus experiencias humanas a lo largo del ciclo vital, ya sean crisis evolutivas o accidentales, enfermedad, dificultades u otras tensiones (Bircher, 1975).
2. La respuesta a los problemas reales o potenciales que la enfermera en virtud a su educación y experiencia está autorizada y legalmente capacitada para tratar (Moritz).

La NANDA identificó 3 tipos de Diagnósticos de Enfermería:

Real. Un diagnóstico de enfermería real es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de salud o ante procesos de la vida.

De alto riesgo. Un diagnóstico de enfermería de alto riesgo es un juicio clínico acerca de mayor responsabilidad de una persona, una familia o una comunidad, que otras que se encuentran en una situación igual o similar. Los diagnósticos de alto riesgo (conductas, enfermedades o circunstancias) que guían las actuaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema.

Bienestar. Un diagnóstico de enfermería de bienestar es un juicio clínico sobre una persona, una familia o una comunidad, en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado.

Diferencias entre diagnóstico médico y diagnóstico de enfermería

Diagnóstico médico	Diagnóstico de enfermería
- Identifica una enfermedad concreta	Identifica una respuesta real o potencial de la enfermedad
- Las manifestaciones clínicas indican la necesidad de una atención médica	Las respuestas de los pacientes indican la necesidad de los cuidados de enfermería
- Implica un tratamiento médico	Implican un plan de cuidados de enfermería.

Componentes de los diagnósticos

1. Preparación de datos.
2. Formulación del diagnóstico de enfermería.
3. Convalidación.
4. Documentación.

Preparación de los datos. La información que la enfermera recoge acerca de un determinado paciente resulta vital para el desarrollo del diagnóstico de enfermería y la planificación de los cuidados. Antes de planificar habrá que procesar los datos reunidos: clasificarlos, interpretar y validar.

Clasificación. El proceso de clasificación permite desarrollar unas categorías de información manejable, también estimula la discriminación de datos, lo que ayuda a la enfermera a centrarse en los datos relativos, con las necesidades afectadas del paciente-familia-comunidad.

Clasificación implica disminuir la información en categorías específicas. Algunos ejemplos son:

1. Síntomas corporales.
2. Patrones de salud funcional.
3. Los datos históricos.
4. Sintomatología significativa.

El proceso de clasificación comienza durante la recogida de datos, el que se ve facilitado por la existencia de formularios organizados en clases concretas (lo relativo a Iyer):

Datos	Clasificación
Apendicectomía hace 3 años	Historia médica antigua
Duerme durante el día	Patrón de sueño-descanso
Colostomía	Sistema gastrointestinal
Dolor torácico	Síntoma importante.

Interpretación. La interpretación implica la identificación de datos importantes, comparación con las normas o patrones y el reconocimiento de hábitos, pautas o tendencias. Los indicios y deducciones desarrollados a partir de la base de conocimientos científicos de enfermería ayuda a interpretar los datos.

Un indicio es una información acerca de determinado paciente, obtenida durante la etapa de valoración. Es la percepción del personal de enfermería, que existe sobre la base de datos subjetivos y objetivos del paciente y otras fuentes secundarias. Los indicios pueden incluir signos que son datos objetivos y significativos como la tensión arterial, peso, talla o síntomas como el dolor o la tristeza.

Un conjunto de indicios se denominan racimo. El potencial para hacer juicios exactos es mayor cuando el personal de enfermería se basa para una deducción en un racimo de indicios, en vez de hacerlo de un solo indicio.

Características definitorias son racimos de indicios que consisten en manifestaciones de diagnósticos de enfermería en particular, ejemplos:

- | | |
|---|--|
| <p>1. Racimo (grupo de señales)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temperatura de 38.8 °C - Recuento de leucocito 24 000 - Enrojecimiento de la incisión - Drenaje purulento. | <p>Deducción</p> <p>La incisión está infestada</p> |
| <p>2. Racimo 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temperatura de 38,8 °C - Disminución de la turgencia de la piel - Lengua seca - Gasto urinario de 200/mL en 8 horas. | <p>El cliente está deshidratado</p> |

Para realizar deducciones correctas se necesitan teoría, conocimiento, experiencia y datos recogidos acerca del paciente.

Validación. Es importante el conocimiento del proceso de diagnóstico. Los métodos descritos facilita verificar la exactitud de la interpretación de los datos.

Este momento dentro de la preparación de datos forman la unión con la etapa de valoración entre la fase de formulación de datos y la formulación de diagnósticos.

Las validaciones que existen son:

1. Validación con el paciente o con sus seres queridos.
2. Validación con otros profesionales.
3. Validación con fuentes de datos.

Errores en el proceso de diagnóstico

El personal de enfermería obtiene datos, identifica indicios, hace deducciones sobre el estado de salud del paciente y valida estos principios con el propio paciente. Si cualesquiera de estas etapas se realizan de forma incorrecta o incompleta el diagnóstico puede no ser exacto.

Existen 3 fuentes principales de error en el diagnóstico, estas son:

1. Recogida incompleta o incorrecta de datos
2. Falta de conocimientos clínicos.
3. Interpretación incorrecta de datos.

Recogida incompleta o incorrecta de datos:

Problemas de comunicación:

- Barrera lingüística.
- Argot o jerga.
- Ocultación de información.
- Distracciones.

Interpretaciones erróneas de datos:

- Interpretación incorrecta de los datos.
- Perjuicios personales.

Falta de conocimientos clínicos:

- Que no se reúnen datos fundamentales.
- Que se agrupan indicios de forma incorrecta.
- Que se interpretan los indicios de forma incorrecta.

Formulación del diagnóstico de enfermería

El resultado del proceso de diagnóstico es el diagnóstico de enfermería, que se convierte en la referencia de los pasos posteriores de planificación, ejecución y evaluación.

El sistema más utilizado es el desarrollado por la NANDA. Este aspecto está ampliado en el libro *Procesos y Diagnósticos de Enfermería* de PW Iyer. En este sentido debemos conocer los componen-

tes del diagnóstico de enfermería. Las partes que componen el enunciado son las respuestas humanas o patrones funcionales (según la taxonomía tratada) y los factores relacionados.

En este caso se pudiera decidir tratar la respuesta humana, esta sería la primera parte del enunciado e indica la forma de responder el paciente en sus 3 esferas a su estado de salud, la cual se expresa por lo que el paciente debe modificar por la actuación de enfermería para la recuperación de la salud. Se deben utilizar las modificaciones o declaraciones cuantificadas que indican las respuestas (alteración, disminución, deterioro, exceso o perturbación).

Taxonomía de la NANDA

Patrones de respuestas humanas

Patrón	Definición
De intercambio	Patrón de respuesta humana que consiste en dar y recibir a la vez
De comunicación	Patrón de respuesta humana es el único de mensajes
De relación	Patrón de respuesta humana que consiste en el establecimiento de vínculos
De valoración	Patrón de respuesta humana que consiste en la asignación de un valor relativo.
De elección	Patrón de respuesta humana que consiste en la solución de alternativas
De movimiento	Patrón de respuesta humana que implica actividad
De percepción	Patrón de respuesta humana que consiste en la recepción de información
De conocimiento	Patrón de repuesta humana que implica el significado asociado con la información
De sentimientos	Patrón de respuesta humana que consiste en el conocimiento subjetivo de información

Modificaciones de los diagnósticos de enfermería

Modificados	Definición	Ejemplo
Alto riesgo	El individuo corre el riesgo de tener un problema	Alto riesgo de traumatismo
Disminución	Más pequeño, reducido, de menor tamaño, cantidad o grado	Disminución del gasto cardíaco

Alteración	Desviación con respecto al estado óptimo habitual para un determinado paciente	Alteración de la autoprotección
Deterioro	Que empeora, delimitado, lesionado, reducido, deteriorado	Deterioro de la integridad histórica
Ineficaz	No produce el efecto deseado, ineficaz de reducir satisfactoriamente	Patrón respiratorio ineficaz
Disfuncional	Anormal, funcionamiento determinado o incompleto	Disfunción sexual
Déficit	Cantidad inferior a la necesaria deseable o utilizable	Déficit de volumen de líquido
Exceso	Cantidad superior a la necesaria de deseable o utilizable	Exceso de volumen líquido.
Agudo	Grave, pero de corta duración aguda	Retención urinaria
Crónico	Que dura mucho tiempo, recurrente, habitual y constante	Baja autoestima crónica
Anticipado	Que ocurre por adelantado	Duelo anticipado.

Enunciado. Factores relacionados o de riesgo. Los factores de riesgo (causa) o identificación en el segundo enunciado del diagnóstico de enfermería, con el fin de prevenir, reducir o aliviar una respuesta del paciente; el profesional de enfermería debe saber qué está sucediendo. Los factores relacionados identifican los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales que puedan ser la causa de una respuesta obtenida en el paciente o que contribuye a ella.

Ejemplos de factores relacionados:

Fisiológicos: inmovilidad efecto del déficit sensorial, efectos secundarios de los medicamentos.

Psicológicos: temer a la muerte, sentimientos de soledad o separación de la familia.

Socioculturales: disminución de la capacidad para conseguir alimentos o falta de síntomas de apoyo.

Ambientales: ruidos exagerados u olores nocivos.

Espirituales: incapacidad para llevar a la práctica las creencias religiosas, desafío a las creencias sobre Dios, conflicto entre las creencias religiosa y el régimen de salud prescrito.

Se debe recordar que los factores asociados ayudan a identificar las variables que contribuyen a la presencia de respuestas humanas. También surgen intervenciones de enfermería específicas que evi-

tarán, corregirán o aliviarán la respuesta. Ambas partes -respuestas y factores- se unirán en el término "relacionado con" que unirán la conexión entre ellos.

Diagnóstico con 3 enunciados. Existen estudiantes y enfermeros profesionales en la práctica que utilizan diagnóstico de enfermería con 3 enunciados. El primer enunciado es la respuesta humana; el segundo, con los factores relacionados o de riesgo, y el tercero, los indicios, síntomas o signos y síntomas o características definitorias presente; antes del tercer enunciado se pone la frase "como se demuestra por" o en abreviatura "c.s.d.p."

La figura 6.2 muestra el ejemplo de cada uno de los elementos que intervienen en el enunciado diagnóstico de enfermería.

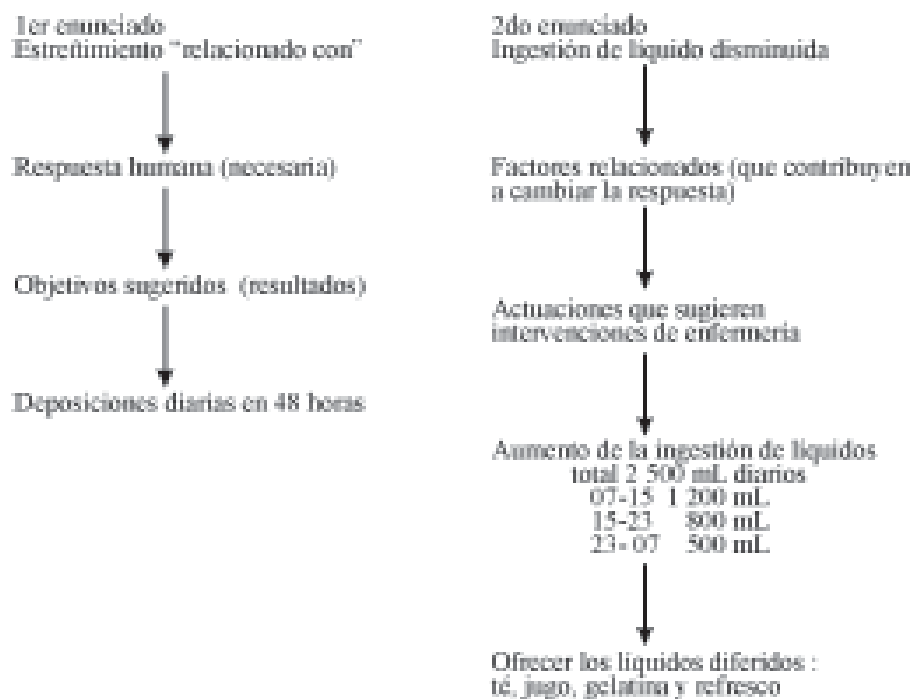


Fig. 6.2. Elementos que intervienen en el enunciado diagnóstico de enfermería.

Directrices para la formación de enunciados:

1. Escribir el diagnóstico de enfermería en relación con las respuestas del paciente en vez de las necesidades de la enfermera.
2. Usar "relacionado con" en lugar de "debido " o "cuando por" para unir las 2 partes del enunciado.
3. Redactar el diagnóstico en términos legalmente aconsejables.
4. Redactar los diagnósticos de enfermería sin juicio de valor.
5. Evitar cambiar las partes de los enunciados del diagnóstico.
6. Evitar el uso de indicios aislados en el primer enunciado del diagnóstico.
7. Los 2 enunciados del diagnóstico no deben poseer un mismo significado.
8. Expresar el factor relacionado en términos que puedan ser modificados.
9. No incluir diagnósticos médicos en la declaración del diagnóstico de enfermería.
10. Escribir el diagnóstico de forma clara y concisa.

Validación del diagnóstico

El tercer componente de la fase de diagnóstico es la valoración. Antes de plasmar el diagnóstico de enfermería en un papel es útil confirmar con exactitud:

1. ¿Tiene una base de datos que es precisa y completa y refleja tanto los antecedentes como la valoración física?
2. ¿Puede identificar un patrón?
3. ¿Parece compatible la definición de respuesta humana que ha seleccionado con el patrón que ha identificado?
4. ¿Coinciden los datos de la valoración con las características definitorias del diagnóstico de enfermería que ha seleccionado?
5. ¿Los factores relacionados contribuyen con los asociados a las respuestas humanas?
6. ¿Puede resolverse el diagnóstico de enfermería mediante intervención de enfermería independiente?

Toda vez planteadas estas preguntas, el personal de enfermería debería validar el diagnóstico con el paciente y la familia, describiendo cómo pueden ser sus respuestas.

Documentación

El cuarto componente de la fase diagnóstico es la documentación. Después de desarrollar y conformar la explicación del diagnós-

tico de enfermería, el profesional de enfermería lo documenta en el expediente clínico del paciente. La localización puede variar según el centro y se deberán seguir las políticas o directrices institucionales.

En nuestro caso se debe expresar en la hoja de evolución de enfermería del expediente del paciente, según la orientación de la Carpeta Metodológica de enfermería desde 1996.

Diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA hasta la novena conferencia

Patrón 1. Intercambio

- 1.1.2.1 Alteración de la nutrición: por excesos
- 1.1.2.2 Alteración de la nutrición: por defecto
- 1.1.2.3 Alteración del potencial de la nutrición: por exceso
- 1.2.1.1 Potencial de infección
- 1.2.2.1 Alteración potencial de la temperatura corporal
- 1.2.2.2 Hipotermia
- 1.2.2.3 Hipertermia
- 1.2.2.4 Termorregulación ineficaz
- 1.2.3.1 Disreflexia
- 1.3.1.1 Estreñimiento
- 1.3.1.1.1 Estreñimiento subjetivo
- 1.3.1.1.2 Estreñimiento crónico
- 1.3.1.2 Diarrea
- 1.3.1.3 Incontinencia fecal
- 1.3.2 Alteración de la eliminación urinaria
- 1.3.2.1.1 Incontinencia urinaria al esfuerzo
- 1.3.2.1.2 Incontinencia urinaria refleja
- 1.3.2.1.3 Incontinencia urinaria de urgencia
- 1.3.2.1.4 Incontinencia urinaria funcional
- 1.3.2.1.5 Incontinencia urinaria total
- 1.3.2.2 Retención urinaria
- 1.4.1.1 Alteración de la perfusión hística (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar o gastrointestinal periférica)
- 4.1.2.1 Exceso de volumen de líquido
- 4.1.2.2.1 Déficit de volumen de líquido
- 4.1.2.2.1 Déficit del potencial del volumen de líquido
- 4.2.1 Disminución del gasto cardíaco
- 5.1.1 Deterioro del intercambio gaseoso
- 5.1.2 Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- 5.1.3 Patrón respiratorio ineficaz
- 6.1 Potencial de lesión

- 6.1.1 Potencial de asfixia
- 6.1.2 Potencial de intoxicación
- 6.1.3 Potencial de traumatismo
- 6.1.4 Potencial de aspiración
- 6.1.5 Potencial del síndrome del desuso
- 6.2 Alteración de la protección
- 6.2.1 Deterioro de la integridad hística
- 6.2.1.1 Alteración de la membrana de la mucosa oral
- 6.2.1.2.1 Deterioro de la integridad cutánea
- 6.2.1.2.2 Deterioro potencial de la integridad cutánea.

Patrón 2. Comunicación

- 1.1.1 Deterioro de la comunicación verbal.

Patrón 3. Relaciones

- 1.1 Deterioro de la interacción social
- 1.2 Aislamiento social
- 2.1 Alteración del desempeño del rol
- 2.1.1.1 Alteración parental
- 2.1.2.1 Disfunción sexual
- 2.2 Alteración de los procesos familiares
- 2.2.1.1 Conflicto del rol parental
- 3.3 Alteración de los patrones de la sexualidad.

Patrón 4. Valores

- 4.1.1 Sufrimiento espiritual (sufrimiento del espíritu humano).

Patrón 5. Elección

- 5.1.1.1 Afrontamiento individual inefectivo
- 5.1.1.1.1 Deterioro de la adaptación
- 5.3.1.1.2 Afrontamiento defensivo
- 5.1.1.1.3 Negación ineficaz
- 5.1.2.1.1 Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante
- 5.1.2.1.2 Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido
- 5.1.2.2 Afrontamiento familiar: del potencial de desarrollo
- 5.2.1.1 No seguimiento del trauma (especificar)
- 5.3.1.1 Conflicto de decisiones (especificar)
- 5.4 Conducta generadora de salud (especificar).

Patrón 6. Movimiento

- 6.1.1.1 Deterioro de la movilidad física
- 6.1.1.2 Intolerancia a la actividad
- 6.1.1.2.1 Fatiga
- 6.1.1.3 Potencial de intolerancia a la actividad
- 6.2.1 Alteración del patrón del sueño
- 6.3.1.1 Déficit de la actividad recreativa
- 6.4.1.1 Dificultad en el mantenimiento del hogar

- 6.4.2 Alteración del mantenimiento de la salud
- 6.5.1 Déficit del cuidado: alimentación
- 6.5.1.1 Deterioro de la deglución
- 6.5.1.2 Lactancia materna ineficaz
- 6.5.1.3 Lactancia materna eficaz
- 6.5.2 Déficit del autocuidado: baño e higiene
- 6.5.3 Déficit de autocuidado: vestido o acicalamiento
- 6.5.4 Déficit de autocuidado: uso del wc
- 6.6 Alteración del crecimiento y desarrollo.

Patrón 7. Percepción

- 7.1.1 Trastorno de la imagen corporal
- 7.1.2 Trastorno de la autoestima
- 7.1.2.1 Baja autoestima crónica
- 7.1.2.2 Baja autoestima situacional
- 7.1.3 Trastorno de la identidad personal
- 7.2 Alteración sensorio perceptiva: especificar si es visual, auditiva, sinestésica o vegetativa o trastornos olfatorios
- 7.2.1.1 Desatención unilateral
- 7.3.1 Desesperanza
- 7.3.2 Impotencia.

Patrón 8. Conocimiento

- 8.1.1 Déficit de conocimiento (especificar)
- 8.3 Alteración de los procesos del pensamiento.

Patrón 9. Sentimientos y sensaciones

- 9.1.1 Dolor
- 9.1.1.1 Dolor crónico
- 9.2.1.1 Duelo disfuncional
- 9.2.1.2 Duelo anticipado
- 9.2.2 Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a otros
- 9.2.3 Respuesta postraumática
- 9.2.3.1 Síndrome traumático de la violación
- 9.2.3.1.1 Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta
- 9.2.3.1.2 Síndrome traumático de la violación: reacción silente
- 9.3.1 Ansiedad
- 9.3.2 Temor.

1.1.2.1 Alteración de la nutrición : por exceso (1975)

Definición. Es el estado en que una persona experimenta un aporte de nutrientes que se excede de sus necesidades metabólicas.

Características definitorias. Peso superior en el 10 % al igual para su talla y constitución corporal; *peso superior en un 20% al ideal

para su talla y constitución corporal; pliegue cutáneo del tríceps superior a 15 mm en los hombres y a 25 mm en las mujeres; nivel de actividad sedentario.

Información u observación de patrón alimentario disfuncional: asociación de los alimentos con otras actividades; concentrar la toma de alimentos al final del día; comer en respuesta a claves externas como la hora del día, situación social; comer en respuesta a claves internas distintas al hambre, por ejemplo, la ansiedad.

Factores relacionados. Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.

1.1.2.2 Alteración de la nutrición: por defecto (1975)

Definición. Estado en que una persona experimenta un aporte de nutrientes insuficiente para cubrir sus necesidades metabólicas.

Características definitorias. *Pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado; peso corporal inferior en el 20 % o más al ideal; informe de ingestión de nutrientes inadecuado, menor que el aporte diario recomendado (ADR); debilidad de los músculos requeridos para la masticación o la deglución; informe o evidencia de falta de alimentos; aversión a comer; informe de alteración del sentido del gusto; saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos; dolor abdominal con afección o sin ella; dolorimiento; inflamación de la cavidad bucal; fragilidad capilar; dolores cólicos abdominales; diarrea y/o esteatorrea; sonidos abdominales hiperactivos; falta de interés por los alimentos; incapacidad subjetiva para ingerir alimentos; palidez de las membranas mucosas y conjuntivas; mal tono muscular; excesiva caída del pelo; falta de información; información incorrecta; conceptos erróneos.

Factores relacionados. Incapacidad para ingerir o digerir los alimentos o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos o económicos.

1.1.2.3. Alteración potencial de la nutrición: por exceso (1980)

Definición. Estado en que una persona presenta riesgo de experimentar un aporte de nutrientes que excede sus necesidades metabólicas.

Características definitorias. Presencia de factores de riesgo como: *información u observación de obesidad en uno o en ambos progenitores; transición rápida a través de los percentiles de crecimiento en los lactantes o niños; informe de uso de los alimentos sólidos

dos como principal fuente de alimentos antes de los 5 meses de edad; observación del uso de alimentos como medida de recompensa o confort; información u observación de un peso de referencia cada vez más alto al inicio de cada embarazo; patrones de ingestión disfuncionales; asociar los alimentos con otras actividades; concentrar la toma de alimentos al final del día; comer en respuesta a claves externas como la hora del día, situación social; comer en respuesta a claves internas como la ansiedad.

Factores relacionados. Ver factores de riesgo.

1.2.1.1 Potencial de infección (1986)

Definición. Estado en que la persona presenta un aumento de riesgo invadido por organismos patógenos.

Características definitorias. Presencia de factores de riesgo como: defensas primarias inadecuadas (solución de continuidad del traumatismo hístico, disminución de la acción ciliar, estasis de líquidos corporales o cambio en el pH de las secreciones o alteración del peristaltismo); defensas secundarias inadecuadas (por ejemplo, disminución de la hemoglobina, leucopenia o supresión de la respuesta inflamatoria) e inmunosupresión; inmunidad adquirida inadecuada y aumento de la exposición ambiental, enfermedad, procesos invasivos; malnutrición; rotura de las membranas amnióticas.

Factores relacionados. Ver factores de riesgo.

1.2.2.1 Alteración potencial de la temperatura corporal (1986)

Definición. Estado en que la persona presenta riesgo de fracasar en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Características definitorias. Presencia de factores de riesgo como: extremos de edad; extremos ponderales; exposición a entornos fríos/helados o calientes/tórridos; deshidratación; inactividad o actividad vigorosa; medicamentos que provocan vasodilatación o vasoconstricción; alteración de la tasa metabólica; sedación; ropas inadecuadas para la temperatura ambiente; enfermedad o traumatismo que afecte la regulación de la temperatura.

Factores relacionados. Ver factores de riesgo.

1.2.2.2 Hipotermia (1986-1988)

Definición. Estado en que la temperatura corporal de la persona está reducida por debajo de los límites normales.

Características definitorias. Mayores: reducción de la temperatura corporal por debajo de los límites normales; escalofríos (leves); piel fría; palidez (moderada).

Menores: enlentecimiento del relleno capilar; taquicardia; lechos ungueales cianóticos; hipertensión; piloerección.

Factores relacionados. Exposición a ambientes fríos o helados; enfermedad o traumatismo, lesiones del hipotálamo; incapacidad o reducción de la capacidad para tener escalofríos; desnutrición; ropas inadecuadas; consumo de alcohol; medicamentos que provoquen vasodilatación; evaporación de la piel en un entorno frío; disminución de la tasa metabólica; inactividad; envejecimiento.

1.2.2.3 Hipertermia (1986)

Definición. Estado en que la temperatura corporal de la persona está por encima de los límites normales.

Características definitorias. Mayores: aumento de la temperatura corporal por encima de lo normal.

Menores: piel enrojecida, caliente al tacto, aumento de la frecuencia respiratoria, taquicardia o convulsiones.

Factores relacionados. Exposición a entornos calientes; actividad vigorosa; medicamentos/anestesia; ropas inadecuadas; aumento de la tasa metabólica; enfermedad o traumatismo; deshidratación; incapacidad o disminución de la capacidad para sudar.

1.2.2.4 Termorregulación ineficaz (1986)

Definición. Estado en que la temperatura de la persona fluctúa entre la termia y la hipertermia.

Características definitorias. Mayores: fluctuaciones de la temperatura corporal por encima o debajo de los límites normales. Ver también las características mayores y menores presentes en la hipotermia e hipertermia.

Factores relacionados. Traumatismo o enfermedad; inmadurez; envejecimiento, fluctuación de la temperatura ambiental.

1.2.3.1 Disreflexia (1988)

Definición. Estado en que la persona, con una lesión en la médula espinal al nivel de D7 o superior, ante un estímulo casual, experimenta una respuesta simpática no inhibida que pone en peligro su vida.

Características definitorias. Mayores: persona con una lesión en la médula espinal (al nivel D7 o superior) con: hipertensión

paroxística (súbito aumento de la tensión arterial en que la presión sistólica está por encima de los 140 mmHg y la diastólica por encima de los 90 mmHg); bradicardia o taquicardia (frecuencia de pulso inferior a los 60 latidos/min o superior a los 100 latidos/min); diaforesis (por encima de la lesión); manchas rojas en la piel (por encima de la lesión); palidez (por debajo de la lesión); cefalea (dolor difuso en distintas partes de la cabeza y no limitado a ningún territorio nervioso).

Menores: escalofríos; congestión conjuntival; síndrome de Honer (contracción pupilar, ptosis parcial del párpado, exoftalmos y a veces falta de sudación sobre el lado afectado de la cara); parestesia; reflejo pilomotor (aparición de "la piel de gallina" al enfriar la piel); visión borrosa; dolor torácico; sabor metálico; congestión nasal.

Factores relacionados. Distensión vesical; distensión intestinal; irritación de la piel; falta de conocimiento del enfermo y de la persona que lo cuida.

1.3.1.1 Estreñimiento (1975)

Definición. Estado en que la persona experimenta un cambio en sus hábitos intestinales normales, caracterizado por disminución en la frecuencia y/o por la eliminación de heces duras y secas.

Características definitorias. Disminución del nivel de actividad; frecuencia inferior al patrón habitual; heces de consistencia dura; masa palpable; informes de sensación de presión en el recto; informes de sensaciones de repleción rectal; esfuerzo excesivo para defecar.

Posibles características. Dolor abdominal; detrimento del apetito; dolor de espalda; cefaleas; interferencia con la vida diaria; uso de laxantes.

Factores relacionados. Se deben desarrollar.

1.3.1.1.1 Estreñimiento subjetivo (1988)

Definición. Estado en que una persona hace el autodiagnóstico de estreñimiento y asegura una evacuación intestinal diaria mediante el abuso de laxantes, enemas y supositorios.

Características definitorias. Mayores: expectativa de eliminación intestinal diaria como resultado del uso excesivo de laxantes, enemas y supositorios; expectativa de eliminación intestinal cada día a la misma hora.

Factores relacionados. Ideas culturales/familiares; apreciación errónea; deterioro de los procesos del pensamiento.

3 1.3.1.1.2 Estreñimiento crónico (1988)

Definición. Estado en que el patrón de eliminación intestinal de una persona está caracterizado por heces duras y secas, como conse-

cuencia de un retraso en la eliminación de los residuos de los alimentos.

Características definitorias. Mayores: disminución de la frecuencia; heces duras y secas; esfuerzo excesivo para defecar; defecación dolorosa; distensión abdominal palpable.

Menores: presión rectal; cefalea, pérdida del apetito; dolor abdominal.

Factores relacionados. Aportes de líquidos y dietético inferiores a los adecuados; aporte de fibras inferior al adecuado; actividad física menor a la adecuada; inmovilidad; falta de intimidad; trastornos situacionales; uso crónico de medicamentos y enemas; estrés; cambios de rutina diaria; problemas metabólicos, ejemplo, hipotiroidismo, hipopotasemia.

1.3.1.2 Diarrea (1975)

Definición. Estado en que la persona experimenta un cambio en los hábitos intestinales normales, caracterizado por la frecuente eliminación de heces sueltas, líquidas y no formadas.

Características definitorias. Dolor abdominal; dolores cólicos abdominales; aumento de la frecuencia de sonidos intestinales; heces líquidas y sueltas; urgencia.

Posibles características. Cambios de color de las heces.

Factores relacionados. Se deben desarrollar.

1.3.1.3 Incontinencia fecal (1975)

Definición. Estado en que una persona experimenta un cambio en sus hábitos intestinales normales, caracterizado por la emisión involuntaria.

Características definitorias. Emisión involuntaria de heces.

Factores relacionados. Se deben desarrollar.

1.3.2 Alteración de la eliminación urinaria (1973)

Definición. Estado en que una persona experimenta trastorno en la eliminación urinaria.

Características definitorias. Disuria; polaquiuria; incontinencia; nicturia; retención urinaria.

Factores relacionados. Multicausalidad, que incluyen obstrucción anatómica e infección del tracto urinario.

1.3.2.1.1 Incontinencia urinaria al esfuerzo (1986)

Definición. Estado en el que una persona experimenta pérdida de orina inferior a 50 mL, que se produce por el aumento de la presión renal.

Características definitorias. Mayores: información u observación de goteo con el aumento de la presión abdominal.

Menores: urgencia urinaria; polaquiuria (micciones con intervalos menores de 2 horas).

Factores relacionados. Cambios degenerativos de los músculos pélvicos, aumento de la presión abdominal (obesidad, útero grávido), drenaje vesical, sobredistensión entre micciones, debilidad de los músculos y soportes estructurales.

1.3.2.1.2 Incontinencia urinaria refleja (1986)

Definición. Estado en el que una persona experimenta pérdida involuntaria de orina que ocurre a intervalos, provocado cuando se alcanza un volumen específico en la vejiga.

Características definitorias. Mayores: falta de conciencia de llenado vesical; falta de urgencia miccionar o sensación de repleción vesical; falta de inhibición, las contracciones vesicales/espasmos con intervalos regulares.

Factores relacionados. Deterioro neurológico (lesión de la médula espinal que interfiere en la conducción de los mensajes cerebrales por encima del nivel del arco reflejo).

1.3.2.1.3 Incontinencia urinaria de urgencia (1986)

Definición. Estado en el que una persona experimenta emisión involuntaria de orina poco después de sentir intensa sensación de urgencia de orinar.

Características definitorias. Mayores: urgencia urinaria; polaquiuria; (intervalos entre micciones inferiores a 2 horas); contracción/espasmo.

Menores: nicturia (más de 2 micciones por noche); micciones de poca cantidad (menos de 100 mL) o de gran cantidad (más de 550 mL); incapacidad para llegar al aseo a tiempo.

Factores relacionados. Disminución de la capacidad vesical (antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, cirugía abdominal; catéter urinario permanente, irritación de los receptores de la tensión vesical (provoca infección vesical); alcohol; cafeína; aumento de la ingestión de líquidos; aumento de la concentración de la orina; sobredistensión vesical.

1.3.2.1.4 Incontinencia urinaria funcional (1986)

Definición. Estado en el que una persona experimenta emisión de orina voluntaria e impredecible.

Características definitorias. Mayores: urgencia de miccionar o contracciones vesicales de suficiente intensidad para resultar en pérdida de orina antes de disponer del recipiente adecuado.

Factores relacionados. Alteración del entorno; déficits sensitivos, cognitivos o de movilidad.

1.3.2.1.5 Incontinencia urinaria total (1986)

Definición. Estado en el que una persona experimenta pérdida de orina continua e impredecible.

Características definitorias. Mayores: flujo de orina constante que se produce con intervalos impredecibles, sin distensión o falta de inhibición de las contracciones/espasmos vesicales, incontinencia resistente al tratamiento.

Menores: falta de sensación perineal o de llenado vesical; falta de conciencia de la incontinencia.

Factores relacionados. Neuropatías que impiden la transmisión del reflejo indicativo, repleción vesical; disfunción neurológica que provoca la micción con intervalos imprevisibles; contracción independiente del reflejo detrusor, debido a cirugía, traumatismo o enfermedades que afectan los nervios de la médula espinal; anatómicos (fístulas).

1.3.2.2 Retención urinaria (1986)

Definición. Estado en el que una persona experimenta vaciado incompleto de la vejiga.

Características definitorias. Mayores: distensión vesical; micciones frecuentes de poca cantidad o ausencia de diuresis.

Menores: sensación de repleción vesical; goteo, orina residual, disuria; incontinencia por rebosamiento.

Factores relacionados. Alta presión uretral causada por detrusor débil; inhibición del arco reflejo; esfínter potente; obstrucción.

Nota: se aconseja el uso de esta categoría diagnóstica solo en las situaciones en que la enfermera pueda intervenir de forma independiente; por tanto, no es adecuada en los casos de retención urinaria provocada por procesos agudos o cuando se recomienda sondaje vesical permanente, ya que ambas situaciones requerirían abordaje interdependiente.

1.4.1.1 Alteración de la perfusión hística (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal o periférica (1980)

Definición. Estado en que la persona experimenta disminución en la nutrición y oxigenación al nivel celular, debido al déficit en el aporte de sangre capilar.

Características definitorias:

Probabilidades de que las características se presenten en el diagnóstico dado

Sensibilidad y especificidad estimadas.

Probabilidades de que las características no sean por ningún otro diagnóstico

Temperatura de la piel, extremidades frías	Altas	Bajas
Color de la piel: azulado o purpúreo en posición dependiente	Moderadas	Bajas
*Palidez con elevación, que no desaparece al bajar la extremidad	Altas	Altas
*Disminución de las pulsaciones arteriales	Altas	Altas
Calidad de la piel: brillante	Altas	Bajas
Falta de vello	Altas	Moderadas
Cicatrices redondeadas recubiertas de piel atrofiada	Bajas	Altas
Gangrena	Bajas	Altas
Uñas quebradizas, secas, de crecimiento lento	Altas	Moderadas
Claudicación	Moderadas	Altas
Cambios de presión arterial en las extremidades	Moderadas	Altas
Soplos	Moderadas	Moderadas
Lenta curación de las lesiones	Altas	Bajas

Factores relacionados. Interrupción del flujo arterial: interrupción del flujo venoso, problemas de intercambio; hipovolemia; hipervolemia.

4.1.2.1 Exceso del volumen de líquidos (1982)

Definición. Estado en que la persona experimenta un aumento de la retención de líquidos y edema.

* Se requiere nuevo trabajo y desarrollo para los subcomponentes, específicamente cerebral, renal y gastrointestinal.

Características definitorias. Edema; derrame; anasarca; aumento de peso; falta de aliento; aporte superior a la pérdida; sonido cardíaco (5/3); congestión pulmonar (radiografía de tórax), sonidos respiratorios anormales; estertores; cambio del patrón respiratorio; cambio en el estado mental; disminución de la hemoglobina y del hematócrito; cambios en la presión sanguínea; cambios en la presión venosa central, cambios en la presión de la arteria pulmonar; distensión de la arteria yugular, reflejo hepatoyugular positivo, oliguria, cambios de la gravedad; azotemia; alteración de los electrolitos; agitación.

Factores relacionados. Compromiso de los mecanismos reguladores; exceso de aporte de líquidos; exceso de aporte de sodio.

4.1.2.2.1 Déficit del volumen de líquidos (1982)

Definición. Estado en que la persona experimenta deshidratación vascular celular o intracelular.

Características definitorias. Cambios en la diuresis; cambios en la concentración de la orina, aumento o pérdida súbita de peso; disminución del llenado venoso; hemoconcentración; cambios en los niveles de sodio sérico.

Posibles características. Hipotensión, sed, aumento de la frecuencia del pulso, disminución del turgor de la piel; disminución del volumen/presión del pulso; cambio del estado mental; aumento de la temperatura corporal; piel y membranas mucosas secas; debilidad.

Factores relacionados. Pérdida activa del volumen de líquido; fallo de los mecanismos reguladores.

4.1.2.2.1 Déficit potencial del volumen de líquidos (1978)

Definición. Estado en que la persona presenta riesgo de experimentar deshidratación vascular, celular o intracelular.

Características definitorias. Presencia de factores de riesgos como: extremos cronológicos; extremos ponderales; pérdidas excesivas a través de las vías normales (ejemplo, diarrea); pérdida de líquidos a través de las vías anormales (ejemplo, catéter permanentes); desviaciones que afecten el acceso a los líquidos o la ingestión o la absorción de estos (ejemplo, la inmovilidad física); factores que influyen sobre la necesidad de líquidos, por ejemplo: estados hipermetabólicos de conocimientos respecto al volumen de líquidos, medicamentos (diuréticos).

Factores relacionados. Ver los factores de riesgos.

5.1.2 Limpieza ineficaz de las vías respiratorias (1980)

Definición. Estado en que la persona es incapaz de eliminar las secreciones obstructivas del tracto respiratorio, para mantener la permeabilidad de las vías aéreas.

Características definitorias. Sonidos respiratorios anormales (estertores, roncos); cambios de la frecuencia o profundidad de las respiraciones; taquipnea; tos productiva/inefectiva, con esputo o sin él; cianosis, disnea.

Factores relacionados. Disminución de la energía, fatiga, infección, obstrucción traqueobronquial; deterioro perceptual/cognitivo; traumatismo.

5.1.3 Patrón respiratorio ineficaz (1980)

Definición. Estado en que el patrón de inhalación y/o exhalación de una persona no permite la inflación o vaciado pulmonar adecuado.

Características definitorias. Falta de aliento; taquipnea; frémito; gasometría anormal; cianosis; tos; aleteo nasal; cambios en la profundidad respiratoria; asunción de la posición en trípode; respiración con los fruncidos/fase espiratoria prolongada; aumento del diámetro anterior; uso de los músculos accesorios; alteración de la expansión torácica.

Factores relacionados. Deterioro neuromuscular; dolor; deterioro musculoesquelético anterior perceptual/cognitivo; ansiedad; disminución de la energía.

4.2.1 Disminución del gasto cardíaco (1975)

Definición. Estado en que la cantidad de sangre bombeada por el corazón de una persona está reducida hasta el punto de ser insuficiente, para cubrir las necesidades de los tejidos corporales.

Características definitorias. Variaciones en las lecturas de la presión arterial; arritmias; fatiga; distensión de las venas yugulares; cambios de color en la piel o membranas mucosas; oliguria; disminución de los pulsos periféricos; piel fría y sudorosa; estertores; ortopnea; agitación.

Posibles características. Cambios del estado mental; falta de aliento; síncope; vértigo, edema; tos, esputo espumoso; ritmo de galope; debilidad.

Factores relacionados. Se deben desarrollar.

5.1.1 Deterioro del intercambio gaseoso (1980)

Definición. Estado en que la persona experimenta una disminución en el paso de oxígeno y/o dióxido de carbono entre los alvéolos pulmonares y el sistema vascular.

Características definitorias. Confusión; somnolencia; agitación; irritabilidad; incapacidad para movilizar las secreciones; hipercapnia; hipoxia.

Factores relacionados. Desequilibrio ventilación-perfusión. Niños sin vigilancia en la bañera o en la piscina; fugas de gas doméstico; fumar en la casa; uso de calefacciones sin la debida ventilación al exterior; tendedera con las cuerdas bajas; chupete colgado alrededor del cuello del niño; ingestión de grandes bocados de comida.

6.1.2 Potencial de intoxicación (1980)

Definición. Acentuación del riesgo de exposición accidental a sustancias o productos peligrosos en dosis suficientes para causar intoxicación.

Características definitorias. Presencia de factores de riesgos como:

Internos (de la persona): reducción de la visión; ambiente laboral sin las debidas precauciones; seguridad o educación farmacológica; falta de las precauciones adecuadas; dificultades cognitiva o emocionales; recursos económicos insuficientes.

Externos (ambientales): grandes cantidades de medicamentos; almacenaje de medicamentos en armarios sin llave, accesible a los niños o personas afectadas de sus facultades; productos peligrosos almacenados y colocados al alcance de los niños o personas afectadas de sus facultades; disponibilidad de drogas ilegales potencialmente contaminadas con aditivos; desprendimiento o descamación de la pintura en presencia de niños pequeños; contaminación química de los alimentos y el agua; contacto con metales pesados o productos químicos sin protección efectiva; presencia de vegetación venosa; presencia de contaminantes atmosféricos.

Factores relacionados. Ver los factores de riesgo.

6.1 Potencial de lesión (1978)

Definición. Estado en que la persona presenta riesgo de lesión como resultado de condiciones ambientales que interactúan con los recursos adaptativo y defensivos de la persona.

Características definitorias. Presencia de factores de riesgos como:

Internos: bioquímicos; función reguladora: disfunción sensitiva, disfunción integradora, disfunción del elector; hipoxia hística;

malnutrición; autoinmunidad; perfil sanguíneo anormal (leucocitosis/leucopenia); alteración de los factores de la coagulación; trombocitopenia; células falciformes; talasemia; disminución de la hemoglobina; físicos (rotura de la piel, alteración de la movilidad); edad; desarrollo fisiológicos, psicosociales, psicológicos (afectivos, orientación).

Externos: biológicos (nivel de inmunización de la comunidad, microorganismos); químicos (contaminantes, venenos, drogas, agentes farmacológicos, alcohol, cafeína, nicotina, conservantes, cosméticos y tintes); nutrientes (vitaminas, tipos de alimentos); físicos (diseño, estructura y disposición de la comunidad, edificios y/o equipos); sistema de transporte; población/proveedor (agentes nosocomiales) factores cognitivos, afectivos y psicomotores.

Factores relacionados. Ver los factores de riesgo.

6.1.1 Potencial de asfixia (1980)

Definición. Acentuación del riesgo de asfixia accidental (no adecuación del aire disponible para la inhalación).

Características definitorias. Presencia de factores de riesgos como:

Internos (individuales): reducción de la sensibilidad olfativa; reducción de las habilidades motoras; falta de educación en las medidas de seguridad; falta de precauciones de seguridad; dificultades cognitivas o emocionales; procesos patológicos o lesiones.

Externos (ambientales): almohadas en la cuna de los niños; dejar el biberón con agua en la cuna del niño, vehículos con el motor en marcha en el garaje cerrado; niños que juegan con bolsas de plástico o se insertan pequeños objetos en la nariz o en la boca; frigoríferos o congeladores desechados o que no se utilizan.

6.1.3 Potencial de traumatismo (1980)

Definición. Acentuación del riesgo de lesión hística accidental, por ejemplo: heridas, quemaduras o fracturas.

Características definitorias. Presencia de factores de riesgos como:

Internos (de la persona): debilidad; déficit visual; problemas de equilibrio; reducción de la sensibilidad táctil y/o térmica; disminución de la coordinación de los músculos grandes o pequeños; disminución de la coordinación mano-ojo; falta de educación para la seguridad; falta de precaución de seguridad; recursos económicos insuficientes para adquirir equipos de seguridad o efectuar reparaciones; dificultades emocionales o cognitivas; historia de traumatismo.

Externos (ambientales): suelos resbaladizos (por ejemplo, húmedos, muy encerados); cúmulo de nieve o hielo en las escaleras o zonas de paso; alfombras sin fijar al suelo; bañera si asidero o equipo antideslizante. Uso de escaleras o sillas inseguras; mala iluminación de las habitaciones; falta de barandillas en las escaleras o barandillas inseguras; cables eléctricos sueltos; basura o líquidos en el suelo o escalera; camas altas; niños que juegan en lo alto de una escalera sin barrera de protección, obstrucciones en los pasillos; protección insegura de las ventanas en casa con niños pequeños; mecanismos de solicitud de ayuda inadecuados en pacientes confinados en cama; recipientes asomados en el borde de la cocina; baño con agua caliente, por ejemplo, baño de niño pequeño sin supervisión; retraso en el encendido de la cocina u horno de gas; experimentación con productos químicos o gasolina; fuego o estufa sin pantalla protectora; uso de delantal plástico o ropa flotante cerca de las llamas; niños que juegan con cerillas; trapos manchados de aceite o lejía; juguetes o ropa de niños altamente inflamable; contacto con maquinaria que se mueve muy rápido; resbalar sobre ropa de cama muy basta; enchufes eléctricos defectuosos; cables pelados o aparatos en mal estado; contacto con ácidos o jugar con fuegos artificiales o armas de fuego; exposición excesiva al sol, lámparas solares, radioterapia; vasos rajados; cuchillos guardados descubiertos; pistola o munición guardada sin cerrar con llave; exposición a maquinaria peligrosa; vecindario con alto índice de delincuencia; conducir un vehículo mecánicamente inseguro después de haber ingerido bebidas alcohólicas o drogas; conducir a velocidad excesiva; conducir sin la ayuda visual necesaria, llevar niños en el asiento delantero del carro; fumar en la cama; sobre carga de los enchufes de electricidad, residuos grasos almacenados en la estufa; uso de agarradores para las ollas delgadas o gastados, niños pequeños transportados en bicicletas de adultos.

6.1.4 Potencial de aspiración (1988)

Definición. Estado en que la persona presenta riesgo del paso al árbol traqueobronquial de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos.

Características definitorias. Presencia de factores de riesgos como: reducción del nivel de conciencia; depresión de los reflejos nauseosos y de la tos; presencia del tubo de traqueotomía o endotraqueal; incompetencia del esfínter esofágico inferior; tubos gastrointestinales; alimentación por sonda; administración de medicamentos; situaciones que impiden la elevación de la parte superior

del cuerpo; aumento de la presión intragástrica; aumento del volumen gástrico; disminución de la motilidad gastrointestinal; retraso del vaciado gástrico; deterioro de la deglución; cirugía o traumatismo facial/oral/del cuello; cerclaje mandibular.

Factores relacionados. Ver los factores de riesgo.

6.1.5 Potencial del síndrome de desuso (1988)

Definición. Estado en que la persona presenta riesgo de deterioro de los sistemas corporales, como resultado de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable.

Características definitorias. Presencia de factores de riesgos como: parálisis; inmovilización mecánica; inmovilización prescrita; alteración del nivel de conciencia.

Factores relacionados. Ver los factores de riesgo.

6.2 Alteración de la protección (1990)

Definición. Estado en que la persona experimenta disminución de la habilidad para protegerse de amenazas internas y externas como enfermedades o lesiones.

Características definitorias. Mayores: deficiencia inmunitaria; deterioro de la cicatrización; alteración de la coagulación; respuesta desadaptada al estrés; alteración neurosensorial.

Menores: escalofríos; sudaciones; tos; prurito; agitación; insomnio; fatiga; anorexia; debilidad; inmovilidad; desorientación; úlceras por presión.

Factores relacionados. Extremos de edad; nutrición inadecuada; abuso del alcohol; perfiles hematológicos anormales (leucopenia, trombocitopenia, anemia, coagulación); farmacoterapia (antineoplásicos, corticosteroides; terapia inmunitaria; anticoagulantes; trombolíticos); tratamientos (cirugía, radioterapia) y enfermedades como cáncer y trastornos inmunológicos.

6.2.1 Deterioro de la integridad hística (1986)

Definición. Estado en que la persona experimenta lesión de las membranas, mucosas, tejido corneal, integumentario o subcutáneo.

Características definitorias. Mayores: lesión o destrucción de los tejidos (corneal, integumentario, subcutáneo o membrana mucosa).

Factores relacionados. Alteración de la circulación; déficit/exceso nutricional; exceso de líquidos; déficit de conocimientos; deterioro de la integridad física; irritantes; sustancias químicas (incluyen las excreciones, secreciones corporales y los medicamentos); agentes térmicos de temperatura; agentes mecánicos (presión, fricción); radiación (incluyen las radiaciones terapéuticas).

6.2.1.1 Alteración de la membrana de la mucosa oral (1982)

Definición. Estado en que una persona experimenta alteración en los tejidos de la cavidad oral.

Características definitorias. Dolor/malestar en la cavidad oral; lengua saburral; boca seca; estomatitis; lesiones o úlceras orales; falta o disminución de la salivación; leucoplaquia; edema; hiperemia; placas de descamación; vesículas; gingivitis hemorrágica; caries dentales; halitosis.

Factores relacionados. Condiciones patológicas de la cavidad oral (radiación de la cabeza o cuello); deshidratación; traumatismo (químicos, ejemplo: alimentos ácidos, drogas, agentes nocivos, alcohol; mecánicos, por ejemplo: dentaduras mal ajustadas, puentes, tubos endotraqueales o gástricos, cirugía de la cavidad oral); dieta absoluta durante 24 horas; higiene oral inefectiva; respiración bucal; mala nutrición; infección; falta o disminución de la salivación; medicación.

6.2.1.2.1 Deterioro de la integridad cutánea (1975)

Definición. Estado en que la piel de la persona está adversamente afectada.

Características definitorias. Alteración de la superficie cutánea; destrucción de las capas de la piel; invasión de las estructuras.

Factores relacionados. Externos (ambientales): hipertermia o hipotermia; sustancias químicas; factores mecánicos (deslizamiento, presión, sujeciones); radiación; inmovilidad física; humedad.

Internos (somáticos): medicación; alteración del estado; nutrición; obesidad, emaciación; alteración del estado metabólico; alteración de la circulación; alteración de la sensibilidad; alteración de la alimentación; prominencias óseas; factores del desarrollo; déficit inmunológico; alteraciones del turgor cutáneo (cambios en la elasticidad).

3 6.2.1.2.2 Deterioro potencial de la integridad cutánea (1975)

Definición. Estado en que la piel de la persona presenta riesgo de ser afectada adversamente.

Características definitorias. Presencia de factores de riesgos como: externos (ambientales): hipertermia o hipotermia; sustancias químicas; factores mecánicos (deslizamiento, presión, sujeciones); radiación; inmovilidad física; humedad.

Internos (somáticos): medicación; alteración del estado; nutrición; obesidad, emaciación; alteración del estado metabólico; alteración de la circulación; alteración de la sensibilidad; alteración de la alimentación; prominencias óseas; factores del desarrollo; déficit inmunológico; alteraciones del turgor cutáneo (cambios en la elasticidad); inmunológicos.

Factores relacionados. Ver los factores de riesgo.

1.1.1 Deterioro de la comunicación verbal (1973)

Definición. Estado en que la persona experimenta disminución o ausencia de la capacidad para usar o comprender el lenguaje.

Características definitorias. *Incapacidad para hablar en el lenguaje dominante; *habla con dificultad; *no habla o no puede hablar; *pronunciación defectuosa; *tartamudeo; dificultad para formular las palabras o frases; dificultad para expresar verbalmente los pensamientos; desorientación.

Factores relacionados. Disminución de la circulación cerebral; tumor cerebral; barreras mecánicas (traqueostomía, intubación); defecto anatómico, labio leporino; barreras psicológicas (psicosis, falta de estímulos); factores relacionados con la edad o desarrollo.

1.1 Deterioro de la interacción social (1986)

Definición. Estado en que la persona participa en un intercambio social de forma insuficiente o excesiva o de calidad inefectiva.

Características definitorias. Mayores: expresión u observación de malestar en las situaciones sociales; expresión u observación de incapacidad para recibir o transmitir una sensación satisfactoria de pertenencia; cariño; interés; observación de empleo de conductas de interacción social ineficaces; interacción disfuncional con los compañeros y/u otros.

Menores: informes familiares de cambio del estilo o patrón de interacción.

Factores relacionados. Déficit de conocimientos/habilidades respecto al modo de fomentar la mutualidad; barreras de comunicación; trastornos del autoconcepto; ausencia de compañeros o personas

* Crítica.

significativas; limitación de movilidad física; disonancia sociocultural; barreras ambientales; alteración de los procesos del pensamiento.

1.2 Aislamiento social (1982)

Definición. Soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo y amenazador.

Características definitorias. Objetivas: *ausencia de personas significativas de soporte (familia, amigos, grupo); tristeza; intereses/actividades inapropiadas o inmaduras para su edad/estado de desarrollo evolutivo; mutismo; falta de contacto ocular; preocupación por los propios pensamientos, acciones repetitivas carentes de significado; transmite hostilidad en la voz o en la conducta; busca estar solo o vive en una subcultura; evidencia de limitaciones físicas/mentales o alteración del estado de bienestar; muestra una conducta inaceptable por el grupo cultural dominante.

Subjetivos: *expresa sentimientos de soledad impuestos por otros; *expresa sentimientos de rechazo; experimenta sentimientos de indiferencia por parte de los demás; expectativas de vida inadecuadas.

2.1 Alteración en el desempeño del rol (1978)

Definición. Desajuste en la forma en que la persona percibe el desempeño de su rol.

Características definitorias. Cambio en la autopercepción del rol; negación del rol; cambios en la percepción del rol de los demás; conflicto de roles; cambios en la capacidad física para asumir el rol; falta de conocimientos para desempeñar el rol; cambio en los patrones habituales de responsabilidad.

Factores relacionados. Se deben desarrollar.

2.1.1.1 Alteración parental (1978)

Definición. Estado en que la figura/s responsable/s de la crianza del niño experimenta/n una incapacidad para crear el entorno que promueva un desarrollo óptimo de otro ser humano.

Características definitorias. Abandono; huida del hogar; incapacidad para controlar al niño; incidencia de traumatismos físicos o traumas psicológicos; falta de comportamientos de vinculación afectiva parental; inadecuada estimulación táctil, auditiva o visual; identificación negativa de las características del lactante/niño; manifesta-

* Crítica.

ción constante de la desilusión respecto al sexo o a las características físicas del lactante.

Factores relacionados. Alteración de la circulación; déficit/exceso nutritivo; déficit excesivo de líquidos; déficit de conocimientos; deterioro de la movilidad física; irritantes químicos (incluyen excreciones, secreciones corporales y medicamentos); irritantes térmicos (temperaturas extremas); irritantes mecánicos (presión, cizallamiento, fricción); radiación (incluyen la radiación terapéutica).

2.2 Alteración de los procesos familiares (1982)

Definición. Estado en que una familia que funciona normalmente experimenta una disfunción.

Características definitorias. Sistema familiar incapaz de cubrir las necesidades físicas de los miembros; sistema familiar incapaz de cubrir las necesidades emocionales de sus miembros; sistema familiar incapaz de cubrir las necesidades espirituales de sus miembros; falta de respeto hacia los puntos de vista que tiene el otro cónyuge sobre la forma de criar a los hijos; incapacidad para expresar/aceptar los sentimientos de los miembros de la familia; incapacidad de la familia para cubrir las necesidades de seguridad de sus miembros; incapacidad de los miembros de la familia de apoyar a otro para el desarrollo y maduración mutuos; familia no implicada en las actividades de la comunidad; incapacidad para aceptar/recibir adecuadamente; rigidez en los roles y función; la familia no muestra respecto hacia la individualidad y autonomía de sus miembros; la familia incapaz de adaptarse a los cambios/afrontar las experiencias traumáticas de forma constructiva; fallo familiar en el logro de las tareas de desarrollo actuales/anteriores; procesos familiares poco saludable en la toma de decisiones; fallo de enviar/recibir mensajes claros; conocimiento inadecuado de los límites; inadecuación o mala comunicación de las reglas, rituales y símbolos familiares; mitos familiares no sometidos a examen; nivel y dirección de la energía inapropiados.

Factores relacionados. Situaciones de transición y/o crisis; transición y/o crisis del desarrollo.

2.2.1.1 Conflicto del rol parental (1988)

Definición. Estado en que uno de los progenitores experimenta confusión, conflicto del rol en respuesta a una crisis.

Características definitorias. Mayores: uno o ambos progenitores expresa/n preocupación/sentimientos de inadecuación para cubrir las necesidades físicas/emocionales del hijo durante la

hospitalización o en el domicilio; alteración demostrada en los cuidados cotidianos; uno o ambos progenitores expresan preocupación por cambios en el rol parental, funcionamiento familiar, comunicación familiar, salud familiar.

Menores: expresa preocupación por la percepción de pérdida del control sobre las decisiones relativas a su hijo; se muestra resistente a participar en las actividades habituales de cuidado del niño, incluso con estímulo y apoyo; ante una enfermedad del hijo, verbalización/manifestación de sentimientos de culpa, cólera, temor, ansiedad y/o frustración, efecto de esta sobre el proceso familiar.

Factores relacionados. Separación del niño debido a enfermedad crónica; intimidación; modalidades invasivas o restrictivas (ejemplo, aislamiento, intubación); procedimiento o centros de cuidados especializados; cuidados domiciliarios de un niño con necesidades especiales (ejemplo, monitorización de apnea, drenaje postural, hiperalimentación); cambio del estado marital; alteraciones de la vida familiar debido a los cuidados domiciliarios otorgados (tratamientos, cuidadores, falta de descanso).

3.3 Alteración de los patrones de sexualidad (1986)

Definición. Estado en que la persona expresa preocupación respecto a su sexualidad.

Características definitorias. Mayores: informe de dificultades, limitaciones o cambios en las conductas o actividades sexuales.

Factores relacionados. Déficit de conocimientos/habilidades sobre respuestas relativas a transiciones relacionadas con la enfermedad, alteración de la estructura o función corporal; enfermedad o tratamiento médico; falta de una persona significativa; modelos del rol no válidos o ausentes; conflicto con la orientación sexual o variaciones en las preferencias; miedo al embarazo o a contraer enfermedades de transmisión sexual; deterioro de las relaciones con la persona significativa.

4.1.1 Sufrimiento espiritual (sufrimiento del espíritu)

Definición. Alteración del principio vital que satura todo el ser de la persona e integra y trasciende la naturaleza biológica y psicosocial del humano.

Características definitorias. *Expresiones de preocupación con respecto al significado de la vida/muerte y/o sistema de valores, cóle-

* Crítica.

ra hacia Dios; verbalización de conflictos internos sobre creencias; verbalización de preocupaciones con respecto a las relaciones; cuestiones sobre el significado de la propia existencia; incapacidad para participar en las prácticas religiosas habituales, queda de ayuda espiritual; cuestione sobre las implicaciones moral-éticas del régimen terapéutico; humor negro; desplazamiento de la realidad hacia los representantes religiosos; descripción de pesadillas/trastornos del sueño; alteraciones del comportamiento/humor manifestadas, cólera, llanto, retraimiento, preocupación, ansiedad, hostilidad, etc.

Factores relacionados. Separación de los vínculos culturales/religiosos; reto al sistema de creencias y valores, ejemplo, debido a las implicaciones morales/éticas de la terapia por sufrimientos intenso.

5.1.1.1 Afrontamiento individual inefectivo (1978)

Definición. Deterioro de las conductas adaptativas y de la capacidad de solución de problemas de una persona para cubrir las demandas y roles de la vida.

Características definitorias. *Expresión verbal de incapacidad para afrontar la situación o incapacidad para solicitar ayuda; incapacidad para cubrir las expectativas del rol; incapacidad para cubrir las necesidades básicas.

*Incapacidad para solucionar los problemas; alteración en la participación social; conducta destructiva hacia sí mismo o hacia los demás, uso inadecuado de los mecanismos de defensa; cambio en los patrones de comunicación habituales; manipulación verbal; alta tasa de enfermedad; alta tasa de accidentes.

Factores relacionados. Crisis situacionales; crisis de maduración; vulnerabilidad.

5.1.1.1.1 Deterioro de la adaptación (1986)

Definición. Estado en que la persona es incapaz de modificar su vida/conducta de forma coherente con un cambio en su estado.

Características definitorias. Mayores: expresión de no aceptación del cambio, inexistencia o fracaso de la capacidad para afrontar los problemas o determinación de objetivos.

Menores: falta de movimiento hacia la independencia, período de shock, incredulidad o cólera, falta de pensamiento positivo.

* Crítica.

Factores relacionados. Incapacidad que requiere cambios; soportes inadecuados; deterioro y ataque a la autoestima; alteración del locus of control (lugar control); duelo incompleto.

5.3.1.1.2 Afrontamiento defensivo (1988)

Definición. Estado en que la persona expresa de manera repetida una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que la defiende de amenazas subyacentes que percibe para su autoimagen positiva.

Características definitorias. Mayores: negación de problemas/debilidades existentes; proyección de culpa/responsabilidad; racionalización de los fallos; hipersensibilidad a los desaires/críticas; grandiosidad.

Menores: actitud de superioridad hacia otros; dificultad para establecer o mantener las relaciones; risa hostil o ridiculización de los demás; dificultad para contrastar sus percepciones con la realidad; falta de seguimiento o participación en la terapia o tratamiento.

5.1.1.1.3 Negación ineficaz (1988)

Definición. Intento consciente o inconsciente de ignorar el conocimiento o significado de un acontecimiento, para reducir la ansiedad/temor en detrimento de la salud.

Características definitorias. Mayores: retrasa la búsqueda o rechaza la atención sanitaria en detrimento de la salud; no percibe la relevancia de los síntomas o del peligro.

Menores: usa remedios caseros (autotratamiento) para aliviar los síntomas; no admite el temor a la muerte o a la invalidez; minimiza los síntomas; desplaza el origen de los síntomas a otros órganos; es incapaz de admitir el impacto de la enfermedad sobre su estilo de vida; hace gestos o comentarios de rechazo cuando habla de acontecimientos dolorosos; desplaza el miedo al impacto provocado por su estado; muestra un estado de ánimo inapropiado.

5.1.2.1.1 Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante (1980)

Definición. Conducta de la persona significativa (miembro de la familia u otra persona de referencia) que inhabilita sus propias capacidades y la capacidad del paciente para abordar de manera efectiva tareas esenciales para la adaptación de ambos, al reto de salud.

Características definitorias. Cuidado negligente del cliente con respecto a sus necesidades básicas y/o tratamiento de la enferme-

dad; distorsión de la realidad del propio problema de salud del cliente, que incluyen negación extrema de su existencia, severidad; intolerancia; rechazo; abandono; deserción; realización de las rutinas habituales desatendiendo las necesidades del cliente; psicopatización; adopción de los signos de enfermedad del cliente; decisiones y acciones de la familia que son negativas para el bienestar económico o social; agitación; depresión; agresión; hostilidad; deterioro de la reestructuración de una vida significativa para sí mismo; deterioro de la individualización; preocupación por el cliente excesiva y prolongada; relaciones negligentes con otros miembros de la familia; desarrollo de desesperanza o dependencia pasiva por parte del cliente.

Factores relacionados. Persona significativa con sentimientos de culpa crónicos y no expresados, ansiedad, hostilidad, desesperación, etc; discrepancias disonantes entre las formas de adaptación, para hacer frente a las tareas adaptativas entre las personas significativas y el cliente o entre varias personas significativas; relaciones familiares intensamente ambivalentes; manejo arbitrario de la resistencia familiar al tratamiento, que tiende a consolidar la defensa en la medida que falla, para afrontar adecuadamente la ansiedad subyacente.

5.1.2.1.2 Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido (1980)

Definición. La persona de referencia (miembro de la familia, amigo) que habitualmente proporciona soporte en el momento actual, ofrece un apoyo, bienestar, estímulos o ayuda de forma insuficiente, comprometida o inefectiva, para que el paciente pueda desarrollar o dominar los procesos de adaptación relacionados con el reto a su salud.

Características definitorias. Subjetivas: el cliente expresa o confirma que una preocupación o queja por la respuesta de la persona o personas para él significativa ante su problema de salud; la persona de referencia describe o denota su preocupación mediante reacciones personales, (ejemplo: temor, duelo anticipado, ansiedad ante la enfermedad, incapacidad para controlar la situación o crisis en otras situaciones); la persona significativa describe o confirma una comprensión o conocimiento inadecuado de la enfermedad, que interfiere en la eficacia del comportamiento de ayuda o apoyo.

Objetivas: la persona de referencia intenta conductas de ayuda o apoyo con resultados pocos satisfactorios; la persona se encierra en sí misma o entra en una comunicación personal limitada o temporal

con el cliente en el momento de necesidad; la persona muestra un comportamiento protector desproporcionado (por exceso o defecto) ante la necesidad de autonomía o capacidades del cliente.

Factores relacionados. Formación o comprensión inadecuada o incorrecta de la persona de referencia; preocupación temporal de la persona que intenta maniobrar conflictos emocionales y sufrimientos personales, por lo que es incapaz de percibir o actuar de forma efectiva con respecto a las necesidades del cliente, desorganización familiar temporal y cambios de roles; otras crisis situacionales o de desarrollo que puede estar afrontando la persona; poco soporte proporcionado por parte del paciente a la persona de referencia; enfermedad prolongada o progresión de la incapacidad que agota la capacidad de apoyo de las personas.

5.1.2.2 Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo (1980)

Definición. Manejo efectivo de las tareas adaptativas del miembro de la familia, aplicado en los cuidados de salud del cliente, que ahora muestra deseos y disponibilidad para aumentar su propia salud y desarrollo de los clientes (pacientes).

Características definitorias. Un miembro de la familia intenta describir el creciente impacto de la crisis en sus propios valores, objetivos, prioridades o relaciones; el miembro de la familia avanza en la promoción de la salud y un estilo de vida enriquecedor, apoyado y controla los procesos de maduración, revisa y negocia los programas terapéuticos y elige casi siempre experiencias que aumentan el bienestar, la persona expresa interés en entrar en contacto individual o a través de un grupo de ayuda mutua con otra persona que haya experimentado una situación similar.

Factores relacionados. Necesidades suficientes satisfechas y tareas adaptativas abordadas con la efectividad suficiente para permitir aflorar objetivos de autorrealización.

5.2.1.1 No seguimiento del tratamiento (especificar) (1973)

Definición. Decisión informada de una persona de no seguir una recomendación terapéutica.

Características definitorias. *Conducta indicativa de no seguimiento del tratamiento (por medición directa o por afirmaciones del

* Crítica.

cliente u otra persona, allegada) pruebas objetivas (mediciones fisiológicas, detección de marcadores); evidencia de desarrollo de complicaciones; evidencia de exacerbación de los síntomas; no asistencia a las visitas concertadas; falta de progresos.

Factores relacionados. Sistema de valores del cliente: ideas sobre la salud, influencias culturales; valores espirituales; relación entre el cliente y la persona que le brinda los cuidados de salud.

5.3.1.1 Conflicto de decisiones (especificar) (1988)

Definición. Estado de incertidumbre sobre la evolución que debe tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o pone a prueba los valores personales.

Características definitorias. Mayores: verbalización de incertidumbre sobre las soluciones; conocimiento de consecuencias no deseadas de las acciones alternativas que se han de considerar; vacilación entre elecciones alternativas; retraso en la toma de decisiones.

Menores: verbalización de sentimientos de sufrimiento al intentar tomar una decisión; egocentrismo; signos físicos de sufrimiento o tensión (aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la tensión muscular, agitación, etc); cuestionamiento de los valores y creencias personales, mientras intenta tomar una decisión.

Factores relacionados. Valores/creencias personales poco claros; percepción de los valores personales; falta de experiencia o interferencia en la toma de decisiones; falta de información relevante; sistema de apoyo deficitario; fuentes de información múltiples o divergentes.

5.4 Conductas generadoras de salud (especificar) (1988)

Definición. Situación en que la persona con una salud estable busca activamente formas para alterar los hábitos sanitarios personales y/o su entorno, con el propósito de alcanzar un nivel más alto de salud.

Características definitorias. Mayores: expresión u observación de deseos de conseguir un nivel más alto de bienestar. Se define como "situación de salud estable", la práctica de medidas preventivas de la enfermedad apropiadas a la edad, al tiempo que el paciente manifiesta gozar de una salud buena o excelente, y en el caso de presencia de síntomas de enfermedad, si existe, mantiene un eficaz control de estos.

Menores: expresión u observación de deseos de un mayor control sobre las prácticas de salud; expresión de preocupación acerca

de la repercusión de las condiciones ambientales actuales sobre el estado de salud; expresión u observación de falta de familiaridad con los recursos de salud de la comunidad; demostración u observación de falta de conocimientos sobre conductas promotoras de salud.

6.1.1.1 Deterioro de la movilidad física (1973)

Definición. Estado en que la persona experimenta una limitación de la movilidad para el movimiento físico independiente.

Características definitorias. Incapacidad para moverse a voluntad dentro del entorno físico, que incluyen la movilidad en la cama, traslados y deambulación; resistencia a intentar movimientos; limitación de la amplitud de movimientos; disminución de la fuerza, control y/o masa muscular; imposición de restricciones de movimientos, incluyen protocolos mecánicos o médicos; deterioro de la coordinación.

Factores relacionados. Intolerancia a la actividad/disminución de la fuerza y resistencia al dolor /malestar; deterioro perceptual/cognitivo; deterioro neuromuscular; deterioro musculoesquelético; depresión/ansiedad severas.

Clasificación sugerida para el nivel funcional.

0. Completamente independiente.
1. Requiere el uso de equipo o dispositivos.
2. Requiere de otra persona para ayudar, supervisión o enseñanza.
3. Requiere ayuda de otra persona y de equipo o dispositivos.
4. Dependiente, no participa en la actividad.

6.1.1.2 Intolerancia a la actividad (1982)

Definición. Estado en que una persona tiene insuficiente energía psicológica o fisiológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Características definitorias. *Informes verbales de fatiga o debilidad; frecuencia cardíaca o presión arterial anormal como respuesta a la actividad; malestar o disnea de esfuerzo; cambios electrocardiográficos que reflejan arritmias o isquemias.

Factores relacionados. Reposo en cama/inmovilidad; debilidad generalizada; estilo de vida sedentario; desequilibrio entre aporte/demanda de oxígeno.

* Crítica.

6.1.1.2.1 Fatiga (1988)

Definición. Sensación de agotamiento sostenido y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental.

Características definitorias. Mayores: sensación de necesidad de energía que no desaparece, incapacidad para mantener las tareas rutinarias; aumento de la debilidad emocional; deterioro del rendimiento; letargo; disminución de la libido; tendencia a los accidentes; desinterés por el entorno.

Factores relacionados. Disminución/aumento en la producción de energía metabólica; demandas fisiológicas o emocionales abrumadoras; aumento de los requerimientos de energía para realizar las actividades de la vida diaria; excesivas demandas sociales y/o del rol; estados de malestar; alteraciones de la química corporal (medicamentos, supresión de drogas; quimioterapia).

6.1.1.3 Potencial de intolerancia a la actividad (1982)

Definición. *Estado en que una persona presenta riesgo de experimentar insuficiente energía psicológica o fisiológica para tolerar o completar actividades diarias requeridas o deseadas.

Características definitorias. Presencia de factores de riesgos como: antecedentes de intolerancia; estado de descondicionamiento, presencia de problemas respiratorios/circulatorios; inexperiencia a la actividad.

Factores relacionados. Ver los factores de riesgos.

6.2.1 Alteración del patrón del sueño (1980)

Definición. Trastorno del sueño que causa malestar o interfiere en la vida deseada.

Factores relacionados. Enfermedad o lesión de una persona/miembro de la familia; organización o planificación familiar insuficiente; finanzas insuficientes; falta de familiaridad con los recursos del vecindario; deterioro de la función cognitiva o emocional; falta de conocimientos; falta del rol; sistema de soporte inadecuados.

6.4.2 Alteración en el mantenimiento de la salud (1982)

Definición. Incapacidad para identificar, manejar y/o buscar ayuda para el mantenimiento de la salud.

* Crítica.

Características definitorias. *Falta demostrada de conocimiento con respecto a las prácticas sanitarias básicas; falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios internos o externos; información u observación de incapacidad para asumir la responsabilidad de cubrir las prácticas sanitarias básicas en algunas o en todas las áreas de los patrones funcionales; historia de falta de conductas generadoras de salud; información u observación de falta de equipo, dinero y/o otros recursos; información y observación del deterioro de los sistemas de apoyo personal.

Factores relacionados. Ausencia o alteración significativa de las habilidades de comunicación (escrita, verbal y/o mediante gestos); falta de habilidad para emitir juicios deliberados y completos; deterioro perceptual/cognitivo (falta total o parcial de habilidades motoras); afrontamiento individual inefectivo; sufrimiento espiritual incapacitante; falta de recursos materiales.

6.3.1.1 Déficit de las actividades recreativas (1980)

Definición. Estado en que una persona experimenta disminución del interés o de la participación en actividades recreativas o de ocio.

Características definitorias. Afirmaciones de la persona de: aburrimiento, deseos de tener qué hacer, qué leer, etc; pasatiempos habituales que no pueden llevarse a la práctica en el hospital.

Factores relacionados. Falta de actividades recreativas en el entorno, como ocurre en las hospitalizaciones a largo plazo; tratamientos frecuentes y largos.

6.4.1.1 Dificultad para el mantenimiento del hogar (1980)

Definición. Incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato y seguro que promueva el crecimiento.

Características definitorias. Subjetivas: *las personas de la casa expresan dificultad para mantenerla de forma confortable; *las personas de la casa solicitan ayuda para el mantenimiento del hogar; las personas de la casa describen deudas importantes o crisis económicas.

Objetivas: entorno desordenado; *falta de equipo de cocina, ropa de cama o lo que existe está sucio; cúmulo de suciedad, residuos alimentarios o desechos higiénicos; olores ofensivos; temperatura del

* Crítica.

hogar inadecuada; miembros de la familia agobiados, ejemplo, exhaustos, angustiados; falta del equipo o las ayudas necesarias; presencia de insectos o roedores; repetidos trastornos higiénicos, infestaciones o infecciones.

6.5.1 Déficit del autocuidado: alimentación (1980)

Definición. Estado en que la persona experimenta deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí misma las actividades de alimentación.

Características definitorias. Incapacidad para llevar los alimentos desde un receptáculo hasta la boca.

Factores relacionados. Intolerancia a la actividad; disminución de la fuerza y asistencia; deterioro perceptual o cognitivos; deterioro neuromuscular; deterioro musculoesquelético; depresión; ansiedad severa.

6.5.1.1 Deterioro de la deglución (1986)

Definición. Estado en que la persona tiene disminución de la capacidad para llevar voluntariamente los líquidos y/o sólidos de la boca al estómago.

Características definitorias. Mayores: observación de evidencias de dificultad en la deglución, ejemplo, estasis de los alimentos en la cavidad bucal; tos/atragantamiento.

Menores: evidencia de aspiración.

Factores relacionados. Deterioro neuromuscular (ejemplo, disminución o ausencia del reflejo nauseoso, disminución de la fuerza o excursión de los músculos implicados en la masticación, deterioro perceptual, parálisis facial); obstrucción mecánica (ejemplo, tubo de traqueostomía, tumor); fatiga; disminución de la conciencia, enrojecimiento, irritación de la cavidad orofaríngea.

6.5.1.2 Lactancia materna ineficaz (1988)

Definición. Estado en que la madre o el lactante experimenta insatisfacción o dificultad con el proceso de amamantamiento.

Características definitorias. Mayores: insatisfacción con el proceso de amamantamiento.

Menores: secreción láctea inadecuada real o percibida; incapacidad del lactante para cogerse correctamente al pecho materno; ausencia de signos observables de liberación de oxitocina; signos observables de aporte inadecuado al lactante; falta de continuidad en la succión de la mama; vaciado insuficiente de cada mama por tetada;

persistencias de úlceras en el pezón transcurrida la primera semana de lactancia; tiempo insuficiente para succionar la mama; agitación y llanto del lactante en la hora siguiente a la tetada; falta de respuesta a otras medidas de confort; el lactante se arquea y llora al ponerlo a mamar; resistencia a cogerse a la mama.

Factores relacionados. Prematuridad; malformaciones del lactante; anomalías de la mama; cirugía mamaria previa; antecedentes de lactancia materna ineficaz; alimentación complementaria del lactante mediante pezonera; mal reflejo de succión del lactante; falta de soporte de la familia/pareja; déficit de conocimiento; interrupción de la lactancia materna.

6.5.1.3 Lactancia materna eficaz (1990)

Definición. Estado en que la familia o el binomio madre-hijo demuestran la habilidad y satisfacción adecuadas en el proceso de lactación.

Características definitorias. Mayores: la madre es capaz de poner al niño al pecho para promover con éxito una respuesta de succión; el niño parece satisfecho tras las tetadas; succión de la mama y deglución sostenida y regulares; patrón ponderal del lactante adecuado para su edad; patrones de comunicación madre/hijo adecuados (claves de lactantes, interpretación y respuesta materna adecuadas).

Menores: signos y/o síntomas de liberación de oxitocina (reflejo de subida o excreción de la leche); patrón de eliminación del niño, adecuado para su edad; avidez del lactante por mamar; verbalización materna de satisfacción con el proceso de amamantamiento.

Factores relacionados. Conocimientos básicos sobre amamantamiento; estructura normal de la mama; estructura oral del niño normal; edad gestional del lactante superior a las 34 semanas; fuentes de apoyo, confianza de la madre en sí misma.

6.5.2 Déficit de autocuidado: baño/higiene (1980)

Definición. Estado en que la persona experimenta deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene.

Características definitorias. *Incapacidad para lavarse todo el cuerpo o parte de él; incapacidad para obtener o llegar hasta un suministro de agua; incapacidad para regular la temperatura o flujo.

* Crítica. Ver la sugerencia para la clasificación del nivel funcional en el diagnóstico 6.1.1.1. Deterioro de la movilidad física.

Factores relacionados. Intolerancia a la actividad; disminución de la fuerza y resistencia; dolor; malestar; deterioro perceptual o cognitivo; deterioro neuromuscular; deterioro musculoesquelético; depresión, ansiedad severa.

6.5.3 Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento (1980)

Definición. Estado en que la persona experimenta deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido/acicalamiento.

Características definitorias. *Deterioro de la capacidad para ponerse o quitarse las prendas de vestir; deterioro de la capacidad para obtener o reemplazar artículos de vestir; deterioro de la capacidad para abrocharse la ropa; incapacidad para mantener su aspecto a un nivel satisfactorio.

Factores relacionados. Intolerancia a la actividad; disminución de la fuerza y resistencia; dolor; malestar; deterioro perceptual o cognitivo; deterioro musculoesquelético; depresión, ansiedad severa.

6.5.4 Déficit del autocuidado: uso del baño (wc) (1980)

Definición. Estado en que la persona experimenta deterioro en la capacidad para realizar o completar por sí misma las actividades requeridas para la eliminación fecal o urinaria.

Características definitorias. *Incapacidad para desplazarse hasta el WC; *incapacidad para sentarse o levantarse el WC; *incapacidad para manipular las ropas para la evacuación; *incapacidad para llevar a cabo la higiene adecuada para la evacuación; *incapacidad para hacer funcionar el WC.

Factores relacionados. Deterioro de la capacidad para trasladarse; deterioro de la movilidad; intolerancia a la actividad; disminución de la fuerza y resistencia; dolor; malestar; deterioro perceptual o cognitivo; deterioro neuromuscular; deterioro musculoesquelético; depresión ansiedad severa.

6.6 Alteración del crecimiento y desarrollo (1986)

Definición. Estado en que la persona demuestra desviaciones de las normas para su grupo de edad.

Características definitorias. Mayores: retraso o dificultad para realizar las habilidades (motoras, sociales o expresivas) típicas de su

* Crítica.

grupo de edad; alteración del crecimiento físico; incapacidad para realizar las actividades de autocuidado o autocontrol apropiadas para su edad.

Menores: abulia; indiferencia; disminución de las respuestas.

Factores relacionados. Cuidados inadecuados; indiferencia; respuestas contradictorias; múltiples cuidados; separación de las personas significativas; eficiencias ambientales y de estimulación; efectos de la incapacidad física; dependencia prescrita.

7.1.1 Trastorno de la imagen corporal (1973)

Definición. Desajuste en la forma en que alguien percibe su imagen corporal.

Características definitorias. A ó B* deben estar presentes para justificar el diagnóstico del trastorno de la imagen corporal. Las siguientes manifestaciones clínicas pueden usarse para validar la presencia.

Objetivas: pérdida de una parte corporal; cambio real en la estructura y/o funcionamiento; no mirar una parte corporal; no tocar una parte corporal; ocultamiento o sobreexposición (intencionados o no) de una parte corporal; traumatismo de la parte no funcionante; cambio en la implicación social; cambio en la habilidad para estimar las relaciones especiales entre el cuerpo y el entorno.

Subjetivas: verbalización de: cambio en el estilo de vida; temor al rechazo o a la reacción de otros; centrará la atención en los recursos, función o aspecto anterior; sentimientos negativos sobre el cuerpo; sentimientos de desesperación; falta de esperanza o importancia; preocupación por el cambio o pérdida; énfasis en los recursos restantes, exagerando los logros; extensión de los límites corporales hasta incorporar objetos ambientales; personalización de una parte del cuerpo dándole un nombre; despersonalización de una parte usando para ella pronombres impersonales; negativa.

Factores relacionados. Biofísicos; cognitivos/perceptuales; psicosociales; espirituales.

7.1.2 Trastorno de la autoestima (1978) (1988)

Definición. Autoevaluación negativa/sentimientos expresada directa o indirectamente, sobre uno mismo o sobre sus propias capacidades.

* Críticas. Respuesta verbal a un cambio real percibido en la estructura y/o función.
B. Respuesta no verbal a un cambio real o percibido en la estructura y/o función.

Características definitorias. Verbalización negativa sobre uno mismo; expresiones de vergüenza/culpa; evaluación de uno mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos; racionaliza/rechaza la retroalimentación positiva y exagera la negativa; resistencia a probar nuevas cosas/vacilación, negación de problemas obvios para los demás, proyección de culpa/responsabilidad de los problemas; racionalización de los fallos personales; hipersensibilidad a los desaires o críticas; grandiosidad.

7.1.2.1 Baja autoestima crónica (1988)

Definición. Autoevaluación negativa/sentimientos negativos de larga duración hacia sí mismo o sus capacidades.

Características definitorias. Mayores: expresiones verbales de autoinvalidación; expresiones de vergüenza/culpa; evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos; racionalización/rechazo de la retroalimentación positiva sobre sí mismo y exagera la negativa; vacilación a probar cosas o intentar nuevas.

Menores: frecuente falta de éxito en el trabajo o en otros acontecimientos vitales; excesivamente conforme/dependiente de las opiniones de los demás; falta de contacto ocular; pasividad/falta de contacto visual; búsqueda excesiva de reafirmación.

7.1.2.2 Baja autoestima: situacional (1988)

Definición. Sentimientos/autoevaluación negativa que se desarrolla como respuesta a pérdida o cambio en una persona que ya tenía autoevaluación positiva.

Características definitorias. Mayores: aparición episódica de una autoevaluación negativa como respuesta a acontecimientos vitales en una persona con autoevaluación previa positiva; verbalización de sentimientos negativos sobre sí mismo (desesperanza, inutilidad).

Menores: expresiones verbales de autoinvalidación; expresiones de culpa; evaluación de sí mismo como incapaz de manejar las situaciones/acontecimientos; dificultad para la toma de decisiones.

7.1.3 Trastorno de la identidad personal (1978)

Definición. Incapacidad para distinguir entre uno mismo y lo que no es de uno.

Características definitorias. Se deben desarrollar.

7.2 Alteraciones sensorio-perceptivas (especificar: visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfativas) (1978,1980).

Definición. Estado en que la persona experimenta un cambio en la cantidad del patrón de los estímulos que le llegan, acompañado de respuesta a los estímulos disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada.

Características definitorias. Desorientación en el tiempo, el espacio o las personas; alteración de la abstracción; alteración de la conceptualización; cambios en la habilidad para la solución de problemas; información o medición de cambios en la agudeza sensorial; cambios en los patrones conductuales, ansiedad; apatía; cambios en la respuesta habitual a los estímulos; indicación de alteración de la imagen corporal; agitación; irritabilidad; alteración de los patrones de comunicación.

Posibles características. Quejas de fatiga; alteraciones en la postura; cambios en la tensión muscular; respuestas inapropiadas; alucinaciones.

Factores relacionados. Alteración de los estímulos ambientales, excesiva; alteración de la recepción, transmisión y/o alteraciones químicas endógenas (electrolitos) y exógenas (drogas); estrés psicológico.

7.2.1.1 Desatención unilateral (1986)

Definición. Estado en que la persona no tiene conciencia perceptiva de un lado de su cuerpo, ni le presta atención.

Características definitorias. Mayores: desatención; persistencia a los síntomas del lado afectado.

Menores: autocuidado inadecuado; precauciones posturales y/o posiciones de seguridad inadecuadas con respecto al lado afectado; no mira hacia el lado afectado; deja alimentos en el plato en el lado afectado.

Factores relacionados. Efectos de la alteración de las capacidades perceptuales, ejemplo, hemianopsia, ceguera unilateral; enfermedad neurológica o traumatismo.

7.3.1 Desesperanza (1986)

Definición. Estado subjetivo en que la persona ve poca o ninguna alternativa disponible o posibilidades de elección personal y es incapaz de movilizar su energía para su propio provecho.

Características definitorias. Mayores: pasividad; disminución de la verbalización; disminución de las emociones; claves verbales (contenida, desesperado "no puedo", suspiros).

Menores: falta de iniciativa; disminución de la respuesta a los estímulos; disminución de las emociones; girarse hacia el lado contrario del que está la persona que le habla; cerrar los ojos; encogerse de hombros como respuesta a quien le habla; disminución del apetito; aumento/disminución del sueño; falta de implicación en sus cuidados/permitir pasivamente que le cuiden.

Factores relacionados. Restricción prolongada de la actividad que crea aislamiento, declive o deterioro del estado psicológico; estrés de larga duración; abandono; pérdida de la fé en valores trascendentales/Dios.

7.3.2 Impotencia (1982)

Definición. Percepción de que las propias acciones no variarán significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o los acontecimientos inmediatos.

Características definitorias. Severa: expresiones verbales de carácter de control o influencia sobre la situación; expresiones verbales de carecer control o influencia sobre el resultado; expresiones verbales de carecer control sobre los autocuidados; depresión por el deterioro físico que ocurre a pesar del seguimiento del tratamiento por parte del paciente; apatía.

Moderada: no participación en los cuidados o toma de decisiones cuando existen oportunidades para hacerlo; expresiones de insatisfacción; frustración por la incapacidad para realizar las tareas y/o actividades previas; falta de control de los progresos; expresiones de dudas con respecto al desempeño del rol; resistencia a expresar los verdaderos sentimientos; temor a la alineación por parte de los cuidadores; pasividad, incapacidad para buscar información con respecto a sus cuidados; dependencia de otros que pueden resultar en irritabilidad, resentimientos y culpa; no defensa de las prácticas de autocuidado cuando son puestos a prueba.

Baja: expresiones de incertidumbre sobre niveles fluctuantes de energía disponible; pasividad.

3 8.1.1 Déficit de conocimiento (especificar)

Características definitorias. Verbalización del problema; seguimiento inadecuado de las instrucciones; realización inadecuada de las pruebas; comportamientos inapropiados o exagerados, ejemplo, histeria, hostilidad, agitación, apatía.

Factores relacionados. Falta de exposición; falta de memoria; mala interpretación de la información; limitación cognitiva; falta de interés en el aprendizaje; poca familiaridad con los recursos de información.

8.3 Alteración de los procesos de pensamiento (1973)

Definición. Estado en que la persona experimenta alteración en las operaciones y actividades cognitivas.

Características definitorias. Interpretación inexacta del entorno; disonancia cognitiva; tendencia a la distracción; déficit/problemas de memoria; egocentrismo; hipovigilancia o hipervigilancia.

Posibles características. Pensamiento inapropiado no basado en la realidad.

Factores relacionados. Se deben desarrollar.

9.1.1 Dolor (1978)

Definición. Estado en que una persona experimenta e informa la presencia de malestar severo o sensación molesta.

Características definitorias. Subjetivas: comunicación (verbal o codificada) de descriptores del dolor.

Objetivas: conducta de defensa, de protección; centro de la atención en sí mismo; estrechamiento del foco de atención (alteración de la percepción del tiempo, evitación del contacto social, deterioro de los procesos del pensamiento); conductas de distracción (gemidos, llanto, caminar de un lado a otro, búsqueda de otras personas y/o actividad, agitación); fisonomía de dolor (ojos apagados, mirada abatida, movimientos fijos o escasos, muecas); alteraciones del tono muscular (varía de flácido a rígido); respuestas autonómicas que no aparecen en el dolor crónico estable (sudación, cambios de la presión arterial y pulso, dilatación pupilar, aumento o disminución de la frecuencia respiratoria).

Factores relacionados. Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos).

9.1.1.1 Dolor crónico (1986)

Definición. Estado en que la persona experimenta dolor que persiste durante 6 meses.

Características definitorias. Mayores: informes verbales u observación de evidencias de dolor experimentado durante más de 6 meses.

Menores: temor a nuevas lesiones; retraimiento físico y social, alteración de la capacidad para continuar con las actividades previas; anorexia; cambios ponderales; cambios en los patrones de sueño; miedo a volverse a lesionar; disminución de las relaciones interpersonales; movimientos cautelosos.

Factores relacionados. Incapacidad física/psicosocial crónica.

9.2.1.1 Duelo disfuncional (1980)

Características definitorias. Expresión verbal de sufrimiento ante una pérdida; negación de la pérdida; expresión de culpa; expresión de temas no resueltos; cólera; tristeza; llanto; dificultad para expresar la pérdida; alteraciones de los hábitos alimentarios, patrones de sueño, nivel de actividad; pesadillas; idealización del objeto perdido; volver a vivir experiencias pasadas; indiferencia en el funcionamiento vital; desarrollo de regresión; afecto lábil, alteraciones en la concentración y/o interés en las tareas.

Factores relacionados. Pérdida real o percibida de un objeto (la palabra objeto se entiende en su más amplio sentido); el objeto puede incluir a personas, posesiones, un trabajo, status, hogar, ideales, partes o procesos corporales.

9.2.1.2 Duelo anticipado (1980)

Características definitorias. Pérdida potencial de un objeto significativo; expresión de sufrimiento ante la pérdida potencial; negación de la pérdida potencial; culpabilidad; cólera; tristeza; sentimientos reprimidos; cambios en los patrones alimentarios; alteración en los patrones del sueño; alteración en los niveles de actividad; alteración de la libido; alteración en los patrones de comunicación.

Factores relacionados. Se deben desarrollar.

9.2.2 Potencial de violencia: autolesiones, lesiones a otros

Definición. Estado en que la persona experimenta conductas que pueden ser lesivas para sí misma o para otros.

Características definitorias. Presencia de factores de riesgo como: lenguaje corporal (puños apretados, expresión facial tensa, tensión indicativa de un esfuerzo por controlarse); verbalizaciones hostiles amenazadoras (abuso previo de otros); aumento de la actividad motora (caminar al lado de otro, irritabilidad, agitación); actos impuestos y agresivos; posesión de medios destructivos (pistola, rifle); furia; conductas autodestructivas, actos de agresión; sospecha

de los demás, ideación paranoide, ilusiones, alteraciones; consumo/abstinencia de drogas.

Posibles características. Niveles crecientes de ansiedad; miedo a sí mismo o a los demás; capacidad para verbalizar los sentimientos; repetición de las verbalizaciones; continuas quejas, peticiones y demandas; cólera; conductas de provocación; discutidor, insatisfecho, hiperreactivo; hipersensible; autoestima vulnerable; depresión (específicamente, suicidas agresivos activos).

Factores relacionados. Carácter antisocial; mujer maltratada; excitación catatónica; excitación maníaca; síndrome orgánico cerebral; reacciones coléricas; conductas suicidas; epilepsia temporal; reacciones tóxicas a la medicación.

9.2.3 Respuesta postraumática

Definición. Estado en que la persona experimenta respuesta dolorosa prolongada ante un(os) acontecimiento(s) traumático(s) abrumador(es).

Características definitorias. Mayores: reexperimentación del acontecimiento traumático que puede calificarse mediante actividades cognitivas; efectivas (flashback, pensamientos intrusivos, sueños o pesadillas positivos, verbalización excesiva del acontecimiento traumático, utilización de la culpa por haber sobrevivido o por el comportamiento ocurrido para la supervivencia).

Menores: entumecimiento psíquico/emocional (deterioro en la interpretación de la realidad, confusión, disociación o amnesia sobre el acontecimiento traumático); alteraciones del estilo de vida (conductas autodestructivas) como abuso de sustancias, intentos u otras conductas similares; dificultad en las relaciones personales, desarrollo de fobias con respecto al trauma; posibilidad/mal control de los impulsos y explosiones emocionales).

Factores relacionados. Desastres; guerras; epidemias; violación; asalto; torturas o accidentes catastróficos.

9.2.3.1 Síndrome traumático de violación*

Definición. Penetración sexual forzada, violenta, contra la voluntad de la víctima y sin su consentimiento. El síndrome traumático, que se desarrolla a partir de este ataque o intento de ataque, incluye una

* Este síndrome incluye los 3 subcomponentes siguientes: trauma de violación, reacciones compuesta y silente. En este texto, cada uno de ellos aparece como un diagnóstico separado.

fase aguda de desorganización del estilo de vida de la víctima y un proceso a largo plazo de reorganización del estilo de vida.

Características definitorias. Fase aguda: reacciones emocionales (cólera, turbación, miedo a la violencia física y muerte, humillación, venganza, autoculpabilización); múltiples síntomas físicos (irritabilidad gastrointestinal, malestar genitourinario, tensión muscular, trastorno del patrón de sueño); reactivación de síntomas de situaciones previas como enfermedad física, enfermedad psiquiátrica; utilización de alcohol y/o drogas.

Fase a largo plazo: cambios en el estilo de vida (cambio de residencia, presencia de pesadillas repetitivas y fobias; búsqueda de soporte familiar; búsqueda de una red de soporte social).

9.2.3.1.1 Síndrome traumático de violación reacción compuesta (1980)

Definición. Idéntico al anterior.

9.2.3.1.2 Síndrome traumático de violación reacción silente (1980)*

Definición. Penetración sexual forzada, violenta, contra la voluntad de la víctima y sin su consentimiento. El síndrome traumático que se desarrolla a partir de este ataque o intento de ataque incluye una fase aguda de desorganización del estilo de vida de la víctima y un proceso a largo plazo de reorganización del estilo de vida.

Características definitorias. Cambios abruptos en las relaciones con los hombres; aumento de las pesadillas; aumento de la ansiedad durante la entrevista, o sea, bloqueo de las asociaciones; largos períodos de silencio; discreta tartamudez; malestar físico; cambios pronunciados en el comportamiento sexual; no verbalización del suceso de violación; súbito inicio de reacciones fóbicas.

9.3.1 Ansiedad (1973, 1982)

Definición. Sensación vaga de inseguridad cuyo origen, con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona.

Características definitorias. Subjetivas: tensión creciente; aprensión; desesperanza persistente, dolorosa y creciente; incertidumbre; temor; sobresalto; pesadumbre; sobreexcitación; confusión; distrés; nerviosismo; sentimientos de inadecuación; inestabilidad; miedo de consecuencias inespecíficas; expresión de preocupación con respecto a cambios en los acontecimientos vitales; preocupación.

Objetivas: *estimulación simpática; excitación cardiovascular; vasoconstricción superficial; dilatación pupilar; agitación; insomnio; mirada furtivas; mal contacto ocular; temblores generalizados/de las manos; movimientos extraños (arrastrar los pies, movimientos de las manos/brazos); tensión facial; voz temblorosa; centro de atención en el "yo"; cautela creciente; aumento de la sudación.

Factores relacionados. Conflicto inconsciente sobre los objetivos/valores esenciales de la vida; amenaza al autoconcepto; amenaza de muerte; cambio o amenaza al estado de salud; cambio o amenaza al desempeño del rol; cambio o amenaza del entorno; cambio o amenaza de los patrones de interacción; crisis situacionales/de maduración; transmisión/contagio interpersonal; necesidades no cubiertas.

9.3.2 Temor (1980)

Definición. Sensación de amenaza relacionado con una fuerte identificación que la persona valida.

Características definitorias. Capacidad para identificar el objeto de temor.

Factores relacionados. Se deben desarrollar.

2 Anexo II. Diagnósticos de enfermería aprobados en la Décima Conferencia de la NANDA (1992)

1.5.1.3.1 Incapacidad para mantener la respiración espontánea

Definición. Estado en que la disminución de las reservas de energía provoca la incapacidad de la persona para sostener la respiración adecuada en el mantenimiento de la vida.

Características definitorias. Mayores: aumento de la tasa metabólica.

Menores: agitación creciente; aprensión; uso creciente de los músculos accesorios; disminución del volumen circulante; aumento de la frecuencia cardíaca; disminución de la PO₂; aumento de la PCO₂; disminución de la cooperación; disminución de la SaO₂.

Factores relacionados. Factores metabólicos; fatiga de los músculos respiratorios.

* Crítica.

1.5.1.3.2 Respuesta ventilatoria disfuncional al destete (RVDD)

Definición. Estado en que el enfermo no puede adaptarse a la reducción de los niveles del soporte ventilatorio mecánico, lo que interrumpe y prolonga el período de destete.

Características definitorias. RVDD leve. Responde a la reducción de los niveles de soporte ventilatorio mecánicos:

1. Mayores: agitación; ligero aumento de la frecuencia respiratoria en comparación con la frecuencia de referencia.
2. Menores: expresión de la necesidad creciente de oxígeno; malestar al respirar; fatiga; calor; preguntas acerca de la posibilidad de mal funcionamiento de la máquina; concentración creciente en la respiración.

RVDD moderada. Responde a la reducción de los niveles de soporte ventilatorio mecánicos:

1. Mayores: ligero aumento de la presión arterial con respecto a la cifra de referencia 20 mmHg, ligero aumento de los latidos cardíacos con respecto a la cifra de referencia 20 latidos/min; aumento de la frecuencia respiratoria 5 respiraciones/min.
2. Menores: hipervigilancia de las actividades; incapacidad para responder a las instrucciones; incapacidad para cooperar; aprensión; diaforesis; ojos desorbitados; disminución de la entrada de aire a la auscultación; cambios de coloración; palidez; ligera cianosis; uso discreto de los músculos accesorios de la respiración.

RVDD severa. Responde a la reducción de los niveles de soporte ventilatorio mecánicos:

1. Mayores: agitación; deterioro de la gasometría arterial con respecto a los valores de referencia.
2. Menores: uso intenso de los músculos accesorios de la respiración; respiración superficial, respiración abdominal paradójica; respiración descoordinada con el ventilador; disminución del nivel de conciencia; sonidos respiratorios adventicios; secreciones audibles en las vías aéreas; cianosis.

Factores relacionados. Físicos: limpieza ineficaz de las vías aéreas; alteración del patrón de sueño; nutrición inadecuada; dolor o malestar no controlado.

Psicológicos: déficit de conocimientos sobre el rol del enfermo en el proceso de destete; percepción subjetiva del enfermo de

ineficiencia en el proceso de destete; disminución de la motivación; disminución de la autoestima; ansiedad moderada o severa; temor; desesperanza; impotencia; falta de confianza en la enfermera.

Situacionales: falta de control de los problemas o demandas episódicas de energía; ritmo inapropiado de la reducción del soporte ventilatorio; soporte social inadecuado; entorno adverso (ruidos, exceso de actividad).

Sensación de conflictos familiares acerca de temas relacionados con los cuidados; sensación de estrés o nerviosismo en su relación con el receptor de los cuidados; sensación de depresión.

Factores relacionados. Fisiopatológicos/fisiológicos. Severa enfermedad del receptor de los cuidados; adicción o dependencia; nacimiento prematuro/defecto congénito; alta de un miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados en el domicilio; deterioro de la salud del cuidador; evolución imprevisible de la enfermedad o inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados; el cuidador es una mujer.

De desarrollo. El cuidador no está preparado desde la perspectiva de su desarrollo para sumir esa función, ejemplo, un adulto joven que tiene que atender a un familiar mayor; retraso en el desarrollo o retraso mental de la persona que brinda los cuidados de la persona que otro recibe.

Psicológicos. Problemas psicológicos o cognitivos del receptor de los cuidados; situación marginal de la familia o disfunción familiar previa al inicio de la situación que se requieren cuidados; patrones de afrontamiento marginales del cuidador; antecedentes de malas relaciones que brindan los cuidados y las que lo recibe; el cuidador es el cónyuge; el receptor de los cuidados muestra un comportamiento desviado, errante.

Situacionales. Existencia de abusos o violencia; presencia de agentes estresantes situacionales que normalmente afectan a las familias, como una pérdida significativa, desastres o crisis, pobreza o precariedad económica, acontecimientos vitales importantes, ejemplo: nacimientos, hospitalización, abandono del hogar, vuelta al hogar, casamiento, divorcio, empleo, retiro, muerte; prolongación de los cuidados; entorno físico inadecuado para prestar los cuidados; ejemplo: acontecimiento doméstico, transporte, servicios comunitarios, aislamiento de la familia/del cuidador, falta de descanso y distracción del cuidador; falta de experiencia para brindar cuidados; complejidad/cantidad de las tareas de cuidados.

3.2.2.2 Alto riesgo de tensión en el desempeño del rol de cuidados

Definición. El cuidador es vulnerable a la sensación de dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia.

Factores relacionados. Fisiopatológicos: severa enfermedad del receptor de los cuidados; adición o codependencia; nacimiento prematuro/defecto congénito; alta a un miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados en el domicilio; deterioro de la salud del cuidador; evolución imprevisible de la enfermedad o inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados; el cuidador es una mujer.

De desarrollo: el cuidador no está preparado desde la perspectiva para asumir esa función, ejemplo: un adulto joven que tiene que atender a un familiar mayor; retraso en el desarrollo o retraso mental de la persona que brinda los cuidados o de la persona que los recibe.

Psicológicos: problemas psicológicos o cognitivos del receptor de los cuidados; situación marginal de la familia o disfunción familiar previa, al inicio de la situación en que se requieren cuidados; actitud marginal del cuidador, historia anterior de rechazo entre la persona que brinda los cuidados y la que los recibe, el cuidador es el cónyuge; el receptor de los cuidados muestra un comportamiento desviado, excéntrico.

Situacionales: existencia de abusos o violencia; presencia de agentes estresantes situacionales que normalmente afectan a las familias, como una pérdida significativa, desastre o crisis, pobreza o precariedad económica; acontecimientos vitales importantes, ejemplo: nacimientos, hospitalización, abandono del hogar, vuelta al hogar, casamiento, divorcio, empleo, retiro, muerte; duración de los cuidados, ejemplo: acondicionamiento doméstico, transporte, servicios comunitarios, equipo; aislamiento de la familia/del cuidador; falta de descanso y distracción del cuidador; falta de experiencia para brindar cuidados; complejidad/cantidad de las tareas de cuidados.

5.2.1 Manejo ineficaz del régimen terapéutico (individual)

Definición. Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas, que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

Características definitorias. Mayores: elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención.

Menores: aceleración (esperada o inesperada) de los síntomas de la enfermedad; verbalización del deseo de controlar el tratamiento

de la enfermedad y la prevención de las secuelas; verbalización de la dificultad con la regulación/integración de uno o más de los regímenes prescritos, para el tratamiento de la enfermedad y su efectos o la prevención de complicaciones; verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en la rutina diaria; verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores de riesgos de progresión de la enfermedad y de secuelas.

Factores relacionados. Complejidad del sistema de cuidados de la salud; complejidad del régimen terapéutico; conflicto de decisiones; dificultades económicas; demandas excesivas sobre una persona o familia; conflicto familiar; patrones familiares de cuidado de la salud; inadecuación del número y tipo de claves para la acción; déficit de conocimientos; falta de confianza en el régimen y/o en el personal de cuidados de la salud; percepción subjetiva de gravedad; percepción de susceptibilidad; percepción de barreras; percepción de beneficios; impotencia; déficit de soporte social.

6.1.1.1.1 Alto riesgo de disfunción neurovascular periférico (1992)

Definición. Estado en que una persona presenta riesgo para experimentar alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad.

Factores de riesgo. Fracturas; compresión mecánica, ejemplo: un torniquete, abrazadera, apósito o sujeciones; cirugía ortopédica; inmovilizaciones; quemaduras; obstrucción vascular.

6.5.1.2.1 Interrupción de la lactancia materna

Definición. Discontinuidad en el proceso de lactancia materna como consecuencia de la incapacidad del niño para mamar o la inconveniencia de que lo haga.

Características definitorias. Mayores: el niño no mama en una o más tomas.

Menores: deseo materno de mantener la lactancia y proporcionar (o llegar a proporcionar) su leche para alimentar al hijo; separación madre-hijo; falta de conocimientos sobre la obtención y almacenamiento de la leche materna.

Diagnósticos de la NANDA según las necesidades humanas básicas

Respiración

- 1.4.2.1 Gasto cardíaco, disminución del
- 1.5.1.1 Intercambio gaseoso, deterioro del
- 1.5.1.2 Vías aéreas, limpieza ineficaz de las
- 1.5.1.3 Respiratorio, patrón: ineficaz
 - 1.5.1.3.1 Ventilación espontánea, dificultad para mantener la
 - 1.5.1.3.2 Destete respiratorio, respuesta disfuncional al
- 1.6.1.1 Asfixia, alto riesgo de
- 1.6.1.4 Aspiración, alto riesgo de

Alimentación/hidratación

- 1.1.2.1 Nutrición, alteración de la: por exceso
- 1.1.2.2 Nutrición, alteración de la: por defecto
- 1.1.2.3 Nutrición, alteración potencial de la: por exceso
- 1.4.1.2.1 Líquidos, exceso del volumen de
 - 1.4.1.2.2.1 Líquidos, déficit de volumen de
 - 1.4.1.2.2.2 Líquidos, alto riesgo de déficit de volumen de
- 6.5.1 Autocuidado, déficit de: alimentación
 - 6.5.1.1 Deglución, deterioro de la
 - 6.5.1.2 Lactancia materna ineficaz
 - 6.5.1.2.1 Lactancia materna interrumpida
 - 6.5.1.2.2 Lactancia materna eficaz
 - 6.5.1.4 Alimentación infantil inefectiva, patrón de

Eliminación

- 1.3.1.1 Estreñimiento
 - 1.3.1.1.1 Estreñimiento subjetivo
 - 1.3.1.1.2 Estreñimiento crónico
- 1.3.1.2 Diarrea
- 1.3.1.3 Fecal, incontinencia
- 1.3.2 Urinaria, alteración de la eliminación
 - 1.3.2.1.1 Incontinencia urinaria: de esfuerzo
 - 1.3.2.1.2 Incontinencia urinaria: refleja
 - 1.3.2.1.3 Incontinencia urinaria: de urgencia
 - 1.3.2.1.4 Incontinencia urinaria: funcional
 - 1.3.2.1.5 Incontinencia urinaria: total
 - 1.3.2.2 Urinaria, retención
- 6.5.4 Autocuidado, déficit de: uso del orinal/wc

Movilización

- 1.6.1.5 Desuso, alto riesgo de síndrome de
- 6.1.1.1 Movilidad física, trastorno de la

6.1.1.1.1 Neurovascular periférica, alto riesgo de disfunción

6.1.1.2 Actividad, intolerancia a la

6.1.1.2.1 Fatiga

6.1.1.3 Actividad, alto riesgo de intolerancia a la

Reposo/sueño

6.2.1 Sueño, alteración del patrón del

Vestirse y elegir ropa adecuada

6.5.3 Autocuidado, déficit de: vestido/acicalamiento

Temperatura

1.2.2.1 Temperatura corporal: alto riesgo de alteración de la

1.2.2.2 Hipotermia

1.2.2.3 Hipertermia

1.2.2.4 Termorregulación ineficaz

Higiene/piel

1.4.1.1 Perfusión hística, alteración de la (especificar) renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica

1.6.2.1 Hística, deterioro de la integridad

1.6.2.1.1 Membrana mucosa oral, alteración de la

1.6.2.1.2.1 Cutánea, deterioro de la

1.6.2.1.2.2 Cutánea, alto riesgo de deterioro de la integridad

6.5.2 Autocuidado, déficit de: baño/higiene

Seguridad

1.2.1.1 Infección, alto riesgo de

1.2.3.1 Disreflexia

1.6.1 Lesión, alto riesgo de

1.6.1.2 Intoxicación, alto riesgo de

1.6.1.3 Traumatismo, alto riesgo de

1.6.2 Protección, alteración de la

3.2.2 Familiares, alteración de los procesos

3.2.2.1 Rol de cuidador, sobreesfuerzo en el

3.2.2.2 Rol de cuidador, alto riesgo al sobreesfuerzo en el

5.1.1.1.2 Afrontamiento defensivo

5.1.1.1.3 Negación ineficaz

5.1.2.1.1 Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante

5.1.2.1.2 Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido

5.2.1 Régimen terapéutico, manejo inefectivo del (individual)

6.6 Crecimiento y desarrollo, alteración del

6.7 Traslado, síndrome de estrés por

9.1.1 Dolor

9.1.1.1 Dolor crónico

9.2.1.1 Duelo disfuncional

9.2.1.2 Duelo anticipado

- 9.2.2 Violencia, alto riesgo de: autolesiones, lesiones a otros
 - 9.2.2.1 Automutilación, alto riesgo de
 - 9.2.3 Postraumática, respuesta
 - 9.2.3.1 Violación, síndrome traumático de
 - 9.2.3.1.1 Violación, síndrome traumático de: reacción compuesta
 - 9.2.3.1.2 Violación, síndrome traumático de: reacción silente
- 9.3.1 Ansiedad
- 9.3.2 Temor

Comunicación

- 2.1.1.1 Comunicación verbal, trastorno de la
- 3.1.1 Social, deterioro de la interacción
- 3.1.2 Social, aislamiento
 - 3.2.1.2.1 Sexual, disfunción
- 3.3 Sexualidad, alteración de los patrones de
- 5.1.1.1 Afrontamiento individual: ineficaz
- 7.2 Sensoperceptivas, alteraciones (especificar) visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias.

Religión/creencias

- 4.1.1 Espiritual, sufrimiento
- 5.2.1.1 Tratamiento, no seguimiento del (especificar)
- 5.3.1.1 Decisiones, conflicto en la toma de (especificar)
- 7.3.1 Desesperanza
- 7.3.2 Impotencia

Trabajar/realizarse

- 3.2.1 Rol, alteración en el desempeño del
 - 3.2.1.1.1 Parental, alteración
 - 3.2.1.1.2 Parental, alto riesgo de alteración
 - 3.2.3.1 Parental, conflicto del rol
- 5.1.1.1.1 Adaptación, trastorno de la
- 5.4 Salud, conductas generadoras de (especificar)
- 6.4.1.1 Hogar, dificultades en el mantenimiento del
- 6.4.2 Salud, alteración en el mantenimiento de la
- 7.1.1 Imagen corporal, trastorno de la
- 7.1.2 Autoestima, trastorno de la
 - 7.1.2.1 Autoestima, déficit de: crónico
 - 7.1.2.2 Autoestima, déficit de: situacional
- 7.1.3 Identidad personal, trastorno de la

Actividades lúdicas

- 6.3.1.1 Actividades recreativas, déficit de

Aprender

- 5.1.2.2 Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo
- 8.1.1 Conocimientos, déficit de (especificar)
- 8.3 Pensamiento, alteración de los procesos de

Diagnósticos de la NANDA según los patrones funcionales de salud

Patrón de percepción y control de la salud

Mantenimiento de la salud alterado
Protección alterada
Manejo ineficaz del régimen terapéutico
Alto riesgo de lesión
Infección
Alto riesgo de traumatismo
Alto riesgo de intoxicación
Alto riesgo de asfixia

Patrón nutricional metabólico

Alto riesgo de nutrición alterada: ingestión superior a la necesidades corporales
Nutrición alterada : ingestión
Ingestión superior a las necesidades corporales
Nutrición alterada: ingestión inferior a las necesidades corporales
Lactancia materna eficaz
Lactancia natural ineficaz
Lactancia natural interrumpida
Patrón de alimentación ineficaz
Alto riesgo de aspiración
Trastorno de la deglución
Mucosa oral alterada
Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos
Déficit de volumen de líquidos
Exceso de volumen de líquidos
Alto riesgo de alteración de la integridad cutánea
Alteración de la integridad cutánea
Alteración de la integridad hística
Alto riesgo de alteración de temperatura corporal
Termorregulación ineficaz
Hipertermia
Hipotermia

Patrón de eliminación

Estreñimiento
Estreñimiento subjetivo
Estreñimiento crónico
Diarrea
Incontinencia intestinal
Urinaria, alteración de la eliminación

Incontinencia urinaria: de esfuerzo

Incontinencia urinaria: refleja

Incontinencia urinaria: de urgencia

Incontinencia urinaria: funcional

Incontinencia urinaria: total

Urinaria, retención

Autocuidado, déficit de: uso del orinal/wc

Actividad y ejercicio

Desuso, alto riesgo de síndrome de

Movilidad física, trastorno de la

Neurovascular periférica, alto riesgo de disfunción

Actividad, intolerancia a la

Fatiga

Actividad, alto riesgo de intolerancia a la

Incapacidad para mantener una respiración espontánea

Alto riesgo de intolerancia a la actividad

Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica

Movilidad física alterada

Alto riesgo de síndrome de desuso

Olvido unilateral

Déficit de autocuidado: baño/higiene

Déficit de autocuidado: vestido/arreglo

Déficit de autocuidado: alimentación

Déficit de autocuidado: evacuación

Déficit de actividades recreativas

Mantenimiento del hogar alterado

Limpieza ineficaz de vías aéreas

Patrón de respiración ineficaz

Intercambio gaseoso alterado

Gasto cardíaco disminuido

Perfusión hística alterada (renal, cerebral, cardíaca, gastrointestinal, periférica)

Alto riesgo de traumatismo

Cognoscitivo y perceptual

Dolor

Dolor crónico

Alteraciones sensoriales/preceptuales (visual, auditiva, cinestésica, gestatoria, táctil olfatoria)

Olvido unilateral

Déficit de conocimientos sobre:

Procesos alterados del pensamiento

Dificultad de decisión

Patrón de autopercepción y autoconcepto

Miedo
Ansiedad
Desesperanza
Sensación de impotencia
Trastorno de la imagen corporal
Alto riesgo de automutilación
Trastorno de la identidad personal
Trastorno de la autoestima
Autoestima baja crónica
Autoestima baja circunstancial

Sueño-descanso

Alteración del patrón de sueño

Patrón de función y relación

Duelo anticipado
Duelo disfuncional
Alteración del rendimiento de la función
Tensión en el rol del cuidador
Alto riesgo de tensión en el rol de cuidador
Aislamiento social
Deterioro de la comunicación verbal
Alto riesgo de violencia

Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés

Afrontamiento individual ineficaz
Afrontamiento defensivo

Patrón valores y creencias

Sufrimiento espiritual.

Bibliografía

- Bello Fernández N. Módulo Proceso de Atención de Enfermería. Maestría en enfermería. Material digitalizado. La Habana, 2004.
- Bello Fernández N, Fenton Tait M, Yera León A. Proceso de Atención de Enfermería. Necesidad de Cambio. Rev Cub Enf 1988;4(3):11-2.
- Benavent Garcés A, Francisco del Rey C, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de Enfermería. Cap. 9. Madrid, España. Ediciones DAE, 2001.
- Carpenito L. Diagnóstico de Enfermería. 3ra. ed. Editorial Interamericana, 2000.
- Colectivo de autores. Proceso de Atención de Enfermería. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Material mimeografiado. La Habana, 2000.
- Iyer P. Proceso y Diagnósticos de Enfermería. McGraw-Hill Interamericana, 1997.
- León Román C. Proceso Atención de Enfermería. Módulo I del Diplomado en Proceso de Enfermería. La Habana, 2003.
- Nacional de Enfermería. Material de apoyo para Aplicación Práctica del Proceso de Atención de Enfermería en los distintos servicios del SNS. La Habana, 1994:4.
- Valdés Marrero C. Proceso Atención de Enfermería. Módulo V del Diplomado en Proceso de Enfermería. La Habana, 2003.

Segunda y tercera etapas del Proceso de Atención de Enfermería

UNIDAD 1. INTERVENCIÓN

Nilda L. Bello Fernández

Esta unidad referida a Intervención, segunda etapa del Proceso de Atención de Enfermería, consta de 2 partes: planificación y ejecución, así como de 7 componentes (Fig 7.1).

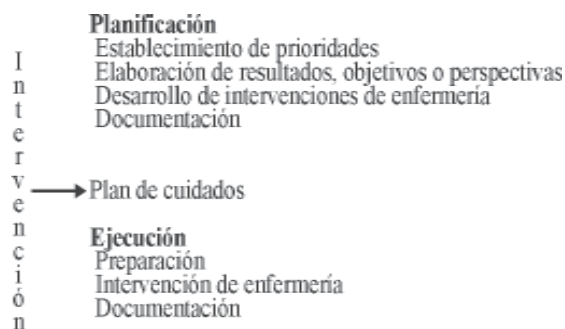


Fig. 7.1. Esquema de la etapa de intervención.

Fase de Planificación

La fase de planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la persona sana o para evitar inducir o corregir las respuestas del paciente, familia o comunidad, identificadas en el diagnóstico de enfermería.

Los componentes de planificación del Proceso de Atención de Enfermería:

1. Establecimiento de prioridades.
2. Elaboración de resultados, objetivos o expectativas.
3. Desarrollo de intervenciones de Enfermería.
4. Documentación del Plan.

El componente de establecimiento de prioridades. Se debe establecer un sistema para determinar el diagnóstico o los diagnósticos

de enfermería. El mecanismo más habitual es la jerarquía de necesidades humanas, desarrollada por *Maslow* (1943) y modificada por *Kalish* (1983), como se expresa en la etapa de valoración para la clasificación de datos.

Estas necesidades son las más básicas y pueden utilizar todos los recursos disponibles para satisfacerlas, deben ser satisfechas para poder centrar las necesidades en un nivel más alto.

Según *Chistencea*, establecer prioridades no significa en modo alguno que un problema tiene que quedar resuelto para tratar el siguiente en prioridad. Considera que la prioridad debe establecerse mediante 3 criterios:

1. Los problemas existentes o inminentes. Que ponen en peligro la vida del sujeto, y deberán tratarse como primera necesidad, por tanto la atención debe ser inmediata.
2. Los problemas potenciales. Que ponen en peligro la vida del sujeto y debe tratarse como segunda prioridad.
3. La percepción del sujeto. Sobre sus problemas de salud, este último criterio está considerado como tercera prioridad. Estos intereses estarán matizados por el grado de comprensión que el sujeto tenga de su situación; valores, pensamientos y sentimientos sobre la forma de resolver sus problemas de salud y su capacidad para resolverlos.

Alfaro considera que la habilidad para priorizar las necesidades requiere tiempo y capacidad, para esta se extiendan más allá de los problemas individuales, lo cual permite adquirir capacidad para valorar el conjunto de todos los problemas planteados, (criterio de la jerarquía de *Maslow*).

Consideramos que debe ser utilizada la jerarquía de *Kalish* como hemos señalado con anterioridad.

Las críticas señaladas por *Alfaro* se verán influidas por los aspectos siguientes:

1. La percepción de prioridad de los problemas que tenga resuelto el sujeto.
2. El plan general de tratamiento.
3. El estado general de salud del sujeto.
4. La presencia de problemas potenciales.

Kosier propone que se deben tener en cuenta 5 aspectos para establecer prioridad entre los diagnósticos identificados:

1. En primer lugar el concepto de tríada (utilizado en el departamento de urgencias).

- Problemas inmediatos. Aquellos que pueden producir la muerte o pérdida de una parte del cuerpo.
 - Problemas urgentes. Aquellos que causan la muerte, pueden provocar un deterioro importante si no se aplica un tratamiento.
 - Problemas no urgentes. Aquellos que el tiempo no considera un factor crítico.
2. La jerarquía de Maslow.
 3. La preferencia del enfermo.
 4. El plan terapéutico.
 5. Los recursos de la enfermera (costo económico, tiempo, materiales que se deben utilizar).

Phaneuf propone una serie de criterios para establecer prioridades con la persona siempre que sea posible: "en primer lugar la enfermera deberá ocuparse del diagnóstico cuyo problema:

1. Afecta las necesidades fisiológicas esenciales y que suponga un riesgo para la vida.
2. Presente un riesgo para la seguridad de la persona.
3. Multiplique las dependencias y conduzcan a una definición.
4. Altere el confort.
5. Dificulte el conocimiento afectivo, cognitivo o social.

Lefebre expresa al respecto: no sabemos de la importancia que la enfermera adjudica a cada uno de los problemas de cuidados, a partir de sus conocimientos, y la prioridad que le da la persona a su situación. Nos encontraríamos frente a una importancia objetiva del problema que otorga la enfermera, y otra subjetiva manifiesta la persona. La prioridad objetiva es manifestada por Lefebre:

1. Valores profesionales:
 - Protección a la vida
 - Alivio y prevención del sufrimiento.
 - Búsqueda de bienestar
2. La percepción del sujeto sobre sus problemas. Si revisamos las diferentes propuestas de prioridades que acabamos de describir, observamos que en cada una de ellas aparece un criterio de prioridad común. Se trata de considerar como criterio de prioridades la percepción del sujeto, o sea, la opinión de la persona a la que nos disponemos a cuidar, sobre el estado en que se encuentra y sobre los problemas que hemos identificado durante la valoración y el diagnóstico.

La necesidad de considerar el valor que el sujeto asigna a cada uno de los diagnósticos identificados responde con la función que tiene el sujeto dentro del proceso de cuidados de enfermería.

Esta función protagonista le corresponde en cuanto reconocemos la acción de cuidados y el cuidado como "algo que uno se da a sí mismo". Este reconocimiento nos llevará a determinar la prioridad de manera conjunta y a explicar nuestra decisión final, si esta no responde con las expectativas que tiene el sujeto.

La participación del sujeto en la priorización no podrá ser la misma en todas las situaciones de cuidado, por lo que se debe tener en cuenta:

- La comprensión que tiene el sujeto de su situación actual.
- Estado de salud del sujeto.
- La capacidad psíquica e intelectual para resolver el problema.

Según *Iyer*, expresamos a continuación varios ejemplos de necesidades en el diagnósticos de enfermería a partir de la jerarquía de *Kalish*:

1. *Necesidad de supervivencia:*

Necesidad	Diagnóstico de Enfermería
Alimentos	Alteración de la nutrición por exceso relacionado con aumento del apetito.
Aire	Limpieza ineficaz de las vías respiratorias relacionada con abundante secreciones.
Agua	Déficit del volumen de líquido relacionado con diarreas abundantes.
Temperatura	Hipertermia relacionada con infección.
Eliminación	Estreñimiento relacionado con menor ingestión de líquido.
Descanso	Alteración del patrón del sueño relacionado con la hospitalización.
Dolor	Dolor relacionado con efectos de la cirugía.

2. *Necesidades de estimulación.*

Necesidades	Diagnóstico de enfermería.
Sexo	Disfunción sexual relacionada con falta de intimidad.
Actividad	Intolerancia a la actividad relacionada con dolor.
Exploración	Deterioro de la actividad relacionada con estilo de vida sedentario.
Manipulación	Déficit de autocuidado (dificultad para

	vestirse) relacionado con falta de habilidad en partes del cuerpo.
Novedad	Alteración sensorio-perceptivas auditivas relacionadas con efectos de tratamiento.
3. <i>Necesidades de seguridad.</i>	Las necesidades de seguridad (protección e invulnerabilidad) pertenecen a este nivel. Los pacientes tienden a satisfacerlas cuando ya se han satisfecho las de supervivencia y estimulación. Debemos tener presente que estas necesidades tienen un interés especial en las personas de edad avanzada, niños y jóvenes.
Necesidad Seguridad	Diagnóstico de Enfermería Alteración del mantenimiento de salud relacionado con el déficit de conocimiento.
Invulnerabilidad Protección	Riesgo de trauma relacionado con la edad. Alteración de la protección relacionado con el estilo de vida poco sano.
4. <i>Necesidad de amor y pertenencia.</i>	Estas necesidades están relacionadas con amor, pertenencia y proximidad; reflejan la capacidad de una persona para asociarse o relacionarse con los demás. Estas necesidades se encuentran en pacientes con hospitalización prolongadas, aislados con fines de protección o como causa de infecciones y en aquellos que están ubicados en zonas limitadas de visitas.
Necesidad Amor	Diagnóstico de Enfermería Alto riesgo de alteración potencial relacionado con deterioro de la relación padre-hijo.
Pertenencia	Alteración del desempeño del rol relacionado con hospitalización prolongada.
Proximidad	Deterioro de la interacción social relacionado con la pérdida de un familiar.
5. <i>Necesidad de estima autoestima.</i>	Este nivel de la jerarquía de Maslow está relacionado con las necesidades del respeto hacia sí mismo y hacia los demás, que la persona se esfuerza para lograr reconocimiento, utilidad, independencia y libertad.
Necesidad Estima	Diagnóstico de enfermería Desesperanza relacionada con el divorcio.

Autoestima	Baja autoestima relacionada con la pérdida de una parte del cuerpo. Trastorno de la personalidad relacionada con presión constante de los compañeros.
6. <i>Necesidad de autorrealización.</i>	Es el nivel más alto dentro de la jerarquía. Las personas se esfuerzan por sacar el máximo a partir de sus capacidades físicas, mental, emocional y social para poder sentir que son lo que desean ser.
Necesidad Autorrealización	Diagnóstico de enfermería Afrontamiento individual inefectivo relacionado con efectos del consumo de alcohol. Alteración del proceso del pensamiento relacionado con modelos ineficaz de afrontamiento.

Bibliografía

- Bello Fernández N, Fenton Tait M, Yera León A. Proceso de Atención de Enfermería. Necesidad de Cambio. Rev Cub Enf 1988;4(3):11-2.
- Bello Fernández N. Módulo Proceso de Atención de Enfermería. Maestría en enfermería. Material digitalizado. La Habana, 2004.
- Carpenito L. Diagnóstico de Enfermería. 3ra. ed. Ed. Interamericana, 2000.
- Colectivo de autores. Proceso de Atención de Enfermería. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Material mimeografiado. La Habana, 2000.
- Iyer P. Proceso y Diagnósticos de Enfermería. McGraw-Hill Interamericana, 1997.
- León Román C. Proceso Atención de Enfermería. Módulo I del Diplomado en Proceso de Enfermería. La Habana, 2003.
- Nacional de Enfermería. Material de apoyo para Aplicación Práctica del Proceso de Atención de Enfermería en los distintos servicios del SNS. La Habana, 1994:4.
- Valdés Marrero C. Proceso de Atención de Enfermería. Módulo V del Diplomado en Proceso de Enfermería. La Habana, 2000.

UNIDAD 2. REDACCIÓN O FORMULACIÓN DE LOS RESULTADOS

Nilda L. Bello Fernández

Los resultados son un componente importante de la fase de planificación del Proceso de Atención de Enfermería; también son objetivo resultado o expectativa: metas en objetivos de la conducta.

Los objetivos dentro del Proceso de Atención de Enfermería pueden ser: el elemento del proceso, que nos permite poner en conocimiento de todo aquello que participan en la atención del sujeto: qué es lo que debemos conseguir, cómo queremos conseguirlo y cuándo.

También se expresa como el resultado que esperamos conseguir como consecuencia de la intervención de enfermería; es la forma en que el profesional de enfermería, el paciente y familiares ponen o saben la eficiencia del tratamiento de enfermería para conseguir, disminuir o prevenir la primera parte de lo enunciado del diagnóstico de enfermería; por tanto el objetivo o resultado señalarán:

1. Una dirección para seleccionar las estrategias que se deben seguir y su orden.
2. Una base para el diseño de la estrategia que incluyen los materiales que necesitamos y el método que se debe seguir.
3. Los recursos para resolver el problema, con lo que cuenta tanto la enfermera como el sujeto.

Benavent, Ferrery Francisco proponen definiciones de los objetivos de varios autores que señalamos.

Alfaro (1992) expresa: son la tarea más importante en la etapa de planificación:

- Son los pilares del plan de cuidado.
- Dirigen las actuaciones.
- Son un factor de motivación.

Iyer (1994): independientemente de cómo denominemos los objetivos, su propósito es el mismo, y se concreta en definir la manera en que la enfermera y el paciente saben que la respuesta humana identificada en el diagnóstico ha estado impedida, modificada o corregida.

Moray (1996): para definir qué es un objetivo se recoge la propuesta de la Asociación Americana de Enfermería -meta esperada y medida centrada en el paciente.

Phaneuf (1999): la proyección de una institución, que se expresa mediante la descripción del comportamiento, que se espera de una persona o de un resultado el cual se desea obtener después de haber empleado algunos medios.

Desde 1990 el colectivo de autores cubanos ha definido cómo: los objetivos expresan los cambios deseados en la evolución del paciente o comportamiento desde el punto de vista fisiológico, psicológico y social.

Se describen propiamente en términos de metas que se deben alcanzar por el paciente, familia o comunidad y se logran mediante acciones de enfermería.

Toda vez establecidas las prioridades del diagnóstico de enfermería, se procede a enunciar los objetivos de corto, mediano y largo plazo, así como las actividades propias de enfermería para alcanzar tales objetivos.

Las actividades de enfermería se planifican para garantizar el alcance de los objetivos por el paciente; estos objetivos o expectativas deben ser reales, alcanzables y realizables.

Planificación de los objetivos

Si los objetivos dan respuestas a qué queremos conseguir, cómo queremos conseguirlo, quién realizará la acción que expresa el objetivo y cuánto tiempo para conseguirlo según señala *Bernabé, Ferrery Francisco* (2001), los objetivos podrán clasificarse de acuerdo con:

1. El tipo de acción o cambio que expresa.
2. El tipo de modificación en el comportamiento del sujeto que esperamos obtener.
3. El sujeto que realizará la acción que expresa el objetivo.
4. El tiempo que consideramos necesario para alcanzar dicho objetivo.

Según el tipo de acción. Los objetivos pueden ser de 3 tipos, si atendemos al tipo de acción o cambio que expresa:

1. *Objetivo de restitución.* Cuando el objetivo responde a un diagnóstico real el cambio será de recuperación o resolución del problema.
2. *Objetivo de mantenimiento.* Cuando el objetivo responde a un diagnóstico de riesgo, el cambio que esperamos no es otro que mantener un control de la situación, de manera que el riesgo no se transforme en un problema real que altere el nivel de salud o bienestar del sujeto.
3. *Objetivo de conservación.* Cuando el objetivo responde a un diagnóstico de salud, no es un cambio lo que esperamos, sino mantener un control de la situación de manera que el riesgo se transforme en un problema real.

Según el tipo de modificación en el comportamiento. Son objetivos que nos proponen cambios en el comportamiento del sujeto, y pueden incluir acciones dirigidas hacia:

1. El nivel de competencia cognoscitiva del sujeto. En este caso el objeto expresa un cambio de conocimientos y habilidades en el sujeto.

2. El nivel de competencia psicomotoras. El objeto refleja el cambio de habilidades psicomotoras del sujeto.
3. El nivel de competencia afectiva. En este caso el objeto expresa cambios de aptitudes, valores y sentimientos.

Según el sujeto que realizará la acción que expresa el objetivo. Obtendremos 2 tipos de objetivos:

1. Objetivos del proceso. En este caso el sujeto que realizará la acción es el profesional de enfermería.
2. Objetivo del resultado. Este objetivo tiene como sujeto de la acción a la persona o grupo con el que realizamos el proceso de cuidar.

A diferencia de las etapas del proceso, los objetivos de los resultados necesariamente deben quedar registrados en el Proceso de Atención de Enfermería, ya que son el elemento clave para la evaluación; además de individualidad y particularidad de cada sujeto, modificarán la descripción del sujeto, haciendo que para las personas que presentan el mismo problema en el diagnóstico, deben formular objetivos distintos atendiendo, por ejemplo, a las posibilidades de participación que tengan cada uno de ellos.

Según el tiempo necesario para obtener resultados. Se describen en el objetivo; estos podrían ser:

1. *Objetivos a corto plazo.* Aquellos que expresan una acción que queremos conseguir en un plazo rápido, menos de una semana (para nosotros llegarán hasta 72 horas).
2. *Objetivos a mediano plazo.* En ellos se proponen conseguir el objetivo en un plazo que oscilará entre una semana y un mes (para nosotros de 72 horas a un mes).
3. *Objetivo a largo plazo.* Proponen conseguir el resultado en un tiempo más largo que puede oscilar entre varias semanas o meses (para nosotros más de un mes hasta 6 meses).

Criterios o directrices para la formulación de objetivos

1. Los resultados deberán estar relacionados con las necesidades humanas. Los resultados deben reflejar en la primera parte de la declaración del diagnóstico alternativas deseables por el paciente, e identificar respuestas saludables.
2. Las directrices deben estar centradas en el paciente. Los objetivos o resultados deben describir las actividades, conductas y sentimientos que el paciente realizará, asimismo expresará cuándo y cómo lo hará.

3. Las directrices deben ser claras, breves y concretas. Si el resultado u objetivo es medir y guiar la atención entre las personas encargadas de atender al paciente y/o familia, deben reflejar con exactitud y claridad lo que se espera alcanzar. Deben evitarse las palabras ambiguas o abstractas; expresar, con el menor número de palabras, la idea concreta y clara.
4. Los criterios deben describir un comportamiento que sea medible, observable, que se pueda comparar y medir. Es una de las directrices más importante, para establecer hasta dónde se ha conseguido. Los resultados u objetivos deben referir lo que el paciente hará, cuándo lo realizará y hasta qué punto.
5. Los criterios deben tener un plazo. Hay que determinar cuánto tiempo se asignará para lograr los resultados:
 - Corto: hasta 72 horas.
 - Mediano: más de 72 horas hasta 1 mes.
 - Largo plazo: más de 1 mes hasta 6 meses.
6. Los resultados u objetivos deben ajustarse a la realidad. Deben ser alcanzables, considerando los recursos del paciente, de los profesionales y de la institución; deben adaptar su formulación con los recursos que se disponen; también se pondrán de manifiesto las experiencias y los conocimientos del personal de enfermería, además de la capacidad que tiene el paciente para conseguir los resultados, la que puede ser afectada por muchos factores como la situación económica, el nivel de inteligencia y el estado emocional o físico.
7. Los objetivos o resultados deben ser pactados o determinantes, conjuntamente con el paciente y la enfermera. Durante la valoración inicial la enfermera incluye al paciente en la planificación de los cuidados. En la entrevista, la enfermera se informa acerca de lo que el paciente predice como principal problema de salud, lo que implica la formulación de diagnóstico de enfermería. El paciente y la enfermera deben convalidar los diagnósticos y los resultados dentro del contexto de la discusión, pueden intercambiar expectativas y cualquier respuesta inicial o inaceptable. La incurción del paciente como participante activo en el plan de cuidado ayuda en el logro de los resultados.

Es importante señalar que el diagnóstico de enfermería puede ir acompañado por más de un objetivo o resultado.

Los objetivos o resultados deben redactarse orientados hacia la respuesta concretas del paciente, para que disminuyan los problemas. Estas respuestas podrán ser: técnicas, psicomotoras o habilidades y estados iniciales.

La consideración de estos factores permitirá a la enfermera formular resultados individuales y de fácil evaluación.

Funciones de los resultados u objetivos:

1. Son factores de motivación para el profesional y el paciente.
2. Dirigen las acciones de enfermería.
3. Constituyen un elemento de medida (en la evaluación).

Formulación del objetivo o resultado. Los resultados u objetivos al ser enunciados deben identificar la conducta específica que el paciente debe seguir con la ayuda de la enfermera, otros miembros del equipo de salud o un familiar, y durante el período determinado, así como en condiciones específicas; además, para realizar el enunciado de los objetivos se deben tener presente los aspectos siguientes:

1. Acción que realiza el paciente, lo que va a estar señalado por el resto en presente subjetivo, ejemplo: demuestre, realice, identifique, exprese, enumere mediante una expresión sustantiva como el establecimiento de un estado, la comprensión de su enfermedad, el tratamiento u otros.
2. Condición en que debe efectuar esta acción; esto puede ser expresado en diferentes formas, ejemplo: ayudado por la enfermera, con la ayuda de un familiar, mediante el cumplimiento del plan terapéutico, control del peso y talla, realización de la técnica del Benedict u otras; éstas y otras formas de expresión se utilizan para enunciar la condición de una expectativa, objetivo o resultado.
3. Criterio o norma para evaluar la acción que realiza el paciente. Los resultados objetivos o expectativas, específicos, dan también la forma de evaluar los procesos de los pacientes y los efectos de la actividad de la enfermera, la conducta expresada puede considerarse criterio de evaluación.

Estos criterios, identificados en la fase de planeamiento del proceso de enfermería, son esenciales para la etapa de evaluación. Los datos del paciente relacionados con estos criterios proporcionan la evidencia que el cuidado de enfermería ha sido satisfactorio o infructuoso, para alcanzar algunos objetivos o resultados. Los criterios de evaluación deben ser medibles, observables, bien escritos, con términos no ambiguos, de manera que todo lo que está relacionado con la evaluación del objetivo o resultado, sepan qué debemos esperar y reconozcan el cambio de conducta cuando esto ocurra.

Los criterios de evaluación pueden incluir algo acerca de la persona que va ser observada.

Las medidas pueden ser datos fisiológicos, como cambio de la frecuencia cardíaca, tensión arterial, temperatura, orina jumentosa. Las medidas emocionales o psicológicas pueden incluir la cantidad o tipo de interacción social, la presencia o ausencia de llanto, retiro, negatividad u hostilidad.

La evolución puede darse en lo que el paciente refiere o en el bienestar que recibe de una actividad. La expresión acerca del alivio de algún síntoma, preferencia de alimento, cambio del estado de ánimo o aptitud son datos que pueden evidenciar que el objetivo ha sido alcanzado.

Al enunciar esta parte de la expectativa, objetivo o resultado utilizamos diferentes explicaciones como: en horarios establecidos, cada hora, cada 3 o 6 horas, 1 500 calorías, 10 cm, 20 mL, 37 oC, tensión arterial de 120/80 mmHg, diaria o semanalmente vemos el peso y la talla, 10 kg, se encuentra tranquilo, menos alterado, fuma menos; todas estas expresiones nos ayudan a medir y es una norma o criterio; también se pueden considerar otras expresiones que se encuentran en este aspecto de criterio de evaluación.

4. Tiempo. El tiempo es un impedimento que la enfermera debe considerar al situar los objetivos de enfermería. Todo esfuerzo se hará para alcanzar objetivos, resultados o expectativas propuestos en el menor tiempo posible.

Se debe establecer un tiempo límite en los logros del paciente, los cuales son supuestos, deben ser razonables y dentro de lo que usualmente se considera un período normal, para alcanzar los objetivos deseados.

Establecer estos límites podría requerir habilidades por parte de la enfermera, pero también pueden proporcionarse iniciativas y motivaciones para lograr ese objetivo.

Expresiones para enunciar términos como por ejemplo 24 horas, hasta 72 horas, en una semana, en 6 meses.

En resumen un objetivo, expectativa o resultado, bien comunicado, dará evidencia de uno o más de estas características:

1. Especificar, en términos exactos de conducta del paciente, la expectativa del cuidado de enfermería.
2. Describir cualquier atención al paciente en el desempeño de la conducta esperada.
3. Describir hasta qué punto el paciente sea capaz de ejecutar el comportamiento que se considere aceptable.

Es necesario esclarecer que otros autores señalan como quinto elemento el sujeto, que desde el año 1988 no se expresa en los objetivos, expectativas o resultado, por ser siempre el mismo, el paciente, la familia o la comunidad; a su vez desde el punto de vista didáctico, mantener en orden el enunciado de los objetivos para adquirir destreza y habilidades en la elaboración y confección de estos, por lo que sugerimos que durante el aprendizaje se lleve el orden lógico siguiente (acción, condición, criterio de evaluación y término):

1. Camine (acción del paciente).
2. Con ayuda de la enfermera (condición en que debe efectuar la acción).
3. 10 min sin descansar (criterio para evaluar la acción).
4. En 72 horas(tiempo o plazo determinado).

Según orientaciones en la Carpeta Metodología de la Dirección Nacional de Enfermería para la implantación del Proceso de Atención de Enfermería y su aplicación en la práctica, desde 1996 en relación con los objetivos, expectativas o resultados, se expresa: la acción, el criterio de evaluación y el tiempo se señalan en la hoja de indicación médica junto con el diagnóstico de enfermería.

Bibliografía

- Agramonte del Sol A. Factores que Contribuyen al Aprendizaje del Proceso Atención de Enfermería. Tesis de Maestría para la opción del Título de Máster en Formación Didáctica. La Habana, 2005.
- Bello Fernández N. Módulo Proceso de Atención de Enfermería. Maestría en enfermería. Material digitalizado. La Habana, 2004.
- Colectivo de autores. Proceso de Atención de Enfermería. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Material mimeográfico. La Habana, 1995.
- Colectivo de autores. Temas de Enfermería General I y II (para estudiantes de la Licenciatura) Dirección Nacional de Docencia Superior. La Habana, 1990.
- Dirección Nacional de Enfermería. Carpeta Metodológica. La Habana, 1996:97-99.
- Feliú Escalona B, Estrada Muñoz R. Modelo de Atención de Enfermería Comunitaria. Cuba: Ed. Walsud, 1997:2/15-12/18.
- Iyer PB, Taptich BG. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Ed. Mc Graw Hill. Interamericana, 1997.
- León Román C. Proceso Atención de Enfermería. Módulo I del Diplomado en Proceso de Enfermería. La Habana, 2003.
- Marrimer Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid:Ed. Harcourt SA, 1999.
- Rodríguez RJ, Soto C MA. Fundamentos de enfermería. Atención Especializada. El Proceso Enfermero. España:Ed. Síntesis SA, 1996.
- Valdés Marrero C. Proceso Atención de Enfermería. Módulo V del Diplomado en Proceso de Enfermería. La Habana, 2004.

UNIDAD 3. DESARROLLO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nilda L. Bello Fernández y Marianelys Fernández Bello

En este momento de la planificación es cuando la enfermera, después de analizar los diagnósticos, establecer prioridades y proponer los resultados u objetivos, se propone (con el paciente, familia o comunidad) programar las acciones o intervenciones que considera adecuadas para conseguir los resultados esperados.

En este caso definiremos las acciones o intervenciones de enfermería como una actividad individualizada y específicamente recomendada, para satisfacer necesidades afectadas o problemas del paciente, familia o comunidad en un tiempo previsto.

Estas actuaciones son dirigidas a eliminar, reducir o prevenir los factores relacionados, enunciados en el diagnóstico.

Es por ello que *Benavent, Ferrer y Francisco* (2001) las definen como las estrategias específicas diseñadas para un sujeto (persona, familia o comunidad) concretas, con la finalidad de evitar complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual, así como fomentar, conservar y restaurar la salud.

Phaneuf, al referirse a las intervenciones de enfermería, las divide en 2 tipos:

1. Intervenciones autónomas de cuidados de enfermería.
2. Intervenciones de enfermería autónomas relacionadas con los cuidados técnicos y médicos.

Murray y Atkinson (2001) identifican 4 tipos de intervenciones de enfermería:

1. Manejo del entorno. Relacionado con el establecimiento de un ambiente terapéutico seguro.
2. Intervenciones iniciadas y ordenadas por el médico. Las intervenciones que derivan del tratamiento médico.
3. Intervenciones iniciadas por la enfermera y ordenadas por el médico. Las que se realizan a partir de identificación de problemas de salud, que están fuera de su ámbito profesional y que necesitan de la intervención de otro profesional para resolverlo.
4. Intervenciones iniciadas y ordenadas por la enfermera. Las intervenciones que corresponde con el campo de acción específicos de la enfermera.

En estas propuestas aparecen diferenciadas las actividades que pertenecen al tratamiento de enfermería o ámbito de actuación profesional de la enfermera profesional, y otras que, aunque no lo son, se incorporan al Proceso de Atención de Enfermería.

En la actualidad, al referirse a las intervenciones o actuaciones de enfermería, estas se agrupan en 2 tipos:

1. Intervenciones independientes. Son las actividades que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería sin indicación del médico; estas derivan del diagnóstico de enfermería, las que serán enunciadas y desarrolladas por los profesionales de enfermería, autorizados a tratar en virtud de su educación y sus experiencias; ejemplos:
 - Valoración del paciente o la familia mediante la exploración física.
 - Diagnóstico de la respuestas que necesitan actuaciones de enfermería.
 - Medidas para motivar y aconsejar al paciente y su familia.
2. Intervenciones interdependientes y dependientes. Aparecen según las actividades que el profesional de enfermería realiza, con la cooperación de otros miembros del equipo de atención sanitaria, que surgen como consecuencia de la intervención del médico u otro profesional en el proceso de salud (trabajadores sociales, dietistas, terapeutas y otros profesionales), y pueden añadir detalles acerca de cómo se van a realizar las indicaciones promovidas por el médico; ejemplo:
 - La enfermera y el fisioterapeuta colaboran en la atención del paciente que presenta imposibilidad para realizar movimientos, con riesgo de intolerancia a la actividad.

Características de las intervenciones

Ser consecuente con el plan de cuidados. No debe existir conflictos con los enfoques terapéuticos del resto de los miembros del equipo de salud. Cualquier diferencia de opiniones tendrá que resolverse para fomentar la consistencia de los cuidados.

Basarse en principios científicos. Deben tener un fundamento científico que apoye las decisiones de la enfermera, lo que constituye la base de acción de enfermería o intervenciones de enfermería.

Individualizarse a la situación en concreto. Un propósito de las intervenciones de enfermería es comunicar de qué modo los cuidados de un paciente difieren de los demás, con un diagnóstico médico o de enfermería similar. Las directrices para desarrollar intervenciones de enfermería individualizadas son:

1. Centrarse en los factores relacionados del diagnóstico de enfermería. La declaración del diagnóstico de enfermería proporciona

una base para el establecimiento de intervención de enfermería individualizada. El diagnóstico de enfermería consta de respuestas humanas y factores relacionados, estos últimos especifican el origen de las respuestas humanas y proporcionan una directriz para determinadas intervenciones de enfermería. Los factores relacionados identifican los factores fisiológicos, psicológicos, ambientales, socioculturales o espirituales que pueden ser la causa o que constituye la respuesta del paciente.

2. Incluir la opinión del paciente y la familia a la hora de escoger alternativas. Después de establecerse los diagnósticos de enfermería se formulan los resultados con la opinión del paciente. La inclusión del paciente en el desarrollo del resultado (objetivo) aumenta las posibilidades de individualización de las intervenciones de enfermería. Después de formuladas las intervenciones de enfermería se revisa con el paciente lo que garantiza la comprensión de las intervenciones planeadas y su aceptación y aplicabilidad por parte del paciente.

Utilizarse para proporcionar un ambiente seguro y terapéutico. Cuando se planifiquen intervenciones de enfermería hay que tener en cuenta las satisfacciones físicas y emocionales del paciente. Un ambiente seguro es aquel donde se cubren las necesidades fisiológicas del paciente y se le protege de posibles lesiones.

Un ambiente terapéutico utiliza relaciones interpersonales eficaces para ayudar al paciente a resolver las respuestas humanas alteradas.

Las intervenciones de enfermería pueden consistir en tratamientos, valoración, enseñanza, consultas o cualquier otro tipo de acción que prometa ser útil.

Oportunidades de enseñar-aprender. El proceso de enseñanza-aprendizaje para el paciente consiste en la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes y técnicas.

Incluir la utilización de los recursos apropiados. La enfermera debe tener en cuenta si la intervención de enfermería es necesaria para la situación del paciente, la cual deberá ser práctica en lo referente al equipo, factores económicos y recursos humanos.

Formulación de hipótesis

La enfermera formula una hipótesis cuando predice qué alternativas son apropiadas para conseguir el resultado deseado. Se proponen intervención de enfermería que:

1. Hayan tenido éxitos antes de solucionar un problema determinado.

2. Es probable que sean eficaces sobre la base de los conocimientos, habilidades o recursos que tenga el paciente.

Esta técnica permite a la enfermera aplicar principios científicos, desarrollar enfoque para solucionar problemas y facilitar la administración de unos cuidados individualizados.

Tormenta de ideas

Es una técnica de grupo para generar ideas de más de una persona -equipo interdisciplinario y/o personal de enfermería. Después de desarrollarse todas las alternativas posibles, la enfermera escoge aquellas que resultan más apropiadas para el paciente.

Comparación entre las intervenciones médicas y de enfermería

Las prescripciones médicas normalmente se centran en las actividades implicadas en el diagnóstico y tratamiento del estado clínico del paciente; estas órdenes se delegan a las enfermeras y al personal profesional de la salud.

Las intervenciones de enfermería se centran en las actividades necesarias para el fomento, conservación o restablecimiento de la salud del paciente; pueden clasificarse como dependiente o interdependiente.

Formulación de las actuaciones de enfermería

En nuestro medio, al manifestar el enunciado de una intervención de enfermería, debemos expresar: qué, cómo, dónde, cuándo se va a hacer y quién lo va a hacer; ejemplo: enseñar al paciente a realizar ejercicios respiratorios, a través de una demostración en su cuarto todas las mañanas por la enfermera del turno.

Qué se va a hacer. Este aspecto implica la acción de enfermería a realizar el enunciado de ella, se expresará mediante un verbo de acción en infinitivo, ejemplo: enseñar, explicar, ayudar, demostrar, aplicar, administrar y otros.

Cómo se va a hacer. Implica el método, procedimiento o forma en que se va a realizar la acción, ejemplo: mediante una charla educativa, a través de una consulta programada, con la utilización de la vía oral, a través de una demostración, mediante conversación, a través de la observación, estas actividades siempre van acompañadas de las expresiones siguientes: a través, mediante, con la utilización de, entre otras.

Dónde se va a hacer. Se refiere al lugar en que se efectuará la actividad, acción o intervención planificada de enfermería, ejemplo: en la habitación, en el cuarto de curaciones, en la sala de espera, en su cama, en su casa u otros.

Cuándo se va a hacer. Está relacionado con el tiempo, el momento, la frecuencia en que se va a efectuar la actividad, acción o intervención de enfermería, ejemplo: hoy, mañana, cada 3 o 6 horas, diario, por la mañana, en la noche, semanal, mensual, entre otros, y especificar días, resultado, objetivo o expectativa.

Quién lo va a hacer. Está relacionado con el personal que tiene responsabilidad de cumplir la acción e intervención de enfermería, para lo cual se pueden utilizar las expresiones, como por ejemplos: la enfermera de turno, el alumno o estudiante de primer año, la enfermera del sector, la enfermera del programa María González, etc.

La enfermera interactuando directamente con el paciente ha sido descrita como acción de enfermería; comprende lo que la enfermera hace por, con y para el paciente, para lograr los objetivos, expectativas o resultados.

Las directrices para redactar las intervenciones de enfermería son:

1. Firma y fecha (refleja la responsabilidad legal).
2. Deben incluir verbos de acción concretos.
3. Deberá definir "qué, cómo, dónde, cuándo y quién" y con qué frecuencia tendrán lugar las actividades identificadas.
4. Deberán estar individualizados para el paciente.

Principios científicos aplicables en las intervenciones de enfermería

El personal de enfermería debe tener constantemente decisiones propias para resolver los problemas relacionados con el cuidado de sus pacientes, su propia seguridad y la de los demás, así como en sus relaciones personales. En enfermería no se puede realizar un trabajo eficiente sin que sus decisiones estén basadas en el conocimiento científico de las acciones básicas y sociales, relacionadas con la atención al paciente, familiares y comunidad.

Por encima de la actividad en que la enfermera resuelve los problemas o necesidades afectadas, que se presenta manifestada mediante la identificación y necesidades de los diagnósticos de enfermería, sus necesidades solo serán buenas cuando las realice, sobre la base de los principios científicos que sustentan las distintas ciencias con que se relaciona; debe contar con la formación técnica para la aplicación de dichos principios.

Concepto de principio. Base o fundamento sobre el cual se apoya una cosa.

Principio científico. Enunciado de un hecho generalmente aceptado o una verdad fundamental que puede servir de guía para actuar.

Principio de enfermería. Enunciado de la aplicación de principios científicos útiles para la enfermería.

Por todo lo antes expuesto debemos considerar los aspectos siguientes:

1. La necesidad de conocer los fundamentos de las ciencias básicas.
2. La aplicación de estos fundamentos a los problemas que surgen en la enfermería.
3. La integración de las ciencias básicas con las clínicas y con las sociales.

Basado en los aspectos antes mencionados, se hace referencia a diferentes autores y tenemos en el libro *Bases Científicas de Enfermería* Nordmark/Rohweder, 3era edición, realizamos su estudio con el propósito de encontrar los principios y conceptos científicos básicos aplicables a enfermería, siendo estos de gran valor.

Otro autor que ha tratado los principios aplicados a la enfermería es BW Du Gas en su libro *Tratado de Enfermería Práctica*.

Alice L. Prince en su *Tratado de Enfermería* (1966) expresa: "la enfermería es una ciencia en la cual los principios fundamentales de cuidado de enfermería dependen del conocimiento de las ciencias biológicas como Anatomía, Fisiología, Microbiología y Bioquímica y de las ciencias sociales como Filosofía, Psicología, Sociología, etc. Estas ciencias son fundamentales para el conocimiento del cuerpo humano en su estado físico normal y anormal, que resulta la lesión o ataque y que son tratado por la enfermería. Comprender las ciencias sociales y las naturales ayudan a la enfermera para realizar la atención a paciente, familiares o comunidad, sobre una base científica. Como vemos, la enfermería no es una ciencia pura y su fundamento teórico deriva de muchos campos. La interrelación de estos conocimientos le ayuda al suministro de cuidados de enfermería que se espera de ella.

Existen principios básicos de enfermería como:

1. Ayudar al paciente a conservar su personalidad.
2. Ayudar al paciente a recuperar su salud.
3. Proteger al paciente de lesiones o agentes externos o enfermedades.
4. Ayudar al paciente a incorporarse a la sociedad.

Los principios científicos se convierten en guías para la acción en su aplicación; algunos autores señalan que el método más efectivo para enseñar su utilización es la solución de problemas.

En relación con la concepción del hombre como ser integral, y basados en los diagnósticos de enfermería, se toma como base los principios científicos, al decir qué acciones convienen al paciente para el logro de los objetivos o resultados que se deben alcanzar de él.

Principios importantes para la nutrición:

- Para una salud óptima se requiere la ingestión adecuada de nutrientes esenciales y alimentos energéticos.
- El estado nutricional de la persona está determinado por los nutrientes específicos y los alimentos energéticos adecuados que recibe, absorbe y utiliza su cuerpo.
- Las necesidades nutricionales dependen de la edad, sexo, talla, grado y tipo de actividad diaria, secreción de las glándulas endocrinas y estado de salud de la persona.
- Las necesidades nutricionales suelen alterarse durante las enfermedades.
- El alimento tiene importancia psicológica para las personas.
- Los hábitos alimentarios se aprenden.
- Los hábitos alimentarios se relacionan con creencias culturales, religiosas y morales.

Principios importantes sobre anorexia, náuseas y vómitos:

- La pérdida de alimentos y líquidos debido a los vómitos pueden alterar el estado nutricional y el equilibrio de líquidos y electrolitos del cuerpo.
- El alimento es un portador muy común de microorganismos que causan enfermedades en el hombre.
- Las drogas y otras sustancias tóxicas, los trastornos de la movilidad, los estrés psicosociales, etc.
- Las agresiones internas pueden estimular el centro del vómito.
- Las bacterias crecerán con rapidez en los alimentos por la temperatura y medios inadecuados.
- Las aberturas del estómago y la tráquea están muy cerca de la garganta.
- Con frecuencia es posible prevenir la dispepsia, la anorexia, la náusea y el vómito.

Principios relacionados con la eliminación urinaria:

- La mayor parte de los desechos nitrogenados del metabolismo celular se eliminan por la orina.

- Los riñones tienen un papel importante en la conservación del equilibrio de los líquidos.
- La suspensión de la formación de orina en los riñones pone en peligro la vida de la persona.
- La madurez total de la capacidad funcional de los riñones se alcanza al final del primer año de vida.
- Las estructuras neuromusculares necesarias para el control voluntario de la micción suelen estar desarrolladas hasta los 2 ó 3 años.
- El adulto elimina de 1 000 a 1 500 mL de líquido por la orina en 24 horas, los riñones de los niños en edad escolar eliminan hasta 1 000 mL en el mismo período.
- Los líquidos constituyen una proporción mayor del peso corporal de los niños.
- La pérdida del control voluntario de la micción es una amenaza grave para la autoestima de la persona.
- El adulto siente necesidad de orinar cuando la vejiga tiene de 300 a 500 mL de orina.
- La íntima relación entre las vías urinarias y las vías de la reproducción determinan que el funcionamiento urinario sea un tema delicado para la mayoría de las personas.
- La localización del sistema urinario, muy próximo al ano y los órganos sexuales externos, hacen que las vías urinarias sean vulnerables a infecciones provenientes de estas fuentes.
- Una eliminación de orina menor que 25 mL/hora (600 mL/24 hora) se considera inadecuada en el adulto.

Principios relacionados con la función intestinal:

- La función intestinal consiste en eliminar las sustancias de desecho de la digestión.
- Para el funcionamiento eficaz del cuerpo es necesario que la eliminación intestinal sea normal.
- Las alteraciones de la función intestinal pueden alterar el equilibrio de líquidos y electrolitos del cuerpo.
- La obstrucción del intestino constituye grave riesgo para la vida.
- La ingestión de alimentos y líquidos estimula la acción peristáltica en el tubo digestivo.
- La acción de defecar se estimula cuando se activa el reflejo rectal por distensión del colon bajo y el recto.
- La defecación es voluntaria después de los 3 o 4 años de edad.
- Las estructuras neuromusculares que permiten el control voluntario de la eliminación intestinal están bien desarrolladas después de los 15 a 18 meses de edad.

- El control de la defecación es un aspecto importante de la vida independiente de la persona.
- El número de deposiciones diarias en un lactante varía mucho, el promedio es de 4 a 7 deposiciones por día en los niños.
- Después de la infancia el patrón normal intestinal varía, de una defecación cada 2 o 3 días a 3 diarias.
- Los patrones de eliminación intestinal y la consistencia de las heces dependen mucho de la ingestión de alimentos y líquidos.
- El estrés, la ansiedad y otras emociones intensas pueden alterar la función intestinal.

Principios relacionados con el equilibrio de líquidos y electrolitos:

- El adulto necesita entre 2 100 y 2 900 mL de líquido en 24 horas.
- Los niños requieren una proporción de líquido en relación con su peso corporal.
- La ingestión de líquido se equilibra en relación con sus pérdidas.
- Cuando se pierde o se retiene volúmenes excesivos de líquidos, existe pérdida o aumento concomitante de los electrolitos.
- Los signos o síntomas relacionados con el desequilibrio electrolítico varían según el exceso o la carencia de electrolitos específicos.
- Los electrolitos específicos que se eliminan del cuerpo, cuando se pierden líquidos, dependen de la vía de eliminación.

Principios relacionados con las necesidades de oxígeno:

- El oxígeno es esencial para la vida.
- Una persona sobrevive pocos minutos sin oxígeno.
- El suministro deficiente de oxígeno deteriora el funcionamiento de todos los sistemas del cuerpo.
- La falta de oxígeno por períodos prolongados puede causar daño cerebral irreparable.
- El aire al nivel del mar contiene el 20 % de oxígeno y el 0,04 % de dióxido de carbono, lo que normalmente es adecuado para satisfacer las necesidades de oxígeno del hombre.
- Las concentraciones de dióxido de carbono entre el 3 y el 10 % aumenta la frecuencia y profundidad de las respiraciones.
- Las células de la corteza cerebral comienzan a morir tan pronto se les priva de oxígeno.
- La capacidad del cuerpo para satisfacer las necesidades de oxígeno depende del adecuado funcionamiento de los signos cardiovasculares y respiratorios.

- Las vías respiratorias permeables son esenciales para la función respiratoria normal.
- Las vías respiratorias están cubiertas de epitelio que segrega moco.
- La tos, el estornudo y la deglución son mecanismos por los que el cuerpo intenta eliminar materiales extraños de las vías respiratorias.
- La dificultad para respirar provoca ansiedad y angustia.

Principios relacionados con el uso terapéutico del calor y el frío:

- El calor se distribuye por todo el cuerpo a través de la sangre circulante y por conducción directa de los tejidos.
- La pérdida de calor ocurre mediante conducción, convección y evaporación en la superficie de la piel.
- La pérdida de calor es directamente proporcional al volumen de sangre que circula cerca de la superficie de la piel.
- El volumen de sangre que circula cerca de la superficie depende de la dilatación y constitución de las arterias periféricas.
- Las aplicaciones de calor y frío influyen en la dilatación y constitución de los vasos sanguíneos periféricos.
- La humedad conduce mejor el calor que el aire.
- La capacidad de las personas para tolerar el frío y el calor es variable. Los ancianos con edad muy avanzada, los niños y adolescentes son particularmente sensibles al calor y al frío.
- Las personas se hacen menos sensibles a las aplicaciones repetidas de calor y frío.
- La exposición prolongada a temperaturas extremas afecta la tolerancia del cuerpo a estas.

Principios relacionados con el dolor:

- El dolor tiene una función protectora que advierte a la persona la presencia o posibilidad de daño en los tejidos.
- El dolor puede ser causado por distintos tipos de estímulos.
- La sensibilidad de los tejidos del cuerpo a los estímulos dolorosos es diferente.
- El dolor intenso puede transformar los mecanismos de adaptación del cuerpo.
- La capacidad para percibir el dolor depende de la integridad de las estructuras nerviosas que recibe, transmite e interpreta los impulsos del dolor.
- La percepción del dolor puede alterarse por algunos factores físicos y emocionales.

- La reacción al dolor es muy individual y depende de factores físicos, emocionales y culturales.

Principios relacionados con la función sensorial:

- Las intervenciones de enfermería para pacientes con alteraciones sensoriales se planean según sus problemas específicos, sobre la base de las necesidades particulares de cada persona.
- El equilibrio psicosocial requiere que las personas tengan estimulación sensorial adecuada.
- Los estímulos captados por los órganos de los sentidos proporcionan información sobre el ambiente externo.
- La integridad de los órganos de los sentidos es esencial para la percepción sensorial.
- La percepción sensorial puede deformarse en personas enfermas.
- El daño de los tejidos cerebrales proporciona enfermedades o limitaciones que pueden alterar la percepción sensorial.
- La comunicación es un medio importante de estimulación sensorial.
- Todos los receptores sensoriales se adaptan, en forma parcial o total, a sus diversos estímulos en un tiempo determinado.
- El cerebro está activo incluso en ausencia de estímulos del medio externo.
- La percepción sensorial disminuye en la medida que las personas envejecen.
- El tiempo que tarda un impulso nervioso en llegar al cerebro aumenta con la edad.
- El tiempo de reacción a estímulos ambientales se prolonga con la edad.

Principios relacionados con los programas de ejercicios para los pacientes:

- El proceso de degeneración se inicia cuando los músculos no se utilizan.
- La degeneración incluye tejido óseo, la piel y los músculos.
- Los ejercicios pasivos en el arco completo del movimiento evitan el desarrollo de contracturas que pueda entorpecer el movimiento articular.
- Todas las articulaciones tienen un límite circunscrito de movilidad.
- La contracción activa de los músculos es necesaria para conservar y mejorar la fuerza y el tono muscular.

- La contracción activa de los músculos de un lado del cuerpo hace que se contraigan los componentes del otro lado del cuerpo.
- El ejercicio tiene efectos beneficiosos en todas las partes del cuerpo.

Principios relacionados con la seguridad del paciente:

- Los principios del organismo corporal que funcionan, normalmente, informan a la persona sobre peligros del ambiente.
- La edad de una persona afecta su capacidad para percibir estímulos sensoriales del ambiente y tomar acción eficaz de protección contra los estímulos perjudiciales.
- La familiaridad con el ambiente lo hace menos peligroso.
- La capacidad de protección se afecta por el estado sensorial, mental, emocional, de movilidad y comodidad, reposo, sueño.
- Las enfermedades tornan a las personas menos vulnerables a accidentes y a las terapéuticas.
- Las medidas diagnósticas y terapéuticas pueden causar daño al paciente, además de ayudar a resolver sus problemas de salud.

Principios relacionados con la higiene:

- La integridad de la piel es la primera línea de defensa del cuerpo contra infecciones y lesiones.
- La naturaleza de la piel y sus apéndices poseen diferencias individuales.
- Durante la vida ocurren cambios en la piel, las mucosa, el pelo, las uñas y los dientes.
- La salud de la piel y mucosa depende mucho de la nutrición, la ingestión de líquidos y el ejercicio adecuados.
- La salud general de la persona incluye tanto el estado de su piel y apéndices, dientes y boca, como su capacidad para atender la higiene personal.
- Las prácticas de higiene se aprenden.
- Las costumbres higiénicas varían con las normas culturales, la idiosincrasia, los valores personales y la capacidad para tener buenas costumbres de limpieza y aliño.
- La capacidad para cuidar la higiene personal es una función independiente, importante en niños mayores y adultos.
- La piel y sus apéndices pueden ser afectadas con pomadas y otras formas de tratamiento.

Principios relacionados con la prevención y el control de infecciones:

- De las múltiples variables de microorganismos solo algunos pocos son agentes patógenos verdaderos.
- Muchos gérmenes que se encuentran generalmente en el ambiente y el cuerpo son oportunistas y se tornan infecciosos ante esta posibilidad.
- La integridad de la piel y las mucosas es la primera línea de defensa del cuerpo contra invasiones de agentes infecciosos.
- La resistencia a infecciones es menor en edades muy avanzadas, cuando el estado de salud es malo, se ha descuidado la higiene o cuando no ha habido una inmunización adecuada contra las enfermedades infecciosas.
- Los agentes infecciosos pueden ser transportado por diferentes vías a una persona sensible.
- Los modos de transmisión de los agentes infecciosos varían según su puerta de entrada, la vía de salida y su capacidad de vivir fuera del reservorio.
- Algunas personas son portadoras de agentes infecciosos, aunque no tengan signos o síntomas clínicos de infección.
- Los agentes infecciosos pueden destruirse con suficiente calor, agentes químicos y otros medios conocidos.

Principios relacionados con los cuidados preoperatorios y posoperatorios:

- La cirugía estimula una reacción mayor de estrés en el cuerpo.
- Una agresión mayor al organismo, como la cirugía, disminuye la capacidad para enfrentar otros agentes.
- La cirugía mayor afecta la capacidad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.
- La piel es la primera línea de defensa del cuerpo contra agentes perjudiciales.
- La penetración de la piel mediante una incisión quirúrgica abre una puerta de entrada a los agentes patógenos invasores.
- Los niños y los ancianos son particularmente susceptibles a los efectos adversos de la cirugía, igual que los pacientes con problemas respiratorios, enfermedades cardiovasculares, anomalías de la coagulación sanguínea, diabetes y otros trastornos que causan insuficiencias vasculares.
- Los pacientes muy temerosos representan mal riesgo quirúrgico.

- El temor a lo desconocido es un factor intenso a la ansiedad prequirúrgica.
- La información suele ayudar a eliminar temores.
- El aprendizaje es eficaz cuando la persona necesita y desea aprender.

Principios relacionados con la sexualidad:

- La sexualidad permite la reproducción de la especie.
- La satisfacción sexual es una necesidad básica del hombre.
- La sexualidad llena prácticamente todos los aspectos de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte.
- Todas las culturas tienen sanciones, a menudo legales y morales, que controlan la expresión de los impulsos sexuales.
- Las personas tienen convicciones culturales, religiosas y estéticas sobre la expresión de la sexualidad.
- Los valores morales acerca de la conducta sexual se han liberado considerablemente en la mayor parte de las culturas occidentales en los últimos años.
- La buena identificación de géneros en la niñez temprana es importante para la salud y el bienestar de la persona durante la vida.
- El daño posible de la integridad de los órganos sexuales implica gran amenaza para la autoestima.

Principios relacionados con la ansiedad:

- La ansiedad de origen desconocido es más difícil aliviar que un temor conocido.
- Las personas suelen sentir menos ansiedad cuando saben qué les sucederá.
- La ansiedad disminuye cuando el paciente tiene algún control de su situación.
- La soledad agrava la ansiedad.
- El sentimiento de despersonalización ayuda a la ansiedad.
- La actividad física ayuda a aliviar la tensión muscular.
- Las diversiones con frecuencia pueden aliviar la ansiedad.

Principios relacionados con la depresión:

- La persona deprimida tendrá cambios en sus funciones fisiológicas, sus sentimientos y su conducta.
- La depresión altera el razonamiento de la persona.
- La depresión prolongada o profunda puede causar un retraso mental, embrutecimiento o ambos.

- Las emociones tienen que ser contagiosas.
- Las emociones dependen del estado fisiológico de la persona.
- La persona deprimida suele tener autoestima muy baja.
- El paciente deprimido es posible que por sus sentimientos de desmerecimiento no desee vivir.

Documentación del Plan de Cuidados. Es el último componente de la fase de planificación; se considera como el registro organizado de los diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones de enfermería. Esto se realiza a través de la documentación en el Proceso de Atención de Enfermería.

Definición de plan de cuidados. Es un método para estructurar y comunicar la información más importante del paciente, la contribución de la enfermera al proceso de mejorar la salud, la calidad asistencial para facilitar los cuidados individualizados, la continuidad asistencial, la comunicación entre el equipo de salud y la evaluación del servicio de enfermería.

El formato del plan de cuidados ayuda a procesar la información obtenida durante la etapa de valoración. El plan sirve de centro receptor cuando se utiliza para documentar los resultados de la fase de planificación.

Características:

1. Están escritos por profesionales de enfermería.
2. Se empieza después del primer contacto con el paciente, familia o comunidad.
3. Fácilmente disponibles.
4. Actualizados.

Componentes:

1. Fecha.
2. Diagnóstico de enfermería.
3. Resultados, objetivos o expectativas.
4. Intervenciones de enfermería (o tratamiento de enfermería).

Tipos de planes:

Individualizados. Es un plan abierto en el que se desarrolla cada uno de sus componentes, en función de la actuación profesional. Este tipo ajusta su documentación al paciente y al tratamiento, ya que no posee ninguna información que no esté relacionada con el paciente, pero necesita de profesionales diestros en la utilización del Proceso de Atención de Enfermería, y emplea mucho tiempo. Desde 1996, con la implantación de la Carpeta Metodológica de Enfermería Cubana, se precisó:

- Escribir en la hoja de "Evolución de Enfermería", Historia Clínica del paciente para la atención secundaria y terciaria.
- Fecha.
- Diagnóstico de enfermería.
- Expectativa o resultado.

Las intervenciones o acciones de enfermería se escriben en la hoja de Indicaciones Médicas de la Historia Clínica del paciente.

En la Atención Primaria tanto para el paciente, familia o comunidad se expresa en la Historia Clínica familiar los aspectos del Proceso de Atención de Enfermería siguientes:

- Fecha del diagnóstico.
- Problemas familiares.
- Medidas.
- Fecha de solución.
- Nota de resumen.

Estandarizados. En cada uno de los componentes del plan se plasman los diagnósticos diferentes, objetivos o resultados del paciente y los tratamientos que cubran la mayoría de los factores relacionados que se enuncian en el diagnóstico de enfermería. Es un protocolo específico de cuidados apropiados para aquellos pacientes que padecen los problemas más comunes o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto. Este tipo de planes permite casillas abiertas en objetivos o resultados e intervenciones, que lo hacen más funcional; supera las dificultades de tiempo y destreza de los profesionales, pero contiene información no referida al paciente, por lo que frena la creatividad de los profesionales y no tiene en cuenta las diferencias entre enfermos con problemas parecidos.

Computarizados. Es cuando se transcribe a un programa informático los planes estandarizados, que reflejen en cada uno de los componentes los resultados eficaces y probados por las instituciones que lo aplican; además, se obtiene por desarrollo del programa informático un plan de cuidados individualizado, lo cual garantiza la eficacia de la asistencia de enfermería y el mejoramiento constante de los cuidados profesionales.

El inconveniente de este tipo de planes es el costo económico de la informatización de las unidades de enfermería y adquirir las habilidades para el manejo del programa informático.

Según *Iyer* (1997), existen los planes de cuidados multidisciplinarios, que puede utilizarse en las unidades de cuidados crónicos, de rehabilitación, psiquiátricos, entre otras; es frecuente que

el plan de cuidados incluya las contribuciones de otras disciplinas, además de la enfermería.

Todos estos tipos de planes tienen señalado sus ventajas e inconvenientes que pueden ser analizados por los estudiantes o graduados interesados en el libro *Proceso y diagnóstico de enfermería* de Iyer.

Bibliografía

- Agramonte del Sol A. Factores que Contribuyen al Aprendizaje del Proceso Atención de Enfermería. Tesis de Maestría para optar por el Título de Master en Formación Didáctica. La Habana, 2005.
- Bello Fernández NL. Módulo Proceso de Atención de Enfermería. Maestría en Enfermería. Material digitalizado. La Habana, 2004.
- Colectivo de autores. Proceso de Atención de Enfermería. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Material mimeográfico. La Habana, 1995.
- Colectivo de autores. Temas de Enfermería General I y II (para estudiantes de la Licenciatura) Dirección Nacional de Docencia Superior. La Habana, 1990.
- Dirección Nacional Enfermería. Carpeta Metodológica. La Habana, 1996/97/98/99.
- Feliú Escalona B, Estrada Muñoz R. Modelo de Atención de Enfermería Comunitaria. Cuba: Ed. Walsud, 1997:2/15-12/18.
- Iyer PB, Taptich BG. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Ed. McGraw Hill Interamericana, 1997.
- León Román C. Proceso Atención de Enfermería. Módulo I del Diplomado en Proceso de Enfermería. La Habana, 2003.
- Marrimer Tomey A. Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid:Ed. Harcourt SA, 1999.
- Rodríguez RJ, Soto CMA. Fundamentos de enfermería Atención Especializada. El Proceso Enfermero. España:Ed. Síntesis SA, 1996.
- Valdés Marrero C. Proceso Atención de Enfermería. Módulo V del Diplomado en Proceso de Enfermería. La Habana, 2004.

UNIDAD 4. DOCUMENTACIÓN. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Nilda L. Bello Fernández y Dulce M. Zequeira Betancourt

El último componente de la fase de planificación es el registro organizado de los diagnósticos de enfermería. Los resultados e intervenciones de enfermería se realizan mediante la documentación en el proceso de enfermería.

Definición de plan de cuidados. Es un método para comunicar importante información relacionada con el paciente.

Propósitos. Los planes de atención de enfermería están diseñados para fomentar calidad asistencial y facilitar:

1. Cuidados individualizados.
2. Continuidad asistencial.
3. Comunicación.
4. Evaluación.

Características:

1. Están escritas por profesionales de enfermería.
2. Se empieza después del primer contacto con el paciente, familia o comunidad.
3. Fácilmente disponibles.
4. Actualizados.

Componentes:

1. Fecha.
2. Diagnóstico.
3. Resultados (objetivo-expectativa).
4. Intervenciones de enfermería (acciones de enfermería).

Fase de ejecución. La ejecución es la fase del proceso de enfermería que implica el comienzo del plan de atención de enfermería; su objetivo es el logro de los resultados.

Componentes: preparación e intervención de enfermería.

Documentación. La ejecución es el inicio y terminación de las intervenciones de enfermería para lograr los resultados definidos en la fase de planificación. Implica la comunicación del plan de todas aquellas personas que participan en los cuidados del paciente.

La ejecución incluye también la anotación en los documentos apropiados de los cuidados prestados al paciente. Esta documentación verifica que se ha llevado a cabo el plan de cuidado, lo que puede utilizarse como instrumento para evaluar la eficacia del plan.

En la actualidad se utilizan varios tipos de planes de cuidados; los más utilizados son los planes contruidos de forma individual; estos planes escritos se documentan en formularios divididos en columnas con encabezamientos habituales de diagnóstico de enfermería, objetivos e intervenciones

Modelo de plan de cuidados individual. El modelo de registro que se propone, forma parte de un sistema de documentación de fácil manejo y utilidad para el trabajo diario de enfermería, que facilita el registro (DdE) y expectativas de enfermería que se logran durante el ingreso del paciente, y permite minimizar el tiempo utilizado para la

transcripción de las evoluciones de enfermería por parte de los profesionales, que se encuentran verticalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de la institución.

La estructura de este modelo consta de los aspectos siguientes:

- En la parte superior del modelo se recogen los datos personales del paciente, la Historia Clínica, el diagnóstico clínico, la estadía hospitalaria, la fecha y hora de cada turno.
- En la parte inferior del modelo se reflejará la firma del profesional de enfermería que realizó la evolución.
- La primera columna corresponde con el número de los DdE por orden de aparición; presenta la columna para plasmar los diagnósticos, la columna denominada expectativas se corresponde con cada DdE y la columna que sigue es para relacionar acciones de enfermería independientes.
- Aparece en el modelo 10 columnas que serán utilizadas para señalar el número de los DdE y expectativas por orden de prioridad en 24 horas; si el paciente sufriera variaciones en su estado de salud se procede a identificar los nuevos problemas, formulando los DdE y expectativas los cuales se incorporan al modelo de registro según su orden de prioridad.
- Cuando se logra satisfacer un problema de salud que originó formular un DdE con su correspondiente expectativa, se representa en el modelo mediante un guión.
- Después, este modelo se incorpora a la Historia Clínica, lo cual posee gran valor para los miembros del equipo de salud que laboran en la UCI de la institución. Toda esta información ofrece la situación general e integradora del trabajo de enfermería sobre la evolución que ha tenido este tipo de paciente.

Ventajas del modelo de registro:

1. Se detectan con facilidad las tendencias y los cambios en el estado de salud del paciente grave.
2. La ejecución del modelo no produce cambios en el sistema del Proceso de Atención de Enfermería.
3. Los datos recogidos en el modelo pueden ser utilizados en la entrega de turno y discusión colectiva del paciente.
4. Facilita la información para realizar el resumen al alta del paciente o hacia las salas de hospitalización.
5. Facilita el control sistemático de la calidad del Proceso de Atención de Enfermería mediante las auditorías concurrentes y retrospectivas realizadas por los gestores de enfermería.

Bibliografía

- Carpenito JII, Lynda RN. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la Práctica Clínica. McGraw-Hill Interamericana, 1995.
- Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales. En File://D Investigación20PAE/Cuidados/Investigación, 2001.
- Fernández Martín F. La Enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional <http://cultura.cuidados.va.es2/historia.2.htm>; España, 2003.
- Fenton Tait MC, Fernández Bello NL. Manual de Enfermería General I y II. Clásico de Enfermería, 1990.
- Iyer W P. Proceso y Diagnósticos de Enfermería. México: McGraw-Hill, 1997.
- Manual del Sistema de Gestión de la Calidad Clínica Central" Cira García Reyes" 2002..
- Ruiz López FJ, Alegria CA. Enfermería Global: En la Unidad de Cuidados Intensivos. Revista de Enfermería Global No 1. Sistema de Información. www.um.es/global. España. Noviembre, 2002.

UNIDAD 5. EVALUACIÓN

Nilda L. Bello Fernández y Marianelys Fernández Bello

La evaluación es un proceso continuo y formal. Aunque se identifica como la última etapa del proceso de enfermería es una parte integral de cada etapa.

Cuando se evalúa esta etapa, se clasifican, analizan y valoran los datos recogidos, se realizan los diagnósticos, resultados e intervenciones, así como la fijación de las necesidades y la emisión de juicios sobre unos resultados realista, que constituyen la base para evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería.

Definición de evaluación

Etapa final del Proceso de Atención de Enfermería en la que se utilizan criterios medibles para determinar las respuestas del paciente como resultado de las actividades de tratamiento y el grado en que se han alcanzado los objetivos.

Fases: Evaluación de las respuestas del paciente y evaluación del plan de cuidados.

Componentes:

1. Recogida de datos acerca del estado del paciente.
2. Comparación de los datos recogidos con los resultados.
3. Revisión del plan de cuidados.

Recogida de datos. Tiene el propósito de evaluar por medio de las técnicas utilizadas por medio de las mismas técnicas utilizadas en la valoración, estas pueden ser la entrevista al paciente, la observación directa, la exploración física o el reposo del historial médico.

Comparación de los datos con los resultados. Después de recoger los datos, la enfermería compara el estado de salud actual del paciente con los resultados definidos en el plan de atención.

Juicio sobre el progreso. La enfermera emite un juicio sobre el logro de los resultados del paciente: si se han logrado los resultados, o no se ha logrado el resultado. Si el juicio es positivo, se ha resuelto el diagnóstico de enfermería, por lo que se debe reflejar la fecha actual en el diagnóstico.

Cuando el diagnóstico no ha sido resuelto, se deben recoger más datos en los que se añadan más resultados e intervenciones.

Las respuestas humanas y los factores relacionados fueron apropiados. Después de realizar estas actividades, se trazarán estrategias para ayudar al paciente.

Bibliografía

- Bello Fernández NL. Módulo Proceso de Atención de Enfermería. Maestría en enfermería. Material digitalizado. La Habana, 2004.
- Colectivo de autores. Proceso de Atención de Enfermería. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Material mimeográfico. La Habana, 1995.
- Colectivo de autores. Temas de Enfermería General I y II (para estudiantes de la Licenciatura). Dirección Nacional de Docencia Superior. La Habana, 1997.
- Feliú Escalona B, Estrada Muñoz R. Modelo de Atención de Enfermería Comunitaria. Cuba: Ed. Walsud, 1997: 2/15-12/18.
- Iyer PB, Taptich BG. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Ed. McGraw Hill Interamericana, 1997.
- León Román C. Proceso Atención de Enfermería. Módulo I del Diplomado en Proceso de Enfermería. La Habana, 2003.
- Valdés Marrero C. Proceso Atención de Enfermería. Módulo V del Diplomado en Proceso de Enfermería. La Habana, 2004.

