



Mi Universidad

LIBRO

Fundamentos de Enfermería II

Licenciatura en Enfermería

Segundo

Periodo

Enero – Abril

Marco Estratégico de Referencia

Antecedentes históricos

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1978 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor Manuel Albores Salazar con la idea de traer educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en julio de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró en la docencia en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de cobranza en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta educativa, por lo que se veía urgente la creación de

una institución de educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra universidad inició sus actividades el 19 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a las instalaciones de carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

Misión

Satisfacer la necesidad de educación que promueva el espíritu emprendedor, basados en Altos Estándares de calidad Académica, que propicie el desarrollo de estudiantes, profesores, colaboradores y la sociedad.

Visión

Ser la mejor Universidad en cada región de influencia, generando crecimiento sostenible y ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

Valores

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

Escudo



El escudo del Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

Eslogan

“Mi Universidad”

Balam



Es nuestra mascota, su nombre proviene de la lengua maya cuyo significado es jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen a los integrantes de la comunidad UDS.

Fundamentos de Enfermería II

Objetivo de la materia:

Capacidad para trabajar en un contexto profesional, ético y de códigos reguladores y legales, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos o morales en la práctica diaria.

Criterios de evaluación:

No	Concepto	Porcentaje
1	Trabajos Escritos	10%
2	Actividades web escolar	20%
3	Actividades Áulicas	20%
4	Examen	50%
Total, de Criterios de evaluación		100%

Unidad 1

Fundamentos Teóricos. Bases conceptuales de enfermería

- 1.1. Concepto de enfermería.
- 1.2. Análisis de la situación actual de la enfermería.
- 1.3. La Enfermería como profesión y como disciplina científica.
- 1.4. Intervenciones independientes e interdependientes.
- 1.5. Paradigmas en Enfermería: Conceptos teóricos de persona, entorno, salud y rol profesional.
- 1.6. Tendencias y escuelas de pensamiento en Enfermería.
- 1.7. Paradigma de la Categorización.
- 1.8. Tendencia naturalista: Florence Nightingale. Asunciones, proposiciones y elementos fundamentales.

Unidad 2

Principales Características

- 2.1 Paradigma de la Integración.
- 2.2 Tendencias de suplencia y ayuda.
- 2.3 Escuela de Necesidades: Virginia Henderson. Dorotea Orem.
- 2.4 Asunciones, proposiciones y elementos fundamentales.
- 2.5 Paradigma de la Integración. Tendencias de interrelación. Escuela de interacción: Hildegard Peplau.
- 2.6 Asunciones, proposiciones y elementos fundamentales.
- 2.7 Escuela de Efectos Deseables: Callista Roy.
- 2.8 Paradigma de la Transformación.

2.9 Madeleine Leininger: Cultura de los cuidados: teoría de la diversidad y de la universalidad.

Unidad 3

Generalidades

- 3.1 Introducción a la metodología enfermera.
- 3.2 El Proceso Enfermero.
- 3.3 La valoración, concepto, objetivos y fases.
- 3.4 La observación, la exploración física y la entrevista.
- 3.5 Organización de la información: Guía de valoración según los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon (ABP).
- 3.6 El diagnóstico análisis e interpretación de los datos.
- 3.7 Diagnósticos enfermeros: tipos y formulación.
- 3.8. Taxonomía II de la NANDA.

Unidad 4

Ejecución

- 4.1 Problemas interdependientes de colaboración.
- 4.2 Formulación
- 4.3 La planificación de cuidados. Fases, objetivos (taxonomía NOC) e intervenciones (taxonomía NIC).
- 4.4 La ejecución. Sistemas de organización del trabajo enfermero.
- 4.5 Etapas del proceso.
- 4.6 Registros de Enfermería
- 4.7 Criterios de cumplimentación.

INDICE

Misión	4
Visión	4
Valores	4
Escudo	5
Eslogan	5
Balam	5
UNIDAD I FUNDAMENTOS TEORICOS, BASES CONCEPTUALES ENFERMERAS.. I I	
1.1.- Concepto De Enfermería:.....	11
1.2 Análisis De La Situación Actual De La Enfermería.....	11
1.3 La Enfermería Como Profesión Y Como Disciplina Científica.	13
1.4 Intervenciones independientes e interdependientes.	16
1.5 Los Paradigmas En Enfermería Conceptos Teóricos De Persona, Entorno, Salud Y Rol Profesional.....	25
1.6. Tendencias Y Escuelas De Pensamiento En Enfermería	30
1.7. Paradigma De Categorización.	33
1.8. Tendencia Naturalista: Florence Nightingale. Asunciones, Proposiciones Y Elementos Fundamentales.....	35
UNIDAD II PRINCIPALES CARACTERISTICAS.....	38
2.1. Paradigma De La Integración.	38
2.2. Tendencias De Suplencia Y Ayuda	39
2.3.- Escuela De Necesidades De Virginia Henderson; Dorotea Orem	42
2.5. Paradigma de la Integración. Tendencias de interrelación. Escuela de interacción: Hildegard Peplau.....	50
2.6. Asunciones Proposiciones Y Elementos Fundamentales	52
2.7. Escuela De Efectos Deseables: Callista Roy.....	54
2.8.- Paradigma De La Transformación.....	60
2.9.- Madeline Leininger Cultura De Los Cuidados, Teoría De La Diversidad Y De La Universalidad.....	65
UNIDAD III GENERALIDADES.....	69

3.1.- Introducción A La Metodología Enfermera.....	69
3.2.- El Proceso De Enfermería.....	72
3.2.- El Proceso Enfermero.....	73
3.3.- La Valoración Concepto, Objetivos Y Fases.....	73
3.4.- La Observación, La Exploración Y La Entrevista.....	74
3.5.- Organización De La Información: Guía De Valoración Según Los Patrones Funcionales De Salud De Marjory Gordón (Amp)	76
3.6.- El Diagnóstico: Análisis E Interpretación De Los Datos.....	94
3.7.- Diagnósticos Enfermeros Tipos Y Formulación.....	94
3.8.- Taxonomía II De La Nanda.....	96
UNIDAD IV EJECUCION	99
4.1.- Problemas Interdependientes/ De Colaboración.....	99
4.2.- Formulación.....	100
4.3.-La Planificación De Cuidados. Fases, Objetivos (Taxonomía NOC) E Intervenciones (Taxonomía NIC).	101
4.4.- La Ejecución Sistema De Organización Del Trabajo Enfermero.....	101
4.5.- Etapas Del Proceso.....	101
4.6.- Registros De Enfermería.....	104
4.7.- Criterios De Cumplimentación.....	106

UNIDAD I

FUNDAMENTOS TEORICOS, BASES CONCEPTUALES ENFERMERAS

I.1.- Concepto De Enfermería:

La enfermería es un arte y una ciencia. El profesional de enfermería debe aprender a prestar cuidados con arte, compasión, afecto y respeto por la dignidad y la individualidad de cada paciente. Como ciencia la práctica enfermera está basada en un cuerpo de conocimiento que está continuamente cambiando por medio de nuevos descubrimientos e innovaciones. Cuando se integran la ciencia y el arte de la enfermería en la práctica, la calidad de los cuidados está en un nivel de excelencia que beneficia a los pacientes y sus familias.

Las oportunidades en la carrera de enfermería son ilimitadas. Hay diversos caminos profesionales, incluida la práctica clínica, formación, investigación, dirección, administración e incluso como emprendedor. Como estudiante es importante comprender el alcance de la práctica enfermera y cómo la enfermería influye en la vida de los pacientes.

El paciente es el centro de la práctica. El paciente incluye a la persona, la familia y/o la comunidad. Tiene una amplia variedad de necesidades de cuidados de salud, experiencias, vulnerabilidades y expectativas; pero esto es lo que hace que la enfermería sea a la vez un reto y una recompensa.

I.2 Análisis De La Situación Actual De La Enfermería.

El paciente es el centro de la práctica. El paciente incluye a la persona, la familia y/o la comunidad. Tiene una amplia variedad de necesidades de cuidados de salud, experiencias, vulnerabilidades y expectativas; pero esto es lo que hace que la enfermería sea a la vez un reto y una recompensa. Marcar una diferencia en las vidas de los pacientes es gratificante (p. ej., ayudar a un paciente moribundo a encontrar alivio del dolor, ayudar a una madre joven a

aprender las habilidades parentales y encontrar medios para que los ancianos sean independientes en sus casas). La enfermería ofrece compensaciones personales y profesionales cada día. Este capítulo presenta una visión contemporánea de la evolución de la enfermería y de la práctica enfermera y las influencias históricas, prácticas, sociales y políticas en la disciplina de la enfermería.

Cuando se dan cuidados, es esencial proporcionar un servicio determinado según los estándares de la práctica y seguir un código ético (American Nurses Association [ANA], 2008, 2010b). La práctica profesional incluye conocimientos de las ciencias sociales y conductuales, las ciencias biológicas y fisiológicas y las teorías de la enfermería. Además, la práctica enfermera incorpora valores éticos y sociales, autonomía profesional y un sentido de compromiso y comunidad. La American Nurses Association (ANA) define la enfermería como la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades; la prevención de la enfermedad y de la lesión; el alivio del sufrimiento por medio del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana; y la defensa en el cuidado de personas, familias, comunidades y poblaciones (ANA, 2010b). El International Council of Nurses (ICN, 2010) tiene otra definición: 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. La enfermería incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Las funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. Ambas definiciones apoyan el protagonismo y la importancia que la enfermería tiene para la comunidad en su conjunto en procurar una atención sanitaria segura y centrada en el paciente.

La práctica experta de la enfermería clínica es el compromiso de aplicar conocimiento, ética, estética y experiencia clínica. La capacidad para interpretar situaciones clínicas y tomar decisiones complejas es la base de los cuidados enfermeros y la base para el avance de la práctica enfermera y el desarrollo de la ciencia de la enfermería (Benner, 1984; Benner, Tanner y Chesla, 1997; Benner y cois., 2010). Las habilidades del pensamiento crítico son

esenciales en enfermería (v. cap. 15). Cuando se proporcionan cuidados enfermeros, es necesario hacer juicios clínicos y tomar decisiones sobre las necesidades de atención sanitaria de los pacientes, basados en conocimientos, experiencia y estándares del cuidado. Hay que usar las habilidades del pensamiento crítico y las reflexiones para adquirir e interpretar el conocimiento científico, integrar el conocimiento desde las experiencias clínicas y seguir aprendiendo toda la vida (Benner y cois., 2010).

1.3 La Enfermería Como Profesión Y Como Disciplina Científica.

La enfermería no es simplemente una colección de habilidades específicas y la enfermera no es simplemente una persona formada para realizar tareas específicas. La enfermería es una profesión. Ningún factor específico diferencia completamente un trabajo de una profesión, pero la diferencia es importante en términos de cómo se ejerce. Para actuar profesionalmente se debe administrar una atención de calidad centrada en el paciente, de manera segura, metódica y experta. Se es responsable y se responde ante uno mismo y ante los pacientes e iguales. Una profesión tiene las siguientes características principales:

- Precisa de unos fundamentos liberales básicos y una amplia formación de sus miembros.
- Tiene un cuerpo de conocimientos teóricos que conduce a habilidades, capacidades y normas definidas.
- Proporciona un servicio específico.
- Los miembros de una profesión tienen autonomía para tomar decisiones y para ejercer.
- La profesión en conjunto tiene un código ético para la práctica.

La enfermería es una disciplina profesional que tiene por objeto desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar la práctica, con el fin de precisar las características de la disciplina.

Desde finales del siglo XVIII y hasta mediados del siglo pasado, varias teorías han reconocido que los conceptos de **cuidado, persona, salud y entorno** implícita y explícitamente son los que clasifican y constituyen el núcleo del campo de los cuidados de enfermería. Estos conceptos permiten precisar la importancia de su interrelación, y son las formas de concebir

un cuidado que exprese la respuesta a las necesidades convenientes en materia de salud de las personas, familias y comunidades.

Al asegurar una respuesta óptima a las necesidades cambiantes, requiere del dominio de un **saber** y de **competencias específicas**, desde la formación del recurso humano en enfermería para que al incorporarse al mercado laboral ofrezca un cuidado de calidad presentado en principios universales de los **saberes**, como son el **saber ser**, que incluye valores, actitudes, creencias, convicciones; el **saber hacer**, que está sustentado por habilidades relacionales y técnicas. Estos saberes convergen hacia la competencia necesaria para el cuidado que refuerza y transforma al otro.

El campo de la enfermería es el cuidado que permite a la persona dominar los acontecimientos ligados a su experiencia de salud y mejorar su bienestar. El valor óptimo del cuidado de enfermería se mide por el poder que reciben los estudiantes, a través de una sólida formación con un enfoque crítico, capaz de asumir diversos roles de un sistema de salud cambiante y para un liderazgo que le permita participar en las decisiones en materia de salud.

Desde esta óptica, los estudiantes se inician en la importancia primordial de la interdependencia y de la complementariedad de las diferentes profesiones del área de la salud, de las áreas sociales y de las humanísticas que les permiten contar con herramientas para fundamentar su quehacer y anticiparse a los cambios para la toma de decisiones en equipo con un alto sentido de reflexión sobre las bases conceptuales que se desea para la práctica disciplinaria en las áreas asistencial, docente, administrativa y de investigación.

La función asistencial se refiere a la atención humanizada, sistemática y de alta calidad para promover la salud, proteger de enfermedades y participar en la terapéutica requerida a través de la aplicación de modelos teóricos, técnicas y procedimientos generales o específicos de enfermería.

La función docente corresponde a la transmisión del conocimiento en la formación profesional de recursos humanos en enfermería, en la educación para la salud, en la capacitación y en la educación continua, basada en necesidades, factores de riesgo e integración docencia-servicio.

La función administrativa abarca acciones específicas basadas en teorías y metodología de la administración aplicada al servicio de enfermería, para mejorar la atención al individuo, familia y comunidad.

La función de investigación coadyuva a la ampliación del conocimiento mediante la aplicación de teorías y metodologías correspondientes, con base en diagnósticos de diversos aspectos en salud que conlleven a la elaboración de proyectos para mejorar la atención dentro de la enfermería.

Tales cuidados deben ser realizados con **responsabilidad profesional, científica, ética y humanística** para con las personas, con la práctica, con la profesión y con otros profesionales; con **responsabilidad moral** basada en la reflexión sobre valores para crear una conciencia ética; con **responsabilidad jurídica** para determinar algunas acciones que conllevan aspectos legales en la profesión y con **responsabilidad civil**, dado que como ciudadano tiene derechos y obligaciones. Dicha responsabilidad le permite ubicar al usuario o paciente en un contexto asistencial, técnico, ético, legal y profesional.

Por tanto, el personal de enfermería debe ser preparado en instituciones educativas oficialmente autorizadas para formar profesionales competentes, dotadas de sentido social y conciencia nacional para atender las necesidades y problemas de salud en el país.

Actualmente existen tres niveles académicos: auxiliar de enfermería, intermedio o técnico y universitario o profesional. La preparación del personal auxiliar está a cargo de instituciones de salud que requieren este nivel; el personal intermedio por instituciones educativas en enfermería con planes de estudio avalados por universidades, Secretaría de Educación Pública o Secretaría de la Defensa Nacional; y el personal universitario en escuelas o facultades reconocidas por los organismos mencionados, pero con planes de estudio que le permitan caracterizarse por su:

- Capacidad para analizar la evolución histórica y prospectiva de la atención de enfermería.
- Comprensión de factores que condicionan el proceso salud-enfermedad.
- Capacidad de interpretación de programas de salud.
- Participación en programas prioritarios de salud.
- Aplicación de métodos epidemiológico y clínico en programas operativos.

- Participación en programas de educación para la salud.
- Competencia para desarrollar liderazgo.
- Aplicación de la metodología de la investigación en los ámbitos clínico, educativo y comunitario.
- Intervención en la formación de recursos humanos en enfermería.
- Capacidad para distinguir aspectos bioéticos y legales relacionados con la práctica de enfermería.
- Capacidad para sistematizar el estudio clínico integral del individuo.

1.4 Intervenciones independientes e interdependientes.

Pensamiento crítico en la planificación de los cuidados enfermeros: Parte del proceso de planificación es seleccionar las intervenciones de enfermería para alcanzar los objetivos y resultados del paciente. Una vez que se han identificado los diagnósticos de enfermería y se seleccionan los objetivos y los resultados, se eligen las intervenciones individualizadas para la situación del paciente. Las intervenciones de enfermería son tratamientos o acciones basadas en el juicio y el conocimiento clínicos que las enfermeras realizan para alcanzar los resultados del paciente. Durante la planificación se seleccionan las intervenciones diseñadas para ayudar al paciente a moverse desde el nivel actual de salud hasta el nivel descrito en el objetivo y medido por los resultados esperados. La implementación real de estas intervenciones ocurre durante la fase de implementación del proceso de enfermería. Elegir intervenciones de enfermería convenientes implica al pensamiento crítico y la capacidad para ser competente en tres áreas: 1) conocer el fundamento científico de la intervención, 2) tener las habilidades psicomotoras e interpersonales necesarias y 3) poder funcionar dentro de un entorno específico para utilizar los recursos disponibles de la asistencia sanitaria efectivamente.

Tipos de intervenciones.

Hay tres categorías de intervenciones de enfermería: intervenciones iniciadas por la enfermera, intervenciones iniciadas por el médico e intervenciones de colaboración. Algunos pacientes requieren las tres categorías, mientras que otros pacientes sólo necesitan intervenciones iniciadas por la enfermera y por el médico.

Las intervenciones iniciadas por la enfermera son las intervenciones de enfermería independientes, o las acciones que una enfermera emprende. Éstas no requieren una orden de otro profesional de la asistencia sanitaria, de modo que la enfermera actúa independientemente en nombre de un paciente. Las intervenciones iniciadas por la enfermera son acciones autónomas basadas en fundamento científico. Algunos ejemplos son la elevación de una extremidad edematosa, la enseñanza a los pacientes de los efectos secundarios de los medicamentos o cambiar de posición a un paciente para conseguir el alivio del dolor. Ese tipo de intervenciones benefician a un paciente de una manera predecible relacionada con los diagnósticos de enfermería y los objetivos del paciente. Las intervenciones iniciadas por la enfermera no requieren ninguna supervisión o dirección por parte de otros. que definen el alcance legal de la práctica de enfermería. **las intervenciones de enfermería independientes** pertenecen a las actividades de la vida diaria, educación sanitaria y promoción, y asesoramiento. Para el Sr. Jacobs Tonya selecciona las intervenciones de reducción de la ansiedad como el uso de un enfoque tranquilo y reconfortante, escuchar con atención y proporcionar información sobre los hechos. Las intervenciones iniciadas por el médico son intervenciones de enfermería dependientes, o acciones que requieren una orden de un médico o de otro profesional sanitario. Las intervenciones se basan en la respuesta del médico o del profesional sanitario para tratar o gestionar un diagnóstico médico. Las enfermeras de práctica avanzada que trabajan con los médicos según los acuerdos de colaboración, o quienes tienen licencias independientes autorizadas para actos de la práctica del estado, también pueden redactar intervenciones dependientes. La enfermera interviene realizando las órdenes escritas y/o verbales del profesional. La administración de una medicación, la realización de un procedimiento invasivo (p. ej., poner una sonda de Foley, comenzar una perfusión intravenosa [i.v.]), cambiar un apósito y preparar a un paciente para las pruebas diagnósticas son ejemplos de intervenciones iniciadas por el médico. Cada intervención iniciada por el médico requiere responsabilidades de enfermería específicas y conocimientos técnicos de enfermería. A menudo la enfermera es la que realiza la intervención, y debe saber los tipos de observaciones y de precauciones que hay que tomar para que la intervención sea proporcionada con seguridad y correctamente. Por ejemplo, al administrar una medicación es responsable no sólo de dar la medicina correctamente, sino

también de conocer la clasificación del principio activo, su acción fisiológica, dosificación normal, efectos secundarios e intervenciones de enfermería relacionadas con su acción o efectos secundarios. La enfermera es responsable de saber cuándo un procedimiento invasivo es necesario, las habilidades clínicas necesarias para realizarlo y su resultado esperado y posibles efectos secundarios. También es responsable de la preparación adecuada del paciente y de la comunicación apropiada de los resultados. La enfermera realiza intervenciones de enfermería **dependientes**, como todas las acciones de enfermería, con los conocimientos apropiados, el razonamiento clínico y el buen juicio clínico.

Las intervenciones de colaboración, o las **intervenciones interdependientes**, son tratamientos que requieren el conocimiento, la habilidad y la pericia combinados de varios profesionales de la salud. Normalmente cuando se planifica el cuidado de un paciente, se revisan las intervenciones necesarias y se determina si la colaboración de otras disciplinas sanitarias es necesaria. Una reunión sobre la atención del paciente con un equipo interdisciplinar de asistencia sanitaria da lugar a la selección de intervenciones interdependientes. *En el caso clínico relacionado con el Sr. Jacobs, Tonya planifica intervenciones independientes para ayudar a calmar la ansiedad del Sr. Jacobs y comienza a enseñarle las actividades de cuidados posquirúrgicos. Entre las intervenciones dependientes que Tonya planifica implementar están la administración de un analgésico y el cuidado prescrito de la herida. Las intervenciones de colaboración de Tonya incluyen consultar con el coordinador de la unidad de altas, quien ayudará al Sr. y ala Sra. Jacobs a planificar su vuelta a casa, y consultar con el departamento de atención domiciliaria para asegurarse de que los Jacobs tienen visitas a domicilio.*

Al prepararse para intervenciones iniciadas por el médico o de colaboración, no se debe ejecutar automáticamente el tratamiento, sino que es necesario determinar si es apropiado para el paciente. Cada enfermera se enfrenta a una orden inadecuada o incorrecta en algún momento. La enfermera con una sólida base de conocimientos reconoce el error e intenta corregirlo. La capacidad de reconocer los tratamientos incorrectos es particularmente importante al administrar medicamentos o implementar los procedimientos. Los errores ocurren al escribir las órdenes o al transcribirlas en un formulario o en el ordenador. La aclaración de una orden es una práctica de enfermería competente y protege al paciente y a los miembros del equipo sanitario. Cuando la enfermera realiza una intervención incorrecta

o inadecuada, es tanto su error como de la persona que escribió o transcribió la orden original. La enfermera es legalmente responsable de cualquier complicación que resulte del error.

Selección de intervenciones

Durante la planificación no han de seleccionarse las intervenciones aleatoriamente. Por ejemplo, los pacientes con el diagnóstico de *ansiedad* no necesitan siempre cuidados de la misma manera con las mismas intervenciones. Debe tratarse la *ansiedad relacionada con la incertidumbre sobre la recuperación quirúrgica* de forma muy diferente a la *ansiedad relacionada con una amenaza de pérdida del rol familiar*. Al elegir intervenciones, se han de considerar seis factores importantes:

- 1) las características del diagnóstico de enfermería.
- 2) Los objetivos y los resultados esperados.
- 3) La base de evidencia (p. ej., la investigación o guías de práctica probadas) de las intervenciones.
- 4) La viabilidad de la intervención,
- 5) La aceptación del paciente.
- 6) La propia competencia. Al considerar un plan de cuidados, hay que revisar recursos como la literatura de enfermería, los protocolos o guías estándar, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), las vías críticas, los manuales de la política o de procedimiento del centro o los libros de texto. La colaboración con otros profesionales sanitarios también es útil. A medida que se seleccionan las intervenciones, se han de revisar las necesidades del paciente, las prioridades y las experiencias previas para seleccionar las intervenciones que tienen el mejor potencial para alcanzar los resultados esperados.

CUADRO I SELECCIONAR LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Características de los diagnósticos de enfermería

- Las intervenciones deben modificar el factor etiológico (relacionado con) o los signos y síntomas asociados con la etiqueta diagnóstica. **Ejemplo: Dolor agudo relacionado con el trauma de la incisión: elegir las intervenciones que alivian la inflamación y la tensión en el lugar de la incisión (medidas de colocación y cambio de posición) y que disminuyen la recepción del dolor (analgésico).**
- Cuando un factor etiológico no se puede cambiar, se deben dirigir las intervenciones a tratar los signos y los síntomas (p. ej., características definitorias del diagnóstico). **Ejemplo: Conocimientos deficientes con respecto a la recuperación posquirúrgica relacionados con la falta de experiencia: elegir las intervenciones dirigidas a**

proporcionar información que dé respuesta a las preguntas del paciente sobre los procedimientos de recuperación y el alivio de la ansiedad.

- Para los diagnósticos potenciales o de alto riesgo, dirigir las intervenciones a modificar o eliminar los factores de riesgo para el diagnóstico.

Resultados esperados

- Enunciar los resultados en los términos utilizados para evaluar el efecto de una intervención. Este lenguaje ayuda en la selección de la intervención. **Ejemplo: Para el resultado «el paciente realizará los cuidados de la sonda urinaria antes del alta» la enfermera evaluará la enseñanza de habilidades observando al paciente realizarlos cuidados de la sonda.**

- La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) está diseñada para mostrar el vínculo con la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (Moorhead y cois., 2008). Utilizar estos recursos en el desarrollo de planes de cuidados.

Fundamento científico

- La evidencia científica que soporta una intervención de enfermería indicará la efectividad de utilizar la intervención con ciertos tipos de pacientes.
- Hacer referencia a la evidencia (p. ej., artículos de investigación o protocolos basados en la evidencia que describen la utilización de la evidencia en situaciones y entornos clínicos similares) en la selección de las intervenciones.
- Cuando no hay investigación disponible, utilizar los principios científicos (p. ej., control de la infección) o consultar a un experto clínico sobre el paciente.

Viabilidad

- Una intervención específica tiene el potencial para interactuar con otras intervenciones.
- Es necesario estar bien informada sobre el plan completo de cuidados.
- Se debe considerar el coste: ¿Es la intervención clínicamente eficaz y coste- efectivo?
- Hay que considerar el tiempo: ¿Están disponibles los recursos de tiempo y los personales? **Ejemplo: Si se planifica levantar a un paciente a una silla 3 veces al día, ¿habrá personal para ayudar a moverlo?**

Aceptabilidad por parte del paciente

- Un plan de tratamiento debe ser aceptable para el paciente y la familia y debe coincidir con los objetivos del paciente, sus valores sobre la asistencia sanitaria y su cultura.
- Hay que promover una elección informada, ayudando al paciente a saber participar y anticipar el efecto de las intervenciones.

Capacidad de la enfermera

- Prepararse para realizar la intervención.
- Tener las habilidades psicosociales y psicomotoras necesarias para terminar la intervención.
- Ser capaz de funcionar en el ámbito específico y utilizar eficazmente y eficientemente los recursos de asistencia sanitaria.

CUADRO 18-2 EJEMPLO DE INTERVENCIONES PARA EL FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA

Clase: Fomento de la comodidad física

Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas

Intervenciones (ejemplos)

Aromaterapia

Estimulación cutánea

Manejo ambiental

Aplicación de calor o frío

Manejo de las náuseas

Manejo del dolor

Relajación muscular progresiva

Masaje

Ejemplos de los diagnósticos de enfermería vinculados

Dolor agudo

Dolor crónico

CUADRO 18-3 EJEMPLO DE UNA INTERVENCIÓN Y DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA ASOCIADAS

Intervención: manejo ambiental: comodidad

Ejemplos de actividades

- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Proporcionar un ambiente seguro y limpio.
- Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona.
- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo.
- Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación.
- Atender inmediatamente las llamadas del timbre, que siempre debe estar al alcance del paciente.

Clasificación de intervenciones de enfermería. Al igual que con el NOC estandarizado, también ha desarrollado un conjunto de intervenciones de enfermería que proporciona un nivel de estandarización para mejorar la comunicación de los cuidados en todos los entornos de la asistencia sanitaria y para comparar los resultados. El modelo de NIC incluye tres niveles: dominios, clases e intervenciones para facilitar su utilización. Los dominios son el nivel más alto (el nivel I) del modelo, utilizan términos amplios (p. ej., seguridad y fisiológico básico) para organizar las clases y las intervenciones más específicas. El segundo nivel del modelo incluye 30 clases, que ofrecen categorías clínicas útiles a las que referirse al seleccionar las intervenciones. El tercer nivel del modelo incluye las 542 intervenciones, definidas como cualquier tratamiento basado en el juicio y el conocimiento clínicos que una enfermera realiza para mejorar los resultados de los pacientes. Cada intervención incluye entonces una variedad de actividades de enfermería entre las que elegir y de las que una enfermera utiliza normalmente en un plan de cuidados. Las intervenciones NIC también se vinculan con los diagnósticos enfermeros de NANDA International para facilitar el uso (NANDA International. Por ejemplo, si un paciente tiene un diagnóstico de enfermería de

dolor agudo, hay 21 intervenciones recomendadas, entre las que se incluyen el manejo del dolor, la estimulación cutánea y la disminución de la ansiedad. Cada una de las intervenciones recomendadas tiene varias actividades para los cuidados. La NIC es un recurso valioso para seleccionar las intervenciones y las actividades apropiadas para el paciente. Está evolucionando y se orienta a la práctica. La clasificación es completa, e incluye las intervenciones independientes y de colaboración. Sigue siendo decisión de la enfermera determinar qué intervenciones y actividades se adaptan mejor a las necesidades individualizadas y a la situación del paciente.

Sistemas para la planificación de los cuidados enfermeros

En cualquier entorno sanitario una enfermera es responsable de proporcionar un plan de cuidados enfermeros a todos los pacientes. El plan de cuidados toma a veces varias formas (p. ej., plan de Kardex, planes estandarizados de cuidados y planes informatizados). Muchos hospitales están adoptando hoy registros de salud electrónicos (RSE) y un sistema de documentación que incluya programas informáticos para los planes de cuidados. Un plan de cuidados incluye generalmente los diagnósticos de enfermería, los objetivos y/o los resultados esperados, las intervenciones de enfermería específicas y una sección para los hallazgos de la evaluación de tal manera que cualquier enfermera puede identificar rápidamente las necesidades clínicas y la situación de un paciente. Las enfermeras revisan un plan cuando el estado de un paciente cambia. Los planes de cuidados electrónicos siguen a menudo un formato estandarizado, pero se puede individualizar cada plan a las necesidades de un paciente determinado. El formato estandarizado se basa generalmente en los diagnósticos de enfermería o las áreas problemáticas seleccionadas, que las enfermeras pueden individualizar para un paciente específico. En hospitales y centros comunitarios, los pacientes reciben cuidados de más de una enfermera, médico

o profesional sanitario. De este modo, algunas instituciones están desarrollando planes de cuidados interdisciplinarios, que incluyen contribuciones de todas las disciplinas implicadas en

la atención de un paciente. El plan interdisciplinar está diseñado para mejorar la coordinación de todos los tratamientos del paciente y la comunicación entre todas las disciplinas.

Un plan de cuidados reduce el riesgo de una atención incompleta, incorrecta o imprecisa. A medida que los problemas y el estado del paciente cambian, también lo hace el plan. Un plan de cuidados es una guía para coordinar los cuidados de enfermería, promoviendo la continuidad de los cuidados y enumerando los criterios de resultado que se utilizarán más adelante en la evaluación. El plan de cuidados comunica las prioridades de los cuidados a las enfermeras y a otros profesionales sanitarios. También identifica y coordina los recursos necesarios para proporcionar los cuidados. Por ejemplo, en un plan de cuidados se enumeran los materiales específicos necesarios para utilizar en un cambio de apósito o se nombra a los especialistas clínicos de enfermería que están manteniendo consultas con un paciente. El plan de cuidados mejora la continuidad de los cuidados de enfermería, al enumerar las intervenciones de enfermería específicas que son necesarias para alcanzar los objetivos del cuidado. Todas las enfermeras que atienden a un paciente dado realizan estas intervenciones de enfermería (p. ej., a lo largo de cada día durante la estancia de un paciente [en un hospital] o durante las visitas semanales al domicilio [atención de enfermería domiciliaria]). Un plan de cuidados correctamente formulado hace que sea fácil continuar los cuidados de una enfermera a otra. Un plan de cuidados incluye las necesidades a largo plazo de un paciente. La incorporación de los objetivos del plan de cuidados en la planificación del alta es importante. De este modo, es beneficioso involucrar a la familia en la planificación de los cuidados si el paciente está de acuerdo. La familia es con frecuencia un recurso para ayudar al paciente a cumplir con los objetivos de salud. Además, satisfaciendo algunas de las necesidades de la familia, posiblemente, mejorará el nivel de bienestar del paciente. La planificación del alta es especialmente importante en un paciente que debe seguir rehabilitación a largo plazo en el entorno comunitario y que requerirá atención domiciliaria regularmente. Las cirugías ambulatorias y las altas tempranas de los hospitales requieren comenzar a planificar el alta desde el momento en que el paciente entra en la organización sanitaria. El plan de cuidados completo es el plan de acción para la actuación de enfermería.

Proporciona la dirección para la implementación del plan y un marco para la evaluación de la respuesta del paciente a las actuaciones de enfermería.

1.5 Los Paradigmas En Enfermería Conceptos Teóricos De Persona, Entorno, Salud Y Rol Profesional.

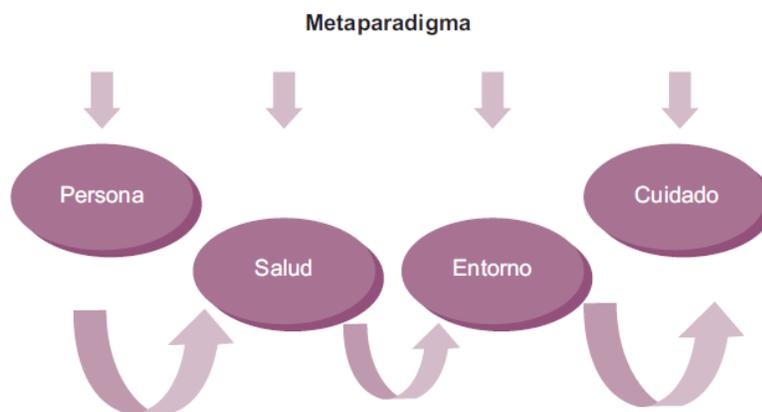
La mayor parte de las disciplinas desarrollan una idea e imagen propia representada a través de conceptos específicos y característicos, los cuales determinan su pensamiento, toma de decisiones, guían sus acciones y también participan en la construcción de teorías que respaldan el quehacer de diferentes disciplinas.

En enfermería, Nightingale en el año de 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de esta disciplina, en 1974 Torres y Yura tras el análisis de un estudio, en donde toman una muestra de 50 programas de enfermería estadounidenses, concluyen que los elementos de: cuidado de enfermería, salud, humano y sociedad eran fundamentales para todos los programas educativos. A continuación, en 1989 Jacqueline Fawcett utiliza el término **metaparadigma** para expresar los conceptos que deben abarcar a la disciplina: persona, salud, entorno y enfermería (Cutcliffe J, 2011). El metaparadigma es el componente más abstracto de la jerarquía estructural del conocimiento contemporáneo de enfermería: está constituido por conceptos altamente abstractos que identifican los fenómenos de interés para la disciplina y las proposiciones generales que describen las relaciones entre los fenómenos (Kuhn, 1977).

Éste constituye el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados de enfermería. Sin embargo, estas ideas globales de lo que se entiende por enfermería, han sido organizadas por Fawcett (1996) a través de lo que denomina “estructura del conocimiento”, donde sitúa al metaparadigma, junto con los modelos conceptuales y la teoría, en una estructura descendente que relaciona el mundo abstracto con el mundo concreto.

El **metaparadigma** representa la perspectiva global de cualquier disciplina, actúa como una estructura que encapsula y al interior del cual se desarrollan los marcos de referencia

conceptuales; de él se derivan los diversos modelos basados en los mismos conceptos. Cabe destacar que, en la actualidad, cuando se habla de **metaparadigma**, se hace referencia a los conceptos o fenómenos de estudio básicos de la profesión. Los fenómenos de interés particular para la disciplina de enfermería se representan con cuatro conceptos o núcleos básicos: persona, salud, entorno y cuidado.



Metaparadigma de enfermería, el cual alude a los fenómenos de interés de la disciplina, también llamados núcleos básicos.

Persona se refiere a los receptores de cuidado de enfermería, incluyendo a los individuos, las familias, las comunidades y otros grupos. Entorno se refiere a las personas significativas y al ambiente físico donde se desenvuelven, así como el lugar en donde ocurre el cuidado. Salud es el estado de bienestar de la persona que puede variar desde el bienestar de alto nivel hasta la enfermedad terminal. Cuidado se refiere a las acciones o intervenciones emprendidas por las enfermeras en nombre de la persona o junto con ella, y las metas o resultados de sus acciones, que son vistas como un proceso sistemático organizado e individualizado que las sustentan.

Las relaciones entre los conceptos del metaparadigma se describen en cuatro proposiciones (Donaldson y Crowley, 1978; Gortner, 1980). La primera proposición se enfoca en la persona y la salud; enuncia que la disciplina de enfermería se ocupa de los principios y leyes que gobiernan el proceso de vida, el bienestar y el funcionamiento óptimo de los seres humanos, enfermos o sanos.

La segunda proposición enfatiza la interacción entre la persona y el entorno; enuncia que la disciplina de enfermería se ocupa del patrón de conducta humana en interacción con su entorno en los eventos normales de la vida y en las situaciones críticas de la vida.

La tercera proposición se enfoca en la salud y el cuidado; declara que la disciplina de enfermería se ocupa de las acciones o procesos de cuidado de enfermería, por medio de los cuales se efectúan cambios positivos en el estado de salud y bienestar de la persona.

La cuarta proposición relaciona a la persona, el entorno y la salud; afirma que la disciplina de enfermería se ocupa de la totalidad o la salud de los seres humanos, reconociendo que están en continúa interacción con sus ambientes donde se desenvuelven y desarrollan. En la actualidad, cabe aclarar que, cuando se habla de metaparadigma se alude a conceptos o núcleos básicos de la profesión, constituyendo ejes sobre los cuales gira el esquema de construcción del conocimiento de la disciplina.

En este esquema de la estructura conceptual, la filosofía se encuentra ubicada en una línea *staff*, como un conjunto de creencias, valores y lo que las enfermeras asumen como verdadero, respecto al fenómeno de interés para la disciplina: “el cuidado”, por lo que de manera indirecta modifican lo que cada enfermera en su contexto propio de trabajo entiende por persona, salud, entorno y enfermería o cuidado.

Función del metaparadigma

El metaparadigma constituye así, un elemento importante de la dimensión filosófica de la disciplina, cuya naturaleza se justifica de forma específica como base de construcción de su conocimiento (epistemología) estableciendo así, los límites de formación académica, ejercicio profesional, docencia e investigación, lo que le confiere a esta disciplina el cuidado especificidad, dominio, autonomía e identidad.

Cabe señalar que dichos conceptos responden a diferentes definiciones según la ideología y el enfoque disciplinar de los teóricos de la enfermería que los definen, cuestión que es aceptable, dado el carácter subjetivo de los mismos; no obstante, el que exista esta diversidad de enfoques conceptuales del metaparadigma, evidencia la pluralidad ideológica necesaria para el avance y desarrollo profesional, pues aporta diferentes significados que se

traducen en distintas formas de explicar, entender y direccionar el fenómeno de cuidado, por lo tanto, el ejercicio profesional.

Concepción de cuidado

El término cuidado ha estado presente en el campo de la enfermería desde sus inicios; Florence Nightingale hace mención de él, utilizándolo para representar la ayuda que se prestaba a las personas para vivir o sobrevivir en sus ambientes físicos o naturales en relación con la limpieza, el aire no contaminado, el reposo, la buena alimentación y el ejercicio (Meleis, 1985). Según Colliere (1996) “cuidar es ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a conservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca”. Es evidente que el cuidado implica un acto humano por lo que en la actualidad se habla de cuidado humanizado (Waldow R, 2008), que implica la puesta en práctica de valores como respeto, libertad, solidaridad y amor.

Con relación al amor, Silva MJ (2000) afirma de manera enfática que, **el cuidado es amor y que el amor es cuidado**. Lo anterior es reafirmado por Boff (2003), al mencionar que una de la más importante y pura expresión del cuidado es el amor, pues hace mención y existe un acuerdo lógico de que “**se cuida lo que se ama**”.

Esta concepción que homologa el cuidado con el amor, podría parecer extraña o por qué no, hasta utópica en el área de la salud, y por supuesto que lo sería si se piensa en éste, sólo como un sentimiento que se tiene a alguien cuando se gusta o enamora de una persona, pero no es así; el amor visto desde la perspectiva de enfermería es el que implica respeto, atención, interés, amabilidad honestidad y solidaridad, entre otros.

Por lo que el **cuidado humanizado en enfermería** es algo que debe ser aprendido, cultivado e introyectado por los profesionales de enfermería, ya que es claro que entre el gremio disciplinar existe un total acuerdo en cuanto al cuidado como objeto de estudio, pero no así la forma en que se concibe y menos la expresión de cuidado que se da a la persona. Es importante mencionar que el término humano adicionado al cuidado ya ha sido mencionado y trabajado por teorizadoras como Jean Watson y Madeleine Leininger quienes desde el año de 1978 en diversos trabajos y conferencias utilizaron el término **cuidado humano** (Waldow R, 2008).

El cuidar implica desde la perspectiva de lo humano un acto individual y cultural, ya que los seres humanos perciben y experimentan comportamientos y creencias de cuidado o no cuidado, según su contexto cultural familiar, por lo que el profesional de enfermería debe reconocer la diversidad cultural de la persona cuidada para planear un cuidado congruente que logre mantener o recuperar su salud, bienestar o bien enfrentar de manera conveniente la muerte.

Retomando lo mencionado por Colliere (1996), el cuidado que proporciona enfermería no es homogéneo, depende de las condiciones de los sujetos, de los recursos con que cuentan y de los conocimientos que poseen para que la enfermera determine el tipo y características de los cuidados.

La misma autora, establece la diferenciación de la naturaleza de los cuidados de acuerdo con las funciones de la vida, éstos son:

- *Care*: cuidados de costumbre y habituales, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida, representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua, calor, luz o naturaleza afectiva o psicosocial.
- *Cure*: cuidados de curación, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que interfiere con la vida, eliminar los obstáculos, limitar la enfermedad, asistir en la estabilización de los procesos degenerativos, viendo a la persona como un ente integrado, con un estilo de vida propio determinado por su grupo, su cultura y su entorno (Colliere, 1996).

Es importante enfatizar que estos dos tipos de cuidados deben mantener un equilibrio permanente en la práctica (figura 3-4), ya que cuando prevalecen los cuidados de *cure* (curación), se van aniquilando de forma progresiva los cuidados de *care* y con ello la motivación de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan sus fuentes de energía vital necesaria, pues se descuida también su afectividad, espiritualidad.

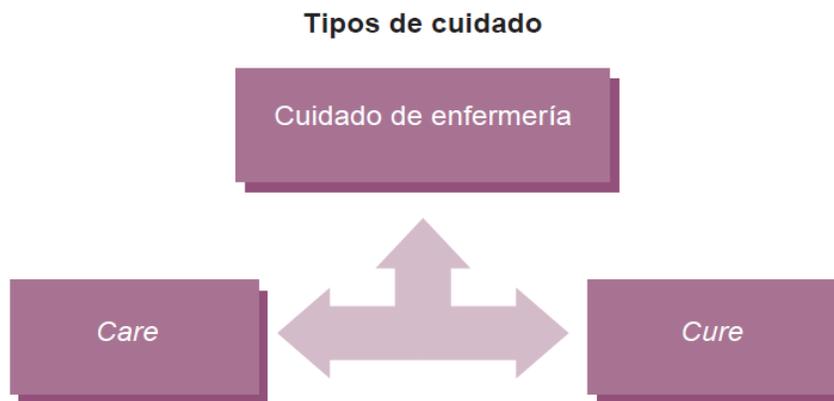


Figura 3-4. Equilibrio necesario entre los cuidados de *cure* y los cuidados de *care*, para mantener la vida y salud de la persona.

1.6. Tendencias Y Escuelas De Pensamiento En Enfermería

Escuelas de pensamiento de enfermería

Las escuelas de pensamiento de enfermería son el producto y evidencia del desarrollo teórico de la disciplina, representan y exponen diversas corrientes ideológicas que ayudan a ubicar y a entender desde diversas perspectivas el fenómeno de cuidado a la persona, proporcionando así una base filosófica-teórica que apoya su comprensión, dirección y sentido a la práctica profesional

Cada una de las escuelas la conforman teóricas que comparten en lo general una misma postura ideológica en cuanto a la enfermería como ciencia del cuidado y demás conceptos o núcleos básicos del metaparadigma.

Cuatro escuelas fueron el resultado de los intentos por responder a una amplia pregunta acerca de la misión de la enfermería. La primera fue la escuela del pensamiento de los teóricos de las necesidades. Esta escuela de pensamiento es propuesta y dirigida por Virginia Henderson, ella definió la enfermería como el cuidado ofrecido a pacientes que tienen la necesidad de ayuda hasta el tiempo en el que sean capaces de cuidarse por sí mismos. Identificó la jerarquía de las necesidades en un rango que va de lo físico esencial hasta lo profundamente psicológico. Dentro de esta escuela de pensamiento existe también el grupo de teóricos del rol de funcional, los cuales ubican las funciones de las enfermeras cuando proporcionan cuidado que atiende a las necesidades del paciente.

La escuela de pensamiento interaccionista es la segunda escuela propuesta, su principio se enfoca a los patrones de interacción y, las formas en que la confianza, armonía y relaciones son desarrolladas y observadas como elemento clave para el cuidado. La enfermería es vista por estos grupos de teóricos como un proceso que sólo es significativo si se considera en términos de la relación dinámica entre persona sujeta a cuidado y la enfermera. Los procesos de curación y cuidado sólo ocurren cuando se establece dicha relación.

Los interaccionistas proveen los componentes y procesos esenciales de interacción que hacen posible que las enfermeras proporcionen cuidado significativo y logren alcanzar la meta de ayudar a los pacientes a encontrar significado en su proceso de enfermedad, para que ellos mismos logren generar mecanismos de afrontamiento que apoyen su recuperación dirigida a una vida personal creativa, constructiva y productiva.

Los interaccionistas definen los problemas de salud de las personas como el resultado de la falta de relaciones de apoyo entre enfermera-paciente, las cuales provocan percepciones erróneas de necesidades por parte de uno y otro, así como hipótesis e inferencias no válidas para un cuidado significativo. El cuidado de enfermería dentro de esta escuela se define como un uso intencional de tecnologías basadas en una continua interacción con el paciente para la resolución de los problemas, a través del uso deliberado del proceso en enfermería (Travelbee, 1971; Orlando, 1961).

La tercera escuela de pensamiento de enfermería corresponde a la humanista. Esta escuela incluye teorías que conceptualizan a la enfermería como cuidado y como moralmente imperativa; asimismo, la consideran como un diálogo humano, un acto de cuidado y una presencia del paciente, así como de la enfermera. La experiencia de cuidado para este grupo de teóricos depende de una práctica intersubjetiva recíproca, considerando tanto al paciente como a la enfermera importantes en el entendimiento de las necesidades de ambos, lo que provoca entre ellos una relación recíproca y transformativa.

Una cuarta escuela de pensamiento es el grupo de teóricos que definen a la enfermería en términos de resultado del cuidado, sea éste adaptación, homeostasis, balance del sistema conductual, estabilidad, conservación de energía y armonía con el ambiente. Bajo esta

corriente ideológica, la meta de la enfermería no es inherente del proceso tanto como lo es el resultado final del cuidado de enfermería y su congruencia con la misión de la misma y las expectativas sociales. Ésta es una escuela de pensamiento muy contemporánea que está reflejada en el decenio 1990-99 con un lenguaje tal como la práctica basada en evidencia, y puede también manejarse por los modelos económicos que han comenzado a guiar los recursos y decisiones del cuidado a la salud (Hardy, 1974).

En la actualidad existen seis escuelas de pensamiento propuestas por Suzanne Kérrouac (1996), quien retoma de la anterior agrupación como tal a la escuela de las necesidades y la escuela de la interacción, reorientando cuatro más, que son incluyentes de las escuelas antecesoras de humanismo y la de resultado de cuidado. Por lo que la autora propone:

- **Escuela de los efectos deseables:** en la que las teóricas que la representan han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros en términos de restablecimiento de un equilibrio, una estabilidad, una homeostasis o preservar la energía; inspiradas en teorías de adaptación y desarrollo, así como en la teoría general de sistemas. Dicha escuela es representada por Jonson, Hall, Levine, Roy y Neuman.
- **Escuela de promoción a la salud:** en la que el objetivo de los cuidados se amplía a la familia, aprende de sus propias experiencias de salud. Un exponente de dicho objetivo es el modelo de Allen y las fuentes explícitas que la subyacen son: cuidados primarios a la salud, ampliamente fundamentada en la teoría de aprendizaje social de Bandura. La principal teórica que representa a esta escuela es Nola J. Pender.
- **Escuela del ser humano unitario:** las teóricas de dicha escuela se sitúan en el contexto de la orientación de apertura al mundo, dentro del paradigma de la transformación. El modelo de Martha Rogers, está basado en teorías de la física y en la teoría general de sistemas, es un ejemplo de representación, a la que se añaden otras tendencias teóricas como el existencialismo y fenomenología manejada por Newman y Parse. Es importante hacer énfasis que gracias a esta escuela el concepto de holismo ha alcanzado todo su significado y relevancia.
- **Escuela del caring:** las teóricas de esta escuela apuestan a la capacidad de las enfermeras en la mejora de la calidad de cuidados a la persona, esto sólo sí logran abrirse y comprender las dimensiones tales como espiritualidad y cultura. Los conceptos centrales manejados por

este grupo de teóricas son la cultura y el *caring* (cuidado). Dicha escuela se ubica en la orientación de apertura al mundo. Las teóricas más representativas de esta escuela son Leininger y Watson.

1.7. Paradigma De Categorización.

El comienzo de la actividad del quehacer del cuidado está vinculado desde el mismo origen de la vida. Esta asistencia fue encasillada en la mujer como propia de su quehacer, siendo desde el proceso de la fecundación hasta concedora de los cuidados del adulto, que a través del tiempo fueron influyendo una serie de factores donde la asistencia del cuidado se le consideró como una vocación religiosa como propia del género femenino. Con Florence Nightingale en el Siglo XIX, parecía establecerse una nueva concepción de una Enfermería más profesionalizada, sin embargo no tuvo el impulso para vincularla con la concentración de las ciencias aplicadas. En este sentido la evolución que ha tenido enfermería de pasar de un oficio o trabajo artesanal (cuidados basados en el espíritu de servicio), para pensar en el inicio de un pensamiento científico en su disciplina, no fue sencillo.^{1,2} Se sabe que el conocimiento científico es continuo, autónomo, objetivo y universal, la profesión de enfermería pretende constituir y conformar un esquema conceptual que le permita explicar el “como” y “porque” del cuidado Enfermero, de no solo hacer las cosas por hacerlas (como actividad manual), sino mediante un carácter metodológico³, con ello, los niveles de formación profesional (atención-salud investigación), le han distinguido como una disciplina científica favoreciendo escenarios adecuados para la prestación de los usuarios.^{4,5} Esta disciplina científica ha favorecido el crecimiento de Enfermería con base en las teorías y modelos existentes que describen, predicen y prescriben sobre los fenómenos relacionados con el actuar, no solo al cuidado del enfermo, sino que ahora enfocada con los problemas en su dimensión social o cultural, disciplina que ha ido evolucionando con los acontecimientos y corrientes de pensamiento, regidas a través de los paradigmas.^{3,6} De manera epistemológica un paradigma, es un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión desde una macroestructura que es utilizada por los subsistemas y sistemas humanos. Los paradigmas ofrecen un camino para la construcción de conocimientos y contribución al

desarrollo de la ciencia.⁷ Los paradigmas tienen origen en el siglo XIX y principios del siglo XX, el cual se cubrió de epistemología y del pensamiento filosófico. En la medida que la formación del hombre dependía del desarrollo de la razón y de las matemáticas, estas actuarían como una nueva lógica de la enseñanza, ocupando el lugar que tenía la gramática en el humanismo clásico, ya que la relación causal la sacaba de las ciencias experimentales. Según Kuhn⁸ los paradigmas de una disciplina científica preparan al personal básicamente para la práctica con el objeto de definirla y guiarla, por lo que las teorías ayudan a la práctica, mediante bases teóricas, filosóficas y modelos conceptuales.⁹ La filosofía de la ciencia Khun favorece para comprender la evolución de la teoría de Enfermería, mediante modelos paradigmáticos de la ciencia, que ha hecho no sea ajena a los momentos histórico-sociales y culturales al generarse dichos paradigmas.

Paradigma de la Categorización: En este **paradigma** un fenómeno es consecuencia de anteriores, entonces el desarrollo de los conocimientos se orienta hacia el descubrimiento de leyes universales.

De acuerdo a las corrientes del pensamiento se conocen tres tipos de paradigmas,^{6,15} el Paradigma de categorización (1850- 1950), en el cual todo fenómeno viene de algo y ha inspirado dos orientaciones la salud pública y enfermedad; el Paradigma de integración (1950- 1975), va en relación a la orientación de los cuidados de enfermería hacia la persona; y el Paradigma de la transformación (1975-siglo XX), donde cada fenómeno es único e irreplicable. Un paradigma no es mejor ni peor entre sí, uno prevalece ante otro en la medida en que brinde mejores y mayores posibilidades de conocer y comprender el objeto de investigación en estudio. Esto es que presente un conjunto de problemas definidos, junto con algunos métodos que se consideran adecuados para conseguir los objetivos establecidos. En el ámbito de Enfermería no existe un paradigma dominante que aclare la práctica y guía de pensamiento, porque la complejidad de las respuestas humanas y el cuidado enfermero dificulta que un sólo modelo pueda dar explicación a alguna de estas.¹⁶ Sin embargo el paradigma de la transformación, se considera ser el más innovador y desarrollado, se piensa que “es la base de una apertura de la ciencia de enfermería hacia el mundo y que ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera”.^{6,17} Enfermería, no pudo quedar ajena a esa inquietud reformista.

1.8. Tendencia Naturalista: Florence Nightingale. Asunciones, Proposiciones Y Elementos Fundamentales.

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, utilizando un diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos con el objetivo de describir, explicar y predecir el fenómeno en estudio.

Por su parte, las definiciones son enunciados que expresan el significado de una palabra, una frase o un término, de ahí que las definiciones teóricas expresen el significado general de un concepto en una forma que se corresponda con la teoría. Los enunciados teóricos describen una relación determinada entre 2 o más conceptos. Entre los enunciados teóricos más utilizados están: ley, axioma, proposición, hipótesis, generalización empírica y teórica, relación, causa, determinación, probabilidad.

Un modelo es una idea que se explica a través de la visualización simbólica: verbales (palabras), esquemáticos (gráficos, esquemas, diagramas, imágenes, dibujos) y cuantitativos (símbolos matemáticos); pero también la visualización puede ser física (reproducciones semejantes a la realidad que representan). Los modelos simbólicos se caracterizan por haber perdido toda forma física reconocible para alcanzar un nivel de abstracción superior al de los modelos físicos; en tanto que estos últimos pueden tener cierta semejanza con la realidad que representan (maquetas de órganos del cuerpo humano) o estar dotados de un formato más abstracto, sin que por ello hayan perdido algunas de sus propiedades físicas (electroencefalograma). Los modelos conceptuales están constituidos por ideas abstractas y generales (conceptos) y proposiciones que especifican sus interrelaciones.

A mediados del siglo XIX *Florence Nightingale* expresó su firme convicción de que el conocimiento de la enfermería -no sólo su práctica- era intrínsecamente distinto del de la ciencia médica. En este marco, definió la función propia y distintiva de la enfermera (colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él) y defendió la

idea de que esta profesión se basa en el conocimiento de las personas y su entorno (base de partida diferente a la tradicionalmente utilizada por los médicos para su ejercicio profesional)

Bien es cierto que los hechos y las personalidades históricas necesitan de una contextualización para poder ser analizados científicamente en su desarrollo. En los propios tiempos en que *Florence Nightingale* marchaba a Crimea con sus 38 enfermeras prácticas seleccionadas y se destacaba como la gran administradora de hospitales (1854), en su país natal, *William Petty* estaba defendiendo el criterio de la necesidad del control de las epidemias.

Pero este pensamiento tenía sus antecedentes en los hechos ocurridos en Europa (Inglaterra, Alemania y Francia) en el año 1848, bien llamado "el año de las Revoluciones Sociales". En la propia Inglaterra, *William Farr* relacionaba la enfermedad con los "problemas sociales", y proponía la intervención del estado en la solución de los problemas de salud. Fue también Inglaterra el primer país en el mundo donde, en el propio año 1848, surgió la primera Ley de Salud Pública.¹⁰

Esto explica el énfasis puesto por *Nightingale* en el entorno de las personas, claramente fundamentado en la gran preocupación que existía a fines del siglo XIX por las cuestiones relacionadas con la higiene personal y ambiental, constituyéndose en un problema sanitario de primer orden. Lo que sí llama poderosamente la atención es que, a pesar de la aparición de la teoría microbiana de *Pasteur*, que trajo por consecuencias el reforzamiento del paradigma biologicista en la medicina.

Otro aspecto importante de la teoría nightingaleana acerca de la profesión de enfermería es el hecho de establecer tempranamente las diferencias de esta naciente disciplina de los trabajos de los asistentes domésticos y de las tradicionales "enfermeras" prácticas.

A lo largo de su vida (vivió 90 años), *Nightingale* dedicó sus mejores esfuerzos, energías e inteligencia a cuestiones y causas sociales, en un intento por transformar las deplorables condiciones de los más desfavorecidos, que ya había sido magistralmente descritas por *Engels*, en 1844,⁶ y que habían sido tomadas en consideración en el debate realizado en el

Parlamento Británico, donde finalmente fuera aprobada la Primera Ley de Salud Pública del mundo (1848).

Principales conceptos relacionados con enfermería utilizados por Florence Nightingale.

Enfermería: responsabilidad de velar por la salud de otros. Acciones de cuidado de la persona y su entorno, a partir del desarrollo de habilidades tales como las observaciones inteligentes, la perseverancia y el ingenio. Profesión basada fundamentalmente en el cultivo de las mejores cualidades morales.

Enfermera: persona con conocimientos teóricos y habilidades prácticas capacitadas para observar inteligentemente a los pacientes y su entorno, proporcionarles los cuidados necesarios para su salud e influir en la modificación de la misma mediante el fomento de mejoras en sus condiciones de vida. Profesional capacitado para presentar a los médicos "no opiniones, sino hechos".

Moral de la profesión de enfermería: aunque apenas escribió sobre las relaciones interpersonales, excepto en lo concerniente a su influencia en los procesos reparadores del paciente, escribió mucho sobre la "vocación" de la enfermera y la necesidad del compromiso con su propio trabajo. Consideraba que las enfermeras debían comportarse como mediadoras en el plano moral en su relación profesional con los pacientes. Aportó a la milenaria ética médica tradicional hipocrática (no dañar y hacer el bien) 2 principios éticos en los que se demuestran sus propias convicciones morales: el principio de la confidencialidad (guardar el secreto de las confesiones de sus pacientes) y el principio de la veracidad (decir la verdad, aunque ello pudiera implicar el asumir públicamente un error cometido por la enfermera).

Paciente: persona enferma, vista como ser pasivo, que recibía los cuidados que se le prodigaban, aunque existen algunas referencias específicas al autocuidado del paciente, siempre que sean posibles; y también a la importancia de explorar sus opiniones acerca de los horarios y sus preferencias por los contenidos de su alimentación.

Salud: estado de bienestar en el que deben ser aprovechadas al máximo las energías de las personas. Estado que podía mantenerse mediante la prevención de la enfermedad a través del control del entorno.

Enfermedad: proceso reparador instituido por la naturaleza para remediar un proceso de intoxicación o decaimiento, o una reacción en contra de las condiciones a las que se veía sometida una persona cuando se producían situaciones de falta de cuidado.

Entorno: no mencionó nunca, explícitamente, este concepto; sin embargo, describió en detalles los conceptos de ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y ruido, todos ellos componentes del medio físico. Aunque no se adscribió a la teoría microbiana, estaba convencida de que una manipulación apropiada del ambiente físico del enfermo podía servir para prevenir enfermedades. También se refirió a las condiciones sociales al plantear que los pobres podrían aliviar sus enfermedades con una mejoría en las condiciones ambientales, que influían tanto en sus cuerpos como en sus mentes.

UNIDAD II

PRINCIPALES CARACTERISTICAS

2.1. Paradigma De La Integración.

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de V. Henderson, H. Peplau y D. Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma. Según esta orientación, en los conceptos del meta paradigma de enfermería se observa que:

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería.

2.2. Tendencias De Suplencia Y Ayuda

Tendencia de **suplencia o ayuda**: los modelos representativos de esta tendencia son los de Virginia Henderson y Dorotea Orem. Estas autoras conciben el papel de la enfermera, como la realización de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de un ciclo vital (niñez, adolescencia, adultez, ancianidad) fomentado ambas teóricas, en mayor o menor grado, el autocuidado por parte del paciente.

VIRGINIA HENDERSON Modelo de las 14 necesidades básicas.

Para Virginia Henderson la enfermería es: “Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible”. La prioridad de la Enfermera es ayudar a las personas y sus familiares (que ella consideraba como una unidad). Por lo tanto, la enfermera es dueña de la atención. En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera.

Revolucionó el mundo de la enfermería redefiniendo el concepto de la misma y catalogando las 14 necesidades básicas, con las cuales hoy en día aún se trabaja, tratando cubrir completamente las necesidades del paciente en el modo en que sea posible; necesidades que serían comunes a toda persona, enferma o sana. Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje. La undécima necesidad está en el plano moral y espiritual. Finalmente, las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo. Para Henderson es básica y fundamental la independencia del paciente en la medida de lo posible, y orienta sus cuidados a que este la consiga del modo más rápido posible. El paciente, según Virginia tiene que ser ayudado en las funciones que él mismo realizaría si tuviera fuerza, voluntad y conocimientos.

VIRGINIA HENDERSON Modelo de las 14 N.B.

PERSONA

- Ser biológico, psicológico, social y espiritual.

SALUD

- Independencia en la satisfacción de las necesidades.

ENTORNO

- Factores externos con efecto positivo o negativo.

CUIDADO

- Dirigido a suplir los déficits de autonomía para lograr la independencia.

V. HENDERSON 1955- Su primera definición de ENF.

1966- Desarrollo de la definición en su libro: • " The Nature of Nursing"

1.- El cuidado enfermero va dirigido tanto al individuo sano como al enfermo

2.- Base: Lograr la independencia del paciente, ayudándola a satisfacer sus necesidades básicas.

No hace en sus textos una definición de Enfermería. conceptualiza cuál es la función propia de la enfermera.

“La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos a la hora de la muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios...”

Para V. Henderson, Concepto de Enfermería: La Enf. Tiene funciones propias y comparte actividades con otros profesionales, pero teniendo como centro de atención al pcte. Y no a otro profesional.

SALUD = INDEPENDENCIA - SALUD = HABILIDAD “Parte del vigor físico y mental, que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

ENTORNO “Conjunto de condiciones externas y las influencias que afectan la vida y desarrollo de un organismo” Incluye a la familia y a la comunidad.

SER HUMANO Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal/física y mental con componentes: Biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

Tres niveles en la función cuidadora:

- Sustituta
- Cubre las necesidades completamente.
- Ayudante
- Sólo actúa en aquellas necesidades donde el paciente no puede.
- Compañera
- Asesoramiento y orientación.

2.3.- Escuela De Necesidades De Virginia Henderson; Dorotea Orem

Escuela de las Necesidades

El cuidado está centrado en la independencia de la persona, en la satisfacción de las necesidades fundamentales o en la capacidad de llevar a cabo sus autocuidados. ¡Ciertos autores, han influenciado esta escuela como por ejemplo Maslow; psicólogo que estableció su criterio de personalidad a partir del estudio de personas y creadores. Según su criterio en cada persona hay una voluntad activa hacia la salud, un impulso hacia el crecimiento o hacia la actualización de las potencialidades humanas, tomando relevancia la pirámide de Maslow.. La pirámide de las necesidades de Maslow es una teoría interdisciplinar útil para designar las prioridades del cuidado enfermero. La pirámide de las necesidades básicas humanas incluye cinco niveles de prioridad. El más básico o primer nivel incluye las necesidades fisiológicas como el aire, el agua y la comida. El segundo nivel incluye las necesidades de protección y seguridad, lo que implica la seguridad física y psicológica. El tercer nivel contiene las necesidades de amor y pertenencia, incluida la amistad, las relaciones sociales y el amor sexual. El cuarto nivel abarca las necesidades de estima y autoestima que incluyen confianza en uno mismo, utilidad, logro y autovaloración. El último nivel es la necesidad de autorrealización, el estado de realización total del potencial, de tener la capacidad de resolver los problemas y afrontar las situaciones vitales de forma realista. Cuando se usa esta jerarquía, las necesidades básicas fisiológicas y de seguridad son, generalmente, la primera prioridad, especialmente cuando un paciente es gravemente dependiente físicamente. Sin embargo, podrán encontrarse situaciones en las que un paciente no tiene necesidades

emergentes físicas o de seguridad. En su lugar, habrá que dar mayor prioridad a las necesidades psicológicas, socioculturales, de desarrollo o espirituales del paciente. Maslow formula en su teoría una jerarquía de necesidades humanas y defiende que conforme se satisfacen las necesidades más básicas (parte inferior de la pirámide), los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados (parte superior de la pirámide). 1º) Necesidades fisiológicas básicas para mantener la homeostasis (referente a la salud) ; dentro de estas, las más evidentes son:

Necesidad de respirar, beber agua y alimentarse, mantener equilibrio de PH, temperatura, dormir...etc.

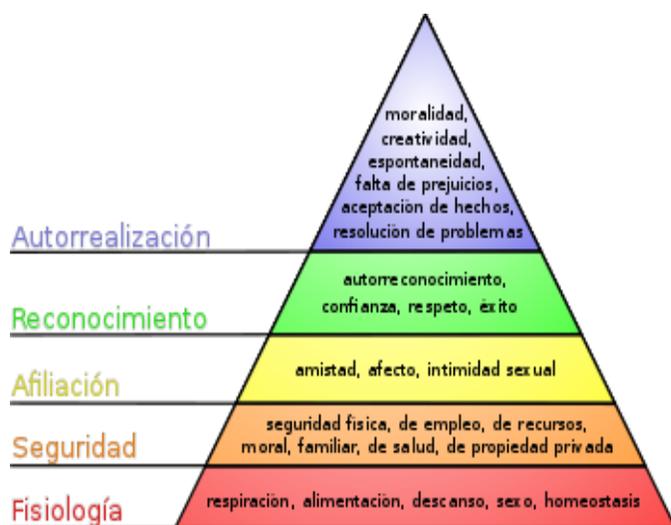
2º) Necesidad de seguridad y protección. Sentirse seguro y protegido, incluso desarrollar ciertos límites en cuanto al orden. Dentro de ella se encuentran: Seguridad física y de salud, seguridad de empleo de ingresos y recursos, seguridad moral, familiar y de propiedad privada.

3º) Necesidad de afiliación y afecto: Está relacionado con el desarrollo afectivo del individuo, son las necesidades de: Asociación, participación y aceptación. Se satisfacen mediante las funciones de servicio y prestaciones que incluyen actividades deportivas, culturales y recreativas. El ser humano por naturaleza siente la necesidad de relacionarse, ser parte de una comunidad, de agruparse en familia, con amistades o en organizaciones sociales. Entre estas se encuentran: la amistad, el compañerismo, el afecto y el amor. Estas se forman a partir del esquema social.

4º) Estima o reconocimiento: Maslow definió dos tipos de necesidades de estima, una alta y otra baja. La estima alta concierne a la necesidad del respeto a uno mismo, e incluye sentimientos tales como confianza, competencia, maestría, logros, independencia y libertad. La estima baja concierne al respeto de las demás personas: la necesidad de atención, aprecio, reconocimiento, reputación, estatus, dignidad, fama, gloria, e incluso dominio. La merma de estas necesidades se refleja en una baja autoestima y el complejo de inferioridad. Está relacionado con: desarrollo afectivo del individuo y son las necesidades de asociación, participación y aceptación por ejemplo el amor la amistad, compañerismo, afecto...etc.

5º) Autorrealización o auto actualización: Maslow utilizó varios términos para denominarlo: motivación de crecimiento, necesidad de ser y autorrealización. Es la necesidad psicológica más elevada del ser humano, se halla en la cima de las jerarquías, y es a través de su satisfacción que se encuentra una justificación o un sentido válido mediante el desarrollo potencial de una actividad.

Destaca también Erikson con las etapas del desarrollo. La pregunta clave que intenta resolver los modelos de la escuela de las necesidades: ¿qué hace la enfermería? En dicha escuela destacan tres representantes de la enfermería: Virginia Henderson, Dorotea Orem y Faye Abdellah.



Teoría de Henderson

Virginia Henderson define la enfermería como «ayudar a la persona, enferma o sana, en la realización de aquellas actividades que contribuirán a su salud, recuperación o muerte en paz, y que la persona realizaría sin ayuda si ella tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios» (Harmer y Henderson, 1955; Henderson, 1966). Henderson organizó su teoría sobre 14 necesidades básicas de la persona como un todo, e incluyó fenómenos de los siguientes campos del paciente: fisiológico, psicológico, sociocultural, espiritual y de desarrollo. La relación interpersonal entre enfermera y paciente crea un entorno afectivo para identificar las necesidades del paciente, planificar los objetivos de los cuidados y

proporcionar cuidados enfermeros centrados en el paciente (George, 2011). Enmarcar el cuidado enfermero alrededor de las necesidades de la persona permite utilizar la teoría de Henderson para una variedad de pacientes a lo largo de la vida y en múltiples entornos a lo largo del continuo del cuidado sanitario.

Necesidades básicas según Virginia Henderson:

- 1) Respirar normalmente.
- 2) Comer y beber de forma adecuada.
- 3) Evacuar los desechos corporales.
- 4) Moverse y mantener una postura adecuada.
- 5) Dormir y descansar.
- 6) Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
- 7) Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- 8) Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
- 9) Evitar peligros y no dañar a los demás.
- 10) Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11) Profesar su fe.
- 12) Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
- 13) Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
- 14) Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

1.- Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

2.- Variables: estados patológicos: Falta aguda de oxígeno. Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias). Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios). Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales. Estados febriles agudos debidos a toda causa. Una lesión local, herida o infección, o bien ambas. Una enfermedad transmisible.

Funciones de la enfermería

1. Ayudar a los individuos sanos o enfermos: En la relación enfermera paciente, se establecen tres niveles: La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento. La enfermera como ayuda del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia. La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente, pero es él quien realiza su propio cuidado.

2. Actuar como miembro del equipo de salud La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente, pero no deben realizar las tareas ajenas. Esta incluido el paciente y su familia.

3. Actuar independientemente del médico, pero apoyar su plan La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

4. Poseer conocimientos tanto de biología como sociología Para que Enfermería ejerza como experta por derecho propio y para que utilice el planteamiento científico para mejorar su

ejercicio profesional necesita el tipo de formación que solo se imparte en la universidad.
Intervención de la Enfermería.

Centro de la intervención: son las áreas de dependencia de la persona. · Conocimientos: saber qué hacer y cómo. · Fuerza: poder hacer. · Voluntad: querer hacer. Modos de intervención: Se dirigen a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, si bien no todos los modos de intervención son aplicables a todas las áreas de dependencia. la voluntad puede reforzarse, pero no sustituirse.

Método de aplicación del modelo de cuidado.

Valoración: ¡Recoger datos acerca del grado de dependencia-independencia en la satisfacción de las 14 necesidades; las causas de dificultad en su satisfacción; las interrelaciones de unas necesidades con otras; la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

Planificación: Se formulan los objetivos en base a las fuentes de dificultades identificadas, en la elección del modo de intervención (ayuda suplencia) y en la determinación de las actividades a realizar. Esos criterios guiarán la puesta en marcha del plan de cuidados en la intervención.

Evaluación: Después de poner en práctica el plan de cuidados, se comparan los criterios de niveles de independencia que se establecieron en el plan de cuidados con el grado de independencia conseguido.

Teoría de Orem

La teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem (2001) se centra en las necesidades de autocuidado del paciente. Orem define el autocuidado como una actividad aprendida, orientada a un objetivo, dirigida hacia el propio interés por mantener la vida, la salud, el desarrollo y el bienestar. El objetivo de la teoría de Orem es ayudar al paciente a realizar el autocuidado y gestionar sus problemas de salud. El cuidado enfermero es necesario cuando el paciente es incapaz de satisfacer las necesidades biológicas, psicológicas, de desarrollo o sociales. Esta teoría funciona bien en todas las etapas del proceso enfermero (George, 2011).

La enfermera valora y determina por qué un paciente es incapaz de satisfacer estas necesidades, identifica los objetivos para ayudar al paciente, interviene para ayudar al paciente a realizar el autocuidado y evalúa cuánto autocuidado es capaz de realizar el paciente. De acuerdo con la teoría de Orem, el objetivo de la enfermería es aumentar la capacidad del paciente para satisfacer esas necesidades de una manera independiente.

Dorothea no tuvo un autor que influyó en su modelo, pero si se ha sentido inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Abdellah, Henderson, Orlando y demás.

Ha descrito la “Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado” como una teoría general compuesta por tres sub teorías relacionadas: La teoría del autocuidado En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. Según Orem: "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". Define además tres requisitos de autocuidado: o 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. O 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, adulto y vejez. Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

La teoría del déficit de autocuidado En esta teoría describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit y, además, determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. El déficit de autocuidado es una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se les hacen para el autocuidado, o para el cuidado de los niños o adultos que dependen de ellos. Por lo tanto,

una persona sufre déficit de autocuidado cuando no es capaz de auto cuidarse o cuando no es capaz de realizar. **Los cuidados dependientes.** Para combatir este déficit se realizan los autocuidados terapéuticos que son actividades que deben realizarse para satisfacer todos los requisitos en una persona incapaz de auto cuidarse. La teoría de sistemas de enfermería En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas: o Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera sule al individuo. Ocurre, por ejemplo, en una persona inconsciente. Acción de la enfermera: cumplir con el autocuidado terapéutico del paciente, compensar la incapacidad del paciente, dar apoyo al paciente y protegerlo.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona autocuidados. Por ejemplo, una persona tras una operación, ya que no está en disposición para realizar los autocuidados.

Acción de la enfermera: desarrollar algunas medidas de autocuidado para el paciente, compensar las limitaciones de autocuidado y ayudar al paciente. Acción del paciente: desempeñar algunas medidas de autocuidado, regular la actividad de autocuidado, aceptar el cuidado y ayudar a la enfermera.

Sistemas de enfermería de apoyo educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. Sería, por ejemplo, las instrucciones que le da la enfermera a un paciente diabético para controlar sus niveles de glucosa. Acción de la enfermera: regular el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado. Acción del paciente: cumplir con el autocuidado.

CONCEPTOS SEGÚN LA TEORÍA

Concepto de Persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de realizar acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado.

Concepto de Salud: Orem define la salud como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes, y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona. Es un estado caracterizado por la totalidad funcional y estructural del organismo.

Concepto de Enfermería: Enfermería es proporcionar a las personas 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 al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Concepto de Entorno: Factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que pueden influir o interactuar con la persona.

2.5. Paradigma de la Integración. Tendencias de interrelación. Escuela de interacción: Hildegard Peplau.

CRÍTICA INTERNA. METAPARADIGMA.

Persona: Peplau la define como un individuo, no incluye a las familias, grupos ni comunidades. La describe como un organismo en desarrollo que se esfuerza por reducir la ansiedad provocada por las necesidades. Según Peplau la persona vive en equilibrio inestable.

Entorno: Peplau no lo define de forma explícita. Según Peplau la enfermera debe tener en cuenta la cultura y los valores cuando acomode al paciente en el entorno hospitalario, pero no trata las posibles influencias ambientales sobre el paciente.

Salud: La describe como un concepto que implica un movimiento dirigido de la personalidad y otros procesos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y en comunidad. Según Peplau la salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan. Es promovida a través del PROCESO INTERPERSONAL.

Enfermería: Para Peplau es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud. Es una relación

humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

Para Peplau la enfermera consigue sus metas mediante la promoción del desarrollo de las habilidades del paciente para afrontar los problemas y conseguir un estado saludable; es un proceso mutuo y de cooperación que intenta resolver el problema.

Peplau contempla el proceso de enfermería como una serie de pasos secuenciales que se centran en las interacciones terapéuticas. Incluye la utilización de las técnicas de resolución de problemas por la enfermera y el paciente; según Peplau, tanto la enfermera como el paciente aprenden el proceso de resolución de problemas a partir de su relación.

Avanza desde lo genérico a lo específico en la recogida de datos y la clarificación de problemas, y se vale de instrumentos básicos como la observación, la comunicación y el registro.

CRÍTICA EXTERNA.

Epistemología.

Hizo incorporaciones de las Ciencias de la Conducta, así como de los trabajos de Sigmund Freud, Erich Fromm, Abraham Maslow, Harry Sullivan y Neal Miller. Integró en su modelo las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad, al mismo tiempo que el crecimiento de la teoría enfermera era algo relativamente novedoso.

Peplau basa su modelo en la enfermería psicodinámica, que ella define como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades. La enfermera psicodinámica aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana.

Por tanto, su modelo se basa en teorías psicoanalíticas, en el cual ella define la enfermería psicodinámica y describe las fases del modelo y los roles de la enfermera en cada fase. Le faltaría definir que es la comprensión de la conducta de uno mismo, que es el cuidado a los demás, que es el apoyo, que es ayudar, en definitiva, definir los constructos propios de enfermería en su modelo.

Se puede considerar deductiva ya que parte de teorías psicoanalíticas, quedando pendiente de definir los constructos propios de enfermería.

Las dificultades que podemos encontrar en el modelo de Peplau son:

- 1. - Que la enfermera ha de asumir distintos roles, dado que el modelo de Peplau utiliza este enfoque como la principal base para los cuidados, la enfermera ha de ser capaz de controlar las emociones que emanan de su representación de nuevos roles, tanto ella como del paciente. La enfermera ha de proporcionar un apoyo terapéutico apropiado y para esto es crucial que se sienta segura de su capacidad para comunicarse con eficacia.
- 2.- Habilidades de asesoramiento: que no se trata de dar consejo sino de proporcionar una oportunidad al paciente para que solucione mentalmente los problemas y saque algunas conclusiones razonables.
- 3,- Proporcionar una red de apoyo para el personal. Supone exigencias emocionales importantes para la persona que presta los cuidados. La enfermera necesita también contar con un apoyo. Debe invertirse tiempo en el apoyo del personal. La enfermera necesita disponer de tiempo para discutir la práctica clínica.
- 4.- El empleo de su modelo queda limitado en el trabajo con pacientes seniles, comatosos, neonatos, En dicha situación la relación enfermera-paciente es unilateral, por tanto, no puede considerarse con el calificativo de general.
- 5.- Le falta precisión empírica. Aunque está basada en la realidad, hay que validarla y verificarla por parte de otros científicos y faltan investigaciones posteriores.

2.6. Asunciones Proposiciones Y Elementos Fundamentales.

Asunción del modelo.

La asunción del modelo: se centró en el desarrollo de la relación terapéutica como proceso básico y buscó proporcionar una relación que pudiera hacer que la persona permaneciese sana. Realizar esto de una manera eficaz significa que las enfermeras deben aprender a emplear la ansiedad experimentada por un paciente o por un familiar para ayudarles a comprender en qué consisten los problemas y el modo en que estos problemas pueden

solucionarse. Utilizando la relación de este modo, colaborando, educando y siendo una terapeuta, la enfermera será capaz de empatizar con los problemas del paciente. Como consecuencia de todo ello, tanto la enfermera como el paciente aprenden y maduran.

Peplau afirma que los pacientes tendrán problemas si estas necesidades no son satisfechas, bien porque la ansiedad sea demasiado elevada, bien porque la tensión produce frustración y conflicto en el paciente. El modelo de Peplau trata del cuidado de alguien mediante una serie de interacciones, es, por tanto, razonable describirlo, como un modelo de desarrollo más que como modelo de sistemas.

DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

Es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y en comunidad, según Peplau la salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan.

Modelo de Hildegarde Peplau

Bases teóricas

- - Teoría psicoanalítica.
- - Modelo de interrelación.
- - Teorías de las necesidades humanas.
- - Concepto de motivación.
- - Concepto de desarrollo personal.

Presunciones y valores

El ser humano es un organismo que vive en un equilibrio inestable, con capacidad para aprender y desarrollar aptitudes para solucionar problemas y adaptarse a las tensiones creadas por sus necesidades. La salud implica el avance de la personalidad y demás procesos humanos que hacen sentirse útil. La enfermera, a través de su personalidad, guía los

resultados de aprendizaje durante el período en que se prestan los cuidados. Este proceso interpersonal es un instrumento educativo, una fuerza que ayuda a madurar y que se propone facilitar una vida en toda su plenitud. Estas relaciones se establecen durante las fases que atraviesa la persona en el proceso de su enfermedad o necesidad de ayuda. Estas fases son: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución; en cada una de ellas la persona y la enfermería actúan de manera coordinada.

- **Fase de orientación.** El paciente intenta clarificar sus dificultades y la amplitud de las necesidades de ayuda. La enfermera valora la situación de la persona.
- **Fase de identificación.** El paciente clarifica su situación, identifica la necesidad de ayuda y responde a las personas que le ofrecen ayuda. La enfermera hace el diagnóstico de la situación y formula el plan de cuidados.
- **Fase de aprovechamiento.** El paciente hace uso de los servicios de enfermería y obtiene el máximo provecho de ellos. La enfermera aplica el plan de cuidados, con lo que la ayuda a la persona y a sí misma a crecer hacia la madurez.
- **Fase de resolución.** El paciente reasume su independencia. La enfermera evalúa el crecimiento que se ha producido entre ambos.

Funciones de enfermería

En el modelo de Hildegard Peplau consisten en ayudar al ser humano a madurar personalmente facilitándole una vida creativa, constructiva y productiva.

2.7. Escuela De Efectos Deseables: Callista Roy.

Escuela de los efectos deseables.

En la que las teóricas que la representan han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros en términos de restablecimiento de un equilibrio, una estabilidad, una homeostasis o preservar la energía; inspiradas en teorías de adaptación y desarrollo, así como en la teoría general de sistemas. Dicha escuela es representada por Jonson, Hall, Levine, Roy y Neuman.

Callista Roy nació el 14 de octubre de 1939 en los Ángeles California y en 1963 inició su carrera de enfermera.

Cuando empezó a trabajar como enfermera de pediatría, observo la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad para adaptarse a cambios fisiológicos y psicológicos importantes. El modelo conceptual de la adaptación de Roy forma parte de esta escuela, según Callista Roy (Roy y Andrews, 1991) ha extraído de la teoría de los niveles adaptación de Helson (1964) y de la teoría general de los sistemas de von Bertalanffy (1968), los elementos clave para elaborar su modelo conceptual. Los principios filosóficos subyacentes en los postulados del modelo de Roy son los del humanismo y de la veritvite Roy (1988). La veritvite, término creado por Roy, se define como un principio de la naturaleza humana que afirma un objetivo común a la existencia humana. Roy postula así que la persona es un ser biopsicosocial en interacción constante con un entorno cambiante.

Los estímulos del entorno son de tres órdenes: el estímulo La veritvite, término creado por Roy, se define como un principio de la naturaleza humana que afirma un objetivo común a la existencia humana. Roy postula así que la persona es un ser biopsicosocial en interacción constante como un entorno cambiante. Los estímulos del entorno son de tres órdenes: el estímulo, focal o aquél al que la persona hace frente inmediatamente; los estímulos contextuales o todos los que están presentes en una situación, y los estímulos residuales o aquellos que tienen un efecto indeterminado en la situación. Según Roy, el objetivo de los cuidados enfermeros es el de promover la adaptación de la persona en cada uno de los cuatro modos de adaptación, ya sea el modo fisiológico, el modo de «autoimagen», el modo de «función según los roles» y el modo de «interdependencia» con el fin de contribuir a la salud, a la calidad de vida y a una muerte digna (Roy, 1986; Roy y Andrews, 1991). En este modelo conceptual, la persona es un sistema adaptativo que utiliza los procesos internos con el fin de lograr sus objetivos individuales, es decir, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción y el desarrollo.

Estos procesos engloban dos categorías esenciales de mecanismo de adaptación; los mecanismos reguladores y los mecanismos cognitivos. Los mecanismos reguladores funcionan por mediación de procesos fisiológicos, químicos, neurológicos y endocrinos que preparan al organismo a los cambios del entorno. Los mecanismos cognitivos utilizan

los procesos psicológicos y sociales, permitiendo a la persona adaptarse emocionalmente y cognitivamente a los cambios del entorno. Estos mecanismos permiten a la persona adaptarse según cuatro modos:

1. Modo fisiológico, referido a la actividad y al reposo, a la nutrición, eliminación, oxigenación y protección, a las funciones neurológicas y endocrinas, a los sentidos y a los líquidos y electrólitos
2. Modo de «autoimagen», tanto el yo físico como el yo personal.
3. Modo de «función según los roles», primarios, secundarios y terciarios representados en la sociedad.
4. Modo de «interdependencia», que incluye los comportamientos contributivos y retributivos para dar y recibir amor y respeto (Roy y Andrews, 1991)

Modelo de adaptación

El término «adaptarse» significa que la persona, en tanto que sistema, tiene la capacidad de ajustarse eficazmente a los cambios del entorno, y a su vez, de influenciar sobre éste. Según Roy, la salud, que es un estado y un proceso, permite a la persona ser o llegar a ser íntegro y unificado. El «estado de Salud» es la adaptación según los cuatro modos que refleja esta integración y esta unidad. El “proceso de salud» es el esfuerzo constante que hace el individuo para alcanzar su máximo potencial de adaptación. El entorno por su parte, es conceptualizado como un conjunto de circunstancias de situaciones y de influencias que pueden modificar o influenciar la aparición de comportamientos específicos de las personas o grupos. El entorno proporciona los estímulos o los datos de entrada en la persona como sistema adaptativo. Estos datos son factores internos y externos que se distribuyen en tres grupos de estímulos: focal, contextual y residual

· **Filosofía:** La filosofía es el estudio de una variedad de problemas fundamentales acerca de cuestiones como la existencia, el conocimiento, la verdad, la moral, la belleza, la mente y el lenguaje.

- **Teoría:** Conjunto de ideas, conceptos e hipótesis que, de una manera clara y sistemática, han sido agrupadas con el objetivo de intentar explicar un fenómeno dado que nos interesa, de manera coherente y adecuada.

- **Meta teoría:** Es una teoría que se dedica al estudio de otra teoría o conjunto de teorías. En sentido general podría ser llamada teoría de las teorías. Si A es una teoría de B y B es en sí misma una teoría, entonces A es una meta teoría. Sin embargo, una teoría general no puede ser una meta teoría desde que no se dedica en particular a una o a un conjunto de teorías. Sor Callista Roy desarrollo la teoría de la adaptación tras su experiencia en pediatría en la quedo impresionada por la capacidad de adaptación de los niños.

El modelo de Sor Callista Roy es una meta teoría ya que utilizo otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizo fueron: La teoría general de sistemas de A. Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse.

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

- **Paciente:** lo define como la persona que recibe los cuidados.
- **Meta:** que el paciente se adapte al cambio.
- **Salud:** proceso de llegar a ser una persona integrada y total.
- **Entorno:** Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.
- **Dirección de las actividades:** la facilitación a la adaptación.

Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo.

- **Focales:** son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.

- **Contextuales:** son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.

- **Residuales:** corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados.

También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación:

- **Las necesidades fisiológicas básicas:** Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- **La autoimagen:** El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.
- **El dominio de un rol o papel:** Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.
- **Interdependencia:** La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

- **Cuidado de enfermería:**

- Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.
- Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

Para planificar los cuidados propone un proceso de solución de problemas de seis pasos:

1. Valorar la conducta del enfermo/usuario.
2. Valorar los factores influyentes.
3. Identificar los problemas.
4. Fijar los objetivos.
5. Seleccionar las intervenciones.
6. Evaluar los resultados.

- **Persona:** Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable.

Es un ser biopsicosocial (ser participativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales), en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos.

- **Entorno:** Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos.

Todos estos conceptos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de adaptación y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos.

Relaciones de aplicación de la teoría:

- **Enfermero – paciente:** Roy subraya que, en su intervención, el/la enfermero/a debe estar siempre consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos de adaptación ya sea en la salud o en la enfermedad. La intervención del enfermero/a implica el aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos.

- **Paciente – enfermero:** Paciente que recibe los cuidados enfermeros.

Para Roy, el paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:

- **Familia – enfermero:** Roy, en su modelo sostiene que la familia también es un receptor de cuidados, que también tiene una conducta de adaptación. El desarrollo que la familia hace es por activación de un proceso de aprendizaje.

Modelo de adaptación

- **Filosofía:** La filosofía es el estudio de una variedad de problemas fundamentales acerca de cuestiones como la existencia, el conocimiento, la verdad, la moral, la belleza, la mente y el lenguaje.
- **Teoría:** Conjunto de ideas, conceptos e hipótesis que, de una manera clara y sistemática, han sido agrupadas con el objetivo de intentar explicar un fenómeno dado que nos interesa, de manera coherente y adecuada.

Meta teoría: Es una teoría que se dedica al estudio de otra teoría o conjunto de teorías. En sentido general podría ser llamada teoría de las teorías. Si A es una teoría de B y B es en sí misma una teoría, entonces A es una meta teoría. Sin embargo, una teoría general no puede ser una meta teoría desde que no se dedica en particular a una o a un conjunto de teorías. Sor Callista Roy desarrollo la teoría de la adaptación tras su experiencia en pediatría en la que quedo impresionada por la capacidad de adaptación de los niños. El modelo de Sor Callista Roy es una meta teoría ya que utilizo otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizo fueron: La teoría general de sistemas de A. Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse.

2.8.- Paradigma De La Transformación.

A lo largo de estos años el modelo ha tenido un gran desarrollo, gracias a la profundización que ha hecho la autora en el campo humanístico y en el de las ciencias sociales, así como a los resultados de investigaciones aplicadas y la influencia de otros teóricos de enfermería, como Martha Rogers y Margaret Newman, que llevaron a Roy a revisar y modificar la visión filosófica del modelo, de tal manera que en la actualidad corresponde más a una visión de reciprocidad (interactiva-integrativa), que a una visión de reacción² (particular-determinística).

La veritivity, término acuñado por Roy, se define como principio de la naturaleza que afirma una finalidad común de la existencia humana⁴, en la cual establece una fundamentación y apreciación de la realidad, cuyo significado radica en la unión del ser humano con la verdad infinita que es Dios.

Con base en lo anterior, Roy postula las siguientes creencias filosóficas y valores acerca de la enfermería:

- Los seres humanos son holísticos y trascendentes. La persona busca, en la autorrealización, una razón de ser para su existencia.
- Por su autodeterminación, las personas toman decisiones y, por lo tanto, son autónomas y responsables de los procesos de interacción y creatividad.
- Las personas y el mundo tienen patrones comunes y relaciones integrales, que los identifican como seres únicos.
- La transformación de las personas y del ambiente está creada en la conciencia humana, o sea, en la capacidad que tiene cada uno de interpretar el medio ambiente interno y externo.
- La adaptación es “el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental”⁵.

Esta evolución en la visión de la realidad debe llevar a los profesionales a cuestionar su actitud en la práctica y a la aplicación del proceso de enfermería, mirando al individuo como un ser holístico y no fragmentándolo en un ser bio-psico-social y espiritual, como hasta ahora se venía haciendo. Se debe tener en cuenta que la persona está inmersa en el ambiente constituido por sus creencias, valores, principios, sentimientos, vivencias y patrones de relación, entre otros, que determinan la forma como el individuo se enfrentará a los estímulos del medio.

Con base en lo anterior, se puede considerar que el quehacer de la práctica de enfermería debe ser más trascendente. El profesional de enfermería, al establecer una relación con el paciente, debe tener en cuenta la capacidad de autodeterminación de la persona, y los mecanismos que esta emplea para lograr la adaptación.

Ante estos planteamientos y directrices, expuestos por Roy en su modelo, el grupo ha buscado interpretar y unificar sus conceptos, así como adaptarlos para facilitar su aplicación en la docencia y en la práctica, en escenarios de la cultura y situación sociopolítica de nuestro país.

Algunos de los avances logrados en la evolución del modelo teórico de Callista Roy, desde nuestra perspectiva, son:

Sistema Adaptativo Humano: (SAH)

“Roy describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones, y a la sociedad como un todo”.

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Este concepto está directamente relacionado con el de adaptación, de tal forma que la percepción que tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta son individuales y diferentes para cada uno.

Al realizar la valoración se destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo; la valoración del modo fisiológico y psicosocial constituye una oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento, cómo la está afrontando y cuáles son sus expectativas frente al cuidado de

enfermería, para promover su adaptación. Ello permite establecer las estrategias más efectivas para lograr en forma conjunta la meta de enfermería, que, de acuerdo con los planteamientos del modelo, es promover la adaptación, entendida esta como un estado de bienestar del ser humano.

Ambiente

“Son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y de los recursos del mundo”. El ambiente es todo aquello que

rodea a la persona y lo que está dentro de ella. El ambiente no se limita al entorno, está constituido además por sus experiencias y los aspectos que constituyen su ambiente interno.

Desde esta perspectiva, la enfermera y el paciente forman parte del ambiente de cada uno, y en él establecen una relación de reciprocidad. El personal de enfermería debe ser consciente de que constituye un estímulo para el paciente y, por lo tanto, puede afectar en forma positiva o negativa su adaptación. A su vez, implica reconocer una interacción de iguales, consecuente con su condición de persona, en la cual se establece una comunicación bidireccional que promueve el crecimiento mutuo.

El ambiente está directamente relacionado con los estímulos, toda vez que estos desencadenan respuestas adaptativas, que promueven las metas de adaptación e integridad, y respuestas inefectivas, que no promueven la integridad, ni contribuyen a la meta de adaptación e integración de las personas con el mundo.

Estímulos

En el modelo, Roy define los estímulos como “todo aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente”. Ella los clasifica así:

- Estímulo focal. “Es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo”. Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación.
- Estímulos contextuales. Son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación.
- Estímulos residuales. Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual.

Roy también identifica unos estímulos comunes a todas las personas, que en un momento dado pueden ser focales, contextuales o residuales. Entre estos se encuentran:

- Los estímulos culturales, que comprenden el nivel socioeconómico, la etnicidad y el sistema de creencias.
- Los estímulos familiares, que involucran la estructura y las tareas del grupo familiar.
- Los estímulos relacionados con la etapa de desarrollo.
- Los estímulos relacionados con la integridad de los modos adaptativos, con la efectividad del mecanismo cognitivo y el nivel de adaptación.
- Los estímulos relacionados con el ambiente, tales como los cambios en el ambiente interno y externo, el manejo médico, el uso de drogas, el alcohol, el tabaco, la situación social, política y económica.

Estos estímulos siempre están presentes y son relevantes al conjugarse con otros, pues desencadenan respuestas adaptativas o inefectivas en el individuo. Si tomamos como ejemplo la etapa de desarrollo, que es un estímulo común, y la conjugamos con un evento como una caída, vamos a encontrar que la respuesta varía si se presenta en un niño o en un anciano. En la mayoría de los casos, el niño podrá adaptarse mucho más fácilmente a las consecuencias de esta. En un anciano, si la caída no tiene complicaciones, como fracturas, el solo hecho de haberse presentado puede ocasionar mayor inseguridad y temor a los desplazamientos, lo cual podría limitar su actividad física. Si, por el contrario, la caída ocasiona una fractura de fémur, las consecuencias de esta situación pueden ser catastróficas e incluso las complicaciones de la inmovilidad pueden llevar a la muerte.

La identificación de los estímulos, al igual que la adaptación, es un proceso dinámico; en la medida en que varía la situación cambian los estímulos, y en un momento dado, un estímulo que no era importante se puede volver focal, contextual o residual.

El análisis permanente de la relación estímulo–respuesta permite al profesional de enfermería determinar la prioridad e individualidad de los planes de cuidado, y de esta manera pueden ajustarse a los cambios que se presentan en el nivel de adaptación.

2.9.- Madeline Leininger Cultura De Los Cuidados, Teoría De La Diversidad Y De La Universalidad.

La primera teorista en definir los cuidados transculturales, relacionados con la salud del paciente fue Madeleine Leininger. Con esta teoría que es amplia insta a los profesionales de enfermería a buscar la universalidad y especificidad cultural manifestadas en los fenómenos propios de cada cultura.

MADELEINE LEININGER Cuidados culturales: teoría de la diversidad y la universalidad

Madeleine Leininger nació en Sutton, Nebraska, el 13 de junio de 1925 e inició su carrera profesional después de diplomarse en la Escuela de Enfermería de St Anthony, en Denver. Es la fundadora de la Enfermería Transcultural fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria en enfermería, obtuvo un Doctorado en Antropología Cultural y Social.

En 1950 obtuvo el título de Ciencias Biológicas y realizó estudios complementarios en Filosofía y Humanismo. En 1955 durante su ejercicio profesional, en el área de Psiquiatría Infantil observó que el personal sanitario no conocía suficientemente los factores culturales que influían para su asistencia; a partir de esta experiencia nace la inquietud de construir un modelo que considere una visión transcultural del cuidado para el individuo. Durante esta época escribió uno de sus primeros textos básicos en enfermería psiquiátrica, junto a C Hofling, titulado Basic Psychiatric Nursing Concepts en 1960, que ha sido editado en once lenguas y se utiliza en todo el mundo. Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend, fue su primer libro publicado sobre enfermería transcultural. En 1974 fundó la organización denominada National Transcultural Nursing Society de la que ha sido una actividad dirigente desde sus inicios. Fundó la National Research Care Conference en 1978. Leininger ha escrito o editado

27 libros, ha publicado más de 200 artículos y 45 capítulos de libros, además de numerosas películas e informes de investigación centrados en enfermería transcultural, asistencia y fenómenos sanitarios, ha recibido numerosos premios y distinciones.

Antropología Enfermería • La teoría de Leininger procede de la antropología y de la enfermería, ha definido la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo.

Antropología, estudio de los seres humanos desde una perspectiva biológica, social y humanista. La antropología social o cultural, que se ocupa de las formas en que las personas viven en sociedad, es decir, las formas de evolución de su lengua, cultura y costumbres. En colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias

Autores Desarrollo

- Se Basa en los autores: Marcel (relaciones entre las personas), de Jaspers (la comunicación entre las mismas), que juegan un papel muy importante en su planteamiento crucial para el logro de la salud de las personas. Y en Heidegger (la fenomenología) porque a través del lenguaje se logra un conocimiento cognoscitivo o subjetivo, también por medio de la experiencia, las convicciones y el sistema de valores de cada cultura
- Leininger desarrollo su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás.

Establece la diferencia entre enfermería transcultural e intercultural. Se refiere a los profesionales de enfermería preparados y comprometidos en adquirir un conocimiento y un método práctico de actuación de la enfermería transcultural La integran los profesionales que utilizan los conceptos antropológicos médicos o aplicados, sin comprometerse en el desarrollo de teorías o prácticas basadas en la investigación, dentro del campo de la enfermería transcultural

Lo define como un área formal de estudio y practica de la enfermería enfocada en el cuidado holístico comparativo de la salud, de los modelos de enfermedad, de los individuos y grupos, con respecto a las diferencias y similitudes, en los valores culturales, creencias y prácticas, con

el fin de proporcionar un cuidado de enfermería que sea congruente, sensible, culturalmente competente a las personas de culturas diversas

ANTECEDENTES EMPIRICOS | Defiende la aplicación de: Estudiar los cuidados Método riguroso de la ciencia clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada La etnociencia es uno de los métodos etnológicos rigurosos utilizados en la antropología para obtener conocimiento sobre enfermería.

METAPARADIGMAS Creencias, valores y formas de actuar reconocidas culturalmente y utilizadas con el fin de preservar y mantener el bienestar de una persona o un grupo y permitir la realización de las actividades cotidianas Acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo SALUD Ser cultural que ha sobrevivido al tiempo y al espacio **CUIDADO PERSONA ENTORNO** Todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales

Vienen... **CUIDADOS:**(Sustantivo) Fenómenos abstractos y concretos) relacionados con las actividades de asistencia **CUIDADOS CULTURALES:** Valores, creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos **CULTURA:** Conjunto de valores creencias, normas y estilos de vida **CUIDAR:** (Verbo) Acciones y actividades dirigidas a la asistencia, el apoyo o capacitación de otras personas o grupos. **DIMENSIONES CULTURALES, ESTRUCTURALES Y SOCIALES:** Esquemas y características dinámicas de los factores estructurales y organizativos interrelacionados de una determinada cultura. Van...

Diversidad de los cuidados culturales: Variación y/o diferencia que existe en los significados, modelos, valores, modos de vista o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas las personas. **Universalidad de los cuidados culturales:** Significados, modelos, valores o estilos de vida o símbolos comunes, semejantes o dominantes que se manifiestan entre las diversas culturas y reflejan las formas en que dichas culturas asisten, apoyan facilitan o permiten medios para ayudar a las personas. - **OTROS:** Enfermería, Visión del mundo, Contexto ambiental, etnohistoria.

SUPUESTOS PRINCIPALES

Los cuidados son la esencia de la enfermería y un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina.

Los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud la curación el desarrollo y la supervivencia, y también para afrontar las discapacidades o la muerte.

Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería para orientar la práctica de esta disciplina.

Afirmaciones Teóricas.

Leininger elaboro varias formulaciones predictivas basadas en su teoría de los cuidados culturales en enfermería transcultural estas parten de sus indagaciones, investigaciones, trabajos antropológicos y de enfermería principalmente los que se basan en investigaciones cualitativas.

Lo más importante de ellas plantea que la salud o el bienestar pueden predecirse a partir de las dimensiones epistemológica, ontológica de los cuidados culturales.

Método Lógico 20 Se deriva de la antropología y la enfermería Aplica el método cualitativo, la etnoenfermería, la etnografía, las historias reales, la fotografía y los métodos fenomenológicos Los datos se inductivamente. Obtienen

MARCO TEORICO

. Según Leininger: Cada persona, cada grupo o subgrupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones. No es posible pretender homogeneizar el cuidado y pensar que los de una cultura sean válidos para las demás. CUIDADO HUMANO Según Boff: Sin cuidado los seres humanos no podrían ser tal. Es algo innato al ser humano desde sus orígenes y están inmerso en su cultura. Leininger, insta a buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado.

“ESQUEMA DEL SOL NACIENTE”

. Aceptación de la teoría por la comunidad de enfermería Lentitud por parte de y valorar la importancia de los factores culturales y de enfermería transcultural. Enfermería en reconocer los profesionales están comenzando a apreciar la importancia de la enfermería transcultural, de la noción de asistencia y del empleo de los métodos cualitativos.

La teoría de la enfermería transcultural ofrece realmente una visión amplia, holística y extensa de los grupos humanos las poblaciones y las especies.

Generalidad Esta teoría contempla la asistencia de enfermería desde un punto de vista mundial y multicultural. 31 La teoría de enfermería transcultural cumple el criterio de generalidad, ya que su orientación cualitativa la convierte en amplia extensa y universal Precisión Empírica 32 Se han descubierto 135 estructuras asistenciales, un número en continuo aumento conforme crece la riqueza de los conocimientos transculturales.

. Consecuencias Deducibles 33 Refiere Leininger: que en virtud de su amplio enfoque multicultural la teoría contribuye a la consolidación de la enfermería como disciplina y profesión que dé respuesta a las necesidades encontradas en el mundo multicultural.

La teoría de enfermería transcultural servirá para remodelar y transformar la enfermería de cara al futuro ya que a través de ella se puede comprender las diferencias culturales que se dan respecto a la asistencia, la salud y la enfermedad. Está centrada en los seres humanos, en los valores, creencias, en su entorno, lenguaje lo que se da un carácter holístico. Esta teoría podría ser la solución para los grandes problemas de salud y cuidados que se prestan en la actualidad.

UNIDAD III

GENERALIDADES

3.1.- Introducción A La Metodología Enfermera.

Para comprender el concepto de disciplina enfermera y entender los orígenes y el estado actual de la profesión es necesario contextualizarla históricamente. El cuidado es una actividad tan antigua como el hombre. En el estudio de las primeras civilizaciones ya se podían identificar miembros de la comunidad encargados de realizar tareas relacionadas con la conservación de la vida y el cuidado de las personas. Desde tiempos remotos, el ser humano ha necesitado ayuda para sobrevivir en momentos de fragilidad, dependencia, enfermedad... Esta necesidad ha sido cubierta por la enfermería como ocupación, ya que hasta tiempos muy recientes no ha sido concebida como una profesión, sino como una actividad no remunerada, que no contaba con una formación específica, y cuya función era la

de proporcionar cuidados en materia de salud. En la obra: “Concepto de historia e historiografía: su La evolución de la enfermería está íntimamente ligada a la estructura social, económica y política de cada época. Asimismo, los valores y la filosofía dominantes han originado diferentes concepciones de salud y de persona, lo que ha hecho que la atención de enfermería se adaptara y se desarrollara paralelamente a los cambios. Algunos de los factores clave en la evolución de la enfermería profesional aparecen desarrollados seguidamente. Las concepciones filosóficas y sociológicas. Se trata de un factor externo a la profesión. Se identifica con las interpretaciones filosóficas y sociológicas de los fenómenos que influyen en la enfermería. Los conceptos que más han influido en el desarrollo de la profesión son los de salud y persona. A lo largo del tiempo ha ido variando su significado, según las épocas y las culturas. Al evolucionar ambos conceptos, la atención a las personas ha ido adaptándose y modificándose paralelamente (Figura 14.1.).

- La salud como supervivencia. Esta concepción es propia de las sociedades más primitivas. Las actuaciones van dirigidas al mantenimiento de la vida a través de la cobertura de las necesidades más básicas: de abrigo, alimentación, hidratación etc.
- La salud como valor sobrenatural. La enfermedad era entendida como un castigo divino. La curación y la adquisición de la salud eran explicadas a través de la magia. Los tratamientos se basaban en experiencias sobrenaturales y en interpretaciones cosmológicas. Durante esta etapa eran los chamanes, magos o líderes religiosos los encargados de proporcionar salud a la comunidad.
- La salud como valor religioso. Muy ligada a las interpretaciones filosóficas cristianas de la época. Como consecuencia de la concepción divina de persona, los cuidados se dirigen fundamentalmente al alma o sustancia inmaterial. El cristianismo crea la idea de salvación a través de la caridad y el cuidado humanitario al enfermo.
- La salud como ausencia de enfermedad. Como consecuencia del avance científico que tiene lugar a lo largo del siglo XIX, se encuentran explicaciones de la enfermedad mediante relaciones de causalidad. Por ejemplo, a raíz de los descubrimientos de Pasteur sobre las bacterias y el desarrollo de la teoría germinal de las enfermedades infecciosas, se demostró que la enfermedad es el efecto visible de una causa que puede ser buscada y eliminada mediante un tratamiento específico. Koch o Lister, entre otros, también colaboraron con sus descubrimientos a la concepción de salud como ausencia de

enfermedad. Las actuaciones se centran en la enfermedad, y su tratamiento. El enfermo es reducido a la enfermedad que padece, despersonalizándose su atención.

- La salud como equilibrio de la persona con su entorno. La salud es entendida como el equilibrio de la persona consigo misma y con su entorno ecológico y social, es la idea vigente actualmente.

n. Ya en 1965, la Asociación Americana de Enfermería (ANA) proponía la siguiente definición para la formación en enfermería: “Una escuela de enfermería independiente de los organismos de servicio, pero que proporcione formación para el servicio, con enfermeras educadoras competentes, y oportunidades de aprendizaje bien seleccionadas. El desarrollo de la estudiante como persona. La dignidad del paciente como ser humano. La provisión de la enfermería como servicio comunitario, al mismo tiempo que como cuidado institucional. La identificación de la base sobre la cual se funda la enfermería; por ejemplo, la higiene ambiental y el cuidado personal. La dirección de la enfermería a cargo de las enfermeras. El modelo de la enfermera como persona de cultura, y como profesional competente.” Otra asociación importante es el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), fundado en 1899 que agrupa una federación de más de 130 Asociaciones Nacionales de Enfermeras (ANE). Trabaja para conseguir unos cuidados de enfermería de calidad para todos, unas políticas de salud acertadas en todo el mundo, el avance de los conocimientos de enfermería, la presencia mundial de una profesión de enfermería respetada y unos recursos humanos de enfermería competentes y satisfactorios. El CIE fue pionero en interesarse por cuestiones ético-legales y elaboró en 1953 el primer Código Ético de la profesión. Otras asociaciones que han colaborado en el desarrollo de una enfermería profesional son:

- En el Reino Unido, el Real Colegio de Enfermería (RCN), fundado en 1916.
- En España existen varias asociaciones de enfermería, la más importante es el Consejo General de Enfermería, que aglutina a los diferentes Colegios Oficiales. En la actualidad la enfermería es considerada una profesión que está constituyendo su cuerpo disciplinar mediante la investigación. En su vertiente asistencial recientemente se han producido importantes cambios, pasando de ejercer el cuidado basado en el empirismo y las creencias a llevar a cabo una enfermería basada en la evidencia. En su función docente se responsabiliza

de la formación de sus propios profesionales; y asume la gestión, organizando y dirigiendo los servicios de enfermería.

3.2.- El Proceso De Enfermería.

En el contexto actual el proceso de enfermería es considerado como el Método del Cuidado de los profesionales de enfermería, el cual tiene fines particulares y una forma de proceder que le es propia; Así como sus etapas y fases que le dan su carácter operativo y en un sentido global. Al mismo tiempo, consideran que el proceso de enfermería se individualiza para el cuidado a la persona, familia o comunidad con base en sus necesidades y su entorno a fin de favorecer una calidad de vida.

El propósito de este capítulo es presentarle al lector un panorama general del proceso de enfermería para que tenga un primer acercamiento con los aspectos teóricos, metodológicos e instrumentales que lo sustentan y considerarlos en el aprendizaje y la aplicación del cuidado al individuo, familia o comunidad, en los diversos escenarios donde ejerce la enfermera(o) profesional.

Por último, es importante resaltar que el proceso de enfermería incluye actuaciones importantes iniciadas por el profesional de enfermería para prestar cuidados a la persona y forman la base de la toma de decisiones clínicas.

OBJETIVO

Identificar la dimensión teórica-metodológica e instrumental del proceso de enfermería, para el cuidado integral de la persona, familia o comunidad mediante la aplicación de cada una de sus etapas: la valoración, el diagnóstico de enfermería, la planeación, la ejecución y la evaluación que en su conjunto pretenden la promoción, el fortalecimiento y recuperación de la salud o en un momento dado que el individuo en fase terminal tenga una muerte digna.

3.2.- El Proceso Enfermero.

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.

OBJETIVOS

- Permite a la persona participar en su propio cuidado.
- Garantiza la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales.
- Ofrece atención individualizada continua y de calidad.
- Ayuda a identificar problemas únicos de la persona.

CARACTERISTICAS P.A.E

- Interpersonal
- Cíclico Universal
- Enfoque holístico
- Humanístico

ETAPAS DEL P.A.E.

Consta de 5 fases:

- Valoración
- Diagnóstico
- Planeación
- Ejecución
- Evaluación

3.3.- La Valoración Concepto, Objetivos Y Fases

En esta etapa vamos a recoger y examinar la información sobre el estado de salud del trabajador, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden

generar problemas de salud. Normalmente a esta fase se la califica como la de mayor importancia, para lo cual debemos de poner en marcha toda nuestra capacidad, experiencia y conocimientos.

Fases

Es importante considerar, que al igual que las etapas, las fases se separan para profundizar en los aspectos teóricos y medios para su aplicación, pero en la práctica se dan de manera simultánea.

Dato. El dato es información que la persona, familia y /o comunidad vierte sobre su estado de salud, y se obtiene y analiza a través de:

- Recolección de datos
- Validación de datos
- Organización de datos
- Registro de los datos

3.4.- La Observación, La Exploración Y La Entrevista.

El término “vigilancia de la salud de los trabajadores” engloba una serie de actividades, referidas tanto a individuos como a colectividades y orientadas a la prevención de los riesgos laborales, cuyos objetivos generales tienen que ver con la identificación de problemas de salud y la

evaluación de intervenciones preventivas. En esta primera etapa de valoración, utilizaremos una serie de herramientas, que son:

- Entrevista
- Observación
- Exploración, mediante la inspección, auscultación, palpación y percusión. Respecto a la entrevista con el trabajador, la efectuaremos en la anamnesis y cuestionarios

existentes en cada examen de la salud, que dependerá del puesto de trabajo desarrollado y del protocolo aplicado, teniendo en cuenta los riesgos laborales a los que el trabajador está expuesto.

En la Observación, se debe de prestar atención a la lesión que el trabajador tenga: ya sea un corte, herida, contusión, a las características de las mismas: si está inflamada, infectada, si hay presencia de cuerpos extraños o de hematoma, supuración de algún tipo, si precisará sutura, y también observar el estado en que se encuentre el trabajador en el momento de su presencia en el centro asistencial, valorando de forma rápida y concreta, su estado general, atendiendo a datos como su estado de conciencia, coloración e integridad de la piel, presencia o ausencia de dolor, higiene y estado de la zona lesionada.

Y por último, la exploración mediante actos como la toma de tensión arterial, valoración de la frecuencia cardíaca y temperatura. Todos estos datos los anotaremos en la historia clínico-laboral, que es el documento que recoge toda la información y documentación relativa a la vigilancia y control de la salud de los trabajadores. Datos de anamnesis, exploración clínica, control biológico y estudios complementarios en función de los riesgos inherentes al trabajo. También se hará constar una descripción detallada del puesto de trabajo, el tiempo de permanencia en el mismo, los riesgos detectados en el análisis de las condiciones de trabajo, y las medidas de prevención adoptadas para ello. Debemos de tener en cuenta la existencia de la Ley, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, vinculante también para el ámbito de la salud laboral. En esta ley se describen artículos claves del recto proceder sobre contenidos que debe de tener la historia clínico laboral del trabajador, máxime cuando la

Enfermería viene siendo responsable de la guarda y custodia de la mayoría de la documentación clínica.

En esta etapa determinamos el Grado de dependencia/independencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades, propuestas por Henderson.

Para determinar qué necesidad está afectada y formular un diagnóstico de enfermería. Estos diagnósticos pueden ser: Reales, Potenciales y de Salud. Otra formulación para diagnósticos es la del formato P.E.S (P=problema, E= etiología, S=signos y síntomas)

3.5.- Organización De La Información: Guía De Valoración Según Los Patrones Funcionales De Salud De Marjory Gordón (Amp)

El cuidado, dirigido al individuo, la familia y la comunidad, es el principal elemento que define el papel de la enfermera de Atención Primaria. La implantación progresiva del Proceso de Enfermería como herramienta fundamental para la gestión de los cuidados, con la estandarización y sistematización de los mismos y la utilización de un lenguaje normalizado, han contribuido al gran avance que ha experimentado la práctica enfermera en los últimos años.

En el Área Sanitaria de salud se inició en el año 2002 un proceso de implantación y desarrollo de la metodología enfermera dentro de una línea estratégica de potenciación y mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. Este proceso se ha basado en una serie de elementos básicos: por una parte, la informatización de los cuidados y la utilización de los patrones funcionales de valoración de M. Gordon y las taxonomías NANDA , NOC y NIC como base de conocimiento que sustenta el programa informático; por otra parte, la formación y participación de los profesionales y el desarrollo de herramientas e instrumentos para la planificación y medida de los cuidados.

La valoración tiene una gran importancia para conocer la respuesta de individuos y familias a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que pueden ser tratados por las enfermeras, es decir, para llegar al diagnóstico de enfermería. Constituye un proceso planificado y sistematizado de recogida de información e interpretación de la misma que implica

toma de decisiones en aspectos como la determinación de aquella información relevante en nuestra área competencial de cuidados, la existencia del mayor grado de evidencia en las

distintas herramientas utilizadas para las valoraciones (escalas, tests, cuestionarios, etc.) y el enfoque hacia la respuesta humana integral y global ante un problema de salud.

La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta; se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA. Este manual pretende ser una herramienta de ayuda, que facilite la utilización de los instrumentos de valoración cuando la enfermera se enfrente a la tarea de valorar a la persona, la sistematización en la recogida y registro de los datos permitiéndole la toma de decisiones pertinentes en base a los datos obtenidos. La valoración tiene una gran importancia para conocer la respuesta de individuos y familias a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que pueden ser tratados por las enfermeras, es decir, para llegar al diagnóstico de enfermería.

Constituye un proceso planificado y sistematizado de recogida de información e interpretación de la misma que implica toma de decisiones en aspectos como la terminación de aquella información relevante en nuestra área competencial de Las enfermeras, para realizar aquellas funciones que nos son propias, necesitamos organizar nuestro trabajo; esta estructuración la efectuamos mediante una herramienta muy útil que es el Proceso Enfermero. La valoración es la primera fase de este proceso, y la base de las demás. La valoración se define como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud, y la respuesta que las personas dan a ésta. La valoración enfermera es útil en la planificación de cuidados a la persona, a la familia y/o a la comunidad, y no solamente en situación de enfermedad.

Existen diversos tipos de valoración dependiendo del modelo enfermero; en nuestra Comunidad Autónoma se ha optado por el modelo de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon y por el Programa informático Marjory Gordon define los patrones como una

configuración de comportamientos más ó menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud , calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica ó informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno- malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón. Los patrones son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada; la interrelación que se da entre ellos es lógica, las personas somos un TODO sin compartimentar, todo influye en todo (el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias...). Algunos patrones comparten información y ciertos datos pueden estar presentes en más de un patrón, no siendo necesario registrarlos de forma repetida.

Marjory Gordon, establecer los campos definitorios del resultado del patrón y por último analizar cada ítem presente en el módulo de planes de cuidados del programa OMI. Así pues, el esquema seguido en el desarrollo de este documento es describir: lo que valora cada patrón, como se valora, como establecer el resultado del patrón y un conjunto de aclaraciones relativas a diversos ítems que aparecen en la historia informática.

Patrón I: Percepción- Manejo de salud

Que valora: Como percibe el individuo la salud y el bienestar. Como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación La adherencia a las prácticas terapéuticas. Incluye prácticas preventivas (hábitos higiénicos, vacunaciones...)

Como se valora: Hábitos higiénicos: personales:

Vivienda, vestido Vacunas Alergias Percepción de su salud Conductas saludables: interés y conocimiento Existencia o no de alteraciones de salud (tipo de alteración, cuidados, conocimiento y disposición) Existencia o no de hábitos tóxicos Accidentes laborales, tráfico y domésticos Ingresos hospitalarios.

Resultado del Patrón: El patrón está alterado si: La persona considera que su salud es pobre, regular o mala. Tiene un inadecuado cuidado de su salud. Bebe en exceso. Fuma. Consume drogas. No tiene adherencia a tratamientos farmacológicos ni a medidas terapéuticas. No está vacunado La higiene personal o de la vivienda es descuidada. Tabaco.

Aclaraciones

Se considera fumador cualquier persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de tabaco alcohol: Se considera toma de alcohol excesiva 40 gr/día o 5 unidades/día o 280 gr/semana en hombres y 24 gr/día, 3 unidades/día o 168 gr/semana en mujeres. Drogas: si existe o no consumo y tipo de drogas, Café: Se considera abuso de café más de 3 tazas diarias o presencia de síntomas por ingesta de cafeína (nerviosismo, insomnio). Los conocimientos sobre su problema de salud y la actitud ante el mismo deberían abordarse con más profundidad en sus patrones correspondientes (cognitivo perceptivo y adaptación-tolerancia al estrés) ya que pueden conducir a los diagnósticos enfermeros de Conocimientos Deficientes o los relativos a un inadecuado afrontamiento. Adherencia terapéutica: La OMS define la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. Se considera adherencia farmacológica cuando se cumple entre el 80 y 110% de lo pautado. Los riesgos laborales, accidentes y caídas nos indicarían un patrón con un riesgo de alteración. Repetidos accidentes domésticos y caídas pueden ser indicativos de violencia de género o doméstica por lo que es preciso estar atentos ante su presencia. Información que no condiciona el resultado del patrón: los ingresos hospitalarios nos dan información, pero por sí solo, no alteran el patrón. Los test adjuntos nos aportan información adicional que pueden facilitar la valoración del resultado del patrón, de tal manera que cuando el resultado del test nos indica riesgo, igualmente el patrón estaría en riesgo de alteración.

Patrón 2: Nutricional- Metabólico

Qué valora: Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas Horarios de comida. Preferencias y suplementos. Problemas en su ingesta. Altura,

peso y temperatura. Condiciones de piel, mucosas y membranas.

Cómo se valora: Valoración del IMC. Valoración de la alimentación: Recoge el nº de comidas, el lugar, el horario, dietas específicas., así como los líquidos recomendados para tomar en el día. Se deben hacer preguntas sobre el tipo de alimentos que toma por grupos: frutas, verduras, carnes, pescados, legumbres y lácteos... Valoración de problemas en la boca: Si tiene alteraciones bucales (caries, úlceras etc.) Valoración de problemas para comer: Dificultades para masticar, tragar..., alimentación por sonda ya sea alimentación enteral o con purés caseros. Valoración de otros problemas que influyen en el patrón: Problemas digestivos (náuseas, vómitos, pirosis) Dependencia Inapetencias Intolerancias alimenticias Alergias Suplementos alimenticios y vitaminas Valoración de la piel: Alteraciones de la piel: fragilidad de uñas y pelo, falta de hidratación, prurito, edemas, lesiones, temperatura, cicatrización, coloración. Lesiones cutáneas: abscesos, lipomas, nevos, verrugas, patología de las uñas.

Resultado del patrón:

El patrón estará alterado: Si con respecto al IMC: Patrón alterado superior al 30% o inferior a 18,5% Patrón en riesgo: entre 25 y 30 Patrón eficaz: entre 18,6 y 24,9 Tiene una nutrición desequilibrada Los líquidos consumidos son escasos. Existen problemas en la boca Hay dificultades para masticar y/o tragar. Necesita sonda de alimentación. Existen lesiones cutáneas o en mucosas, alteraciones de la piel o falta de integridad tisular o cutánea Presencia de problemas digestivos, dependencias, inapetencias, intolerancias alimenticias, alergias.

Aclaraciones: Hidratación Saludable según la Declaración de Zaragoza: una persona tiene que ingerir 10 vasos de líquidos al día: agua mineral/del grifo, refrescos sin azúcar añadido, té,

café o infusiones sin azúcar; otros autores consideran de 8 a 10. Información que no condiciona el resultado del patrón: Los ítems relativos a:

- lugar de comidas,
- número,
- horario,
- Tipo de dieta Nos dan información, pero por si solos no condicionan el patrón.

El número de calorías se refiere a las que ingiere habitualmente, no las que le hayan sido pautadas; dado que es muy difícil de valorar no se realiza de forma cotidiana. Estado nutricional normal o anormal se valorará teniendo en cuenta el IMC y/o juicio de la enfermera en base a

observación. Puede usarse el test de MNA, adjunto en el protocolo, que valora el riesgo de malnutrición. Los “problemas dieta” nos dan información, pero no todos condicionan el resultado del patrón:

- Patrón alterado: “dieta no equilibrada”
- Patrón en riesgo: “dieta insuficiente” y “comer entre horas” dependerá de las características del individuo.
- Información que no condiciona el resultado del patrón: “consumo escaso de lácteos” dependerá de la etapa evolutiva de la persona; “cena abundante” nos da información, pero por sí mismo no nos conduce a una alteración del patrón.
- Otros problemas:
- Patrón alterado: “digestivos”, “inapetencia”, “intolerancia” o “dependencia”.
- Patrón en riesgo: “comer sin hambre” es un indicador de riesgo de alteración si el IMC es adecuado.
- “sedentarismo” se valorará en el patrón de actividad- ejercicio. Nutrición equilibrada se refiere a nutrientes, no a grupos de alimentos, puede darse el caso de personas que no tomen proteínas animales, pero las tomen vegetales, como es el caso de los vegetarianos. El test de Norton inferior a 14 nos indica

un riesgo de desarrollar úlceras por presión, y por tanto, nos informa de un patrón en riesgo de alteración.

Patrón 3: Eliminación

Qué valora: Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel.

Como se valora: Intestinal: Consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia de ostomías, incontinencia. Urinaria: Micciones/día, características de la orina, problemas de micción, sistemas de ayuda (absorbentes, colectores, sondas, urostomías), incontinencias Cutánea: Sudoración copiosa

Resultado del patrón

El patrón está alterado: Si intestinal existe estreñimiento, incontinencia, diarrea, flatulencia, o la persona precisa sistemas de ayuda (laxantes, enemas, ostomías). Urinario: si presenta incontinencias, retención, disuria, nicturia, poliuria, polaquiuria o utiliza sistemas de ayuda (absorbentes, colector, sondas o urostomías) Si sudación excesiva.

Aclaraciones: Estreñimiento: es la emisión de heces con una frecuencia inferior a 3 veces por semana. El dolor durante la defecación, fisuras, hemorroides

suponen riesgo de alteración del patrón. Los drenajes y las heridas muy exudativas conducen a un riesgo de alteración del patrón. La distensión y el dolor abdominal no alteran por si solos el patrón si no están relacionados con la eliminación intestinal ya que puede ser debidos a otros motivos.

Patrón 4: Actividad /ejercicio

Qué valora: El patrón de ejercicio La actividad Tiempo libre y recreo Los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria (higiene, compra, comer, mantenimiento del hogar, etc.) La capacidad funcional El tipo, cantidad y calidad del ejercicio. Las actividades de tiempo libre.

Como se valora: Valoración del estado cardiovascular: Frecuencia cardiaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios ECG que reflejen isquemia o arritmia, etc.

Manual de valoración de patrones funcionales II Valoración del estado respiratorio: Valorar antecedentes de enfermedades respiratorias, ambiente laboral, disnea, molestias de esfuerzo, tos nocturna, expectoración, indicación verbal de disnea, etc. Tolerancia a la actividad: Fundamentalmente en pacientes cardíacos y respiratorios Valoración de la movilidad: Debilidad generalizada, cansancio, grado de movilidad en articulaciones, fuerza, tono muscular Actividades cotidianas:

Actividades que realiza, encajamiento, mantenimiento del hogar, Capacidad funcional (tests de Katz o Barthel) Estilo de vida: Sedentario, activo Ocio y actividades recreativas: El énfasis está en las actividades de mayor importancia para la persona; tipo de actividades y tiempo que se le dedica.

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si existe: Síntomas respiratorios: frecuencia respiratoria alterada, disnea, cianosis, tos inefectiva, tiraje, uso de oxígeno domiciliario. Problemas circulatorios: Alteración de Tensión arterial y FC en respuesta a la actividad, pulsos periféricos inexistentes, edemas, claudicación intermitente Problemas de salud limitantes, incapacidad para la actividad habitual. La presencia de síntomas físicos: cansancio excesivo, hipotonía muscular, inmovilizaciones, claudicación intermitente, pulsos periféricos disminuidos, parálisis, parestias. Deficiencias motoras. Problemas de movilidad Problemas de equilibrio, inestabilidad. Capacidad funcional alterada (Katz o Barthel) ver aclaraciones Incapacidad de ocio habitual, aburrimiento manifestado por la persona.

Aclaraciones:

TA: la presencia de una TA ($\geq 140/90$) no es suficiente para considerar el patrón alterado, estaría alterado si condiciona la práctica de ejercicio.

Deficiencias sensorial y emocional: habría que especificar características en sus patrones correspondientes (cognitivo-perceptivo y auto concepto o adaptación tolerancia al estrés) Falta de recursos: (=falta de recursos económicos para realizar las actividades indicadas para la persona) no condiciona el resultado de este patrón, aporta información y puede suponer un riesgo para algunas lesiones o mantenimiento de la salud o del hogar. Falta de

conocimientos: de actividades físicas necesarias para la salud; no condiciona el resultado de este patrón, supondría un déficit de conocimientos que habría que abordar, pero que se evaluaría más en profundidad en su patrón (Cognitivo Perceptivo) Actividad laboral solo aportan información.

La conducta de riesgo de accidentes, supone un riesgo de alteración del patrón. El inadecuado mantenimiento del hogar supone un patrón alterado que puede conllevar el diagnóstico enfermero “Deterioro en el mantenimiento del hogar” Test de Capacidad Funcional: El test de Barthel inferior a 80 o el de Katz con resultado de B o menor, nos conducen a un patrón alterado. Las escalas de Tinetti (marcha y equilibrio) y la de caídas cuando son positivas para el riesgo de caídas, también nos informan de un riesgo de alteración en el patrón Barreras ambientales: Aquellas que imposibilitan el acceso a las infraestructuras o servicios Definiciones relativos al ejercicio: Ejercicio: Es un tipo de actividad física en el que se realizan movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos con el fin de mantener o de mejorar uno o más componentes de la condición física. Se considera práctica de ejercicio la realización de 30 minutos al menos 3 días a la semana de forma que produzca sudoración. En ancianos es el equivalente a andar una hora diaria al ritmo que le permita su condición física. Deporte: actividad física que implica situaciones de competitividad con normas Sedentarismo: concepto basado en NO realizar al menos 25-30 minutos diarios de ocio activo. Actividad física: Movimiento corporal producido por contracciones músculo esqueléticas que genera un gasto de energía, realizado con un carácter de cierta continuidad. Actividades de ocio: el interés se centra en si la persona se entretiene o refiere aburrimiento, o no poder realizar sus actividades de entretenimiento habituales; se debe evitar transponer los conceptos propios de ocio-entretenimiento.

Patrón 5: Sueño- Descanso

Que valora: Describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día La percepción de cantidad y calidad del sueño – descanso La percepción del nivel de energía. Las ayudas para dormir (medicamentos, rutinas, etc).

Como se valora: El espacio físico (ventilación, temperatura agradable y libre de ruidos.) El tiempo dedicado al sueño u otros descansos diurnos Recursos físicos o materiales favorecedores del descanso (mobiliario...) Exigencias laborales (turnos, viajes) Hábitos socio culturales (hora de acostarse o levantarse, siestas, descansos) Problemas de salud física que provoquen dolor o malestar Problemas de salud psicológica que afecten al estado de ánimo (ansiedad, depresión) Situaciones ambientales que provoquen estados de ansiedad o estrés (duelos, intervenciones quirúrgicas) Tratamientos farmacológicos que puedan influir en el sueño (broncodilatadores, esteroides , betabloqueantes) Uso de fármacos para dormir. Consumo de sustancias estimulantes (cafeína, nicotina, abuso de alcohol) Presencia de ronquidos o apneas del sueño.

Resultado del patrón:

Se considera alterado: Si usa ayudas farmacológicas para dormir o descansar. Verbaliza la dificultad para conciliar el sueño, despertar precoz o inversión día/noche. Somnolencia diurna. Confusión o cansancio relacionado con la falta de descanso. Disminución de la capacidad de funcionamiento. Conducta irritable en relación a la falta de descanso.

Aclaraciones:

En adultos se recomienda un promedio de 7-8 horas de sueño. En niños, sus necesidades son mayores, varían en función de su etapa de desarrollo. El sueño en ancianos es un sueño fraccionado; en general suele ser de 6 horas como máximo de sueño nocturno y una y media horas diurnas. El objetivo de la valoración de este patrón es describir la efectividad del patrón desde la perspectiva del individuo, algunas personas están bien descansadas después de 4 horas de sueño, mientras que otras necesitan muchas más.

Las apneas del sueño y los ronquidos pueden ser constitutivos de otros problemas de salud y habrá que tenerlos en cuenta en ese sentido, pero si no interfieren con la sensación de descanso no alteran el patrón. Información que no condiciona el resultado del patrón: Los ítems relativos a horarios, siestas, regularidad, etc. son informativos, no condicionan el resultado del patrón, pero pueden orientar la intervención enfermera.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo

Qué valora: Patrones sensorio- perceptuales y cognitivos Nivel de conciencia de la realidad Adecuación de los órganos de los sentidos Compensación o prótesis Percepción del dolor y tratamiento Lenguaje Ayudas para la comunicación Memoria Juicio, comprensión de ideas Toma de decisiones,

Cómo se valora: Nivel de conciencia y orientación. Nivel de instrucción: si puede leer y escribir. El idioma. Si tiene alteraciones cognitivas, como problemas para expresar ideas o de memoria, dificultades para la toma de decisiones, problemas de lenguaje, de concentración, síntomas depresivos, problemas de comprensión, fobias o miedos o dificultades en el aprendizaje. Si tiene alteraciones perceptivas por problemas de visión, de audición, de olfato de gusto o sensibilidad táctil. Recoge información sobre si la persona tiene dolor, tipo, localización, intensidad y si está o no controlado, así como su repercusión en las actividades que realiza. Si tiene alteraciones de la conducta, irritabilidad, intranquilidad o agitación

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si: La persona no está consciente u orientada Presenta deficiencias en cualquiera de los sentidos, especialmente vista y oído. Hay dificultades de comprensión por idioma o por analfabetismo Presencia de dolor. Existen problemas de memoria, de concentración, de expresión o comprensión de ideas Manual de valoración de patrones funcionales 17 Hay depresión.

Existen fobias o miedos injustificados. Se dan conductas de irritabilidad, agitación o intranquilidad. Aclaraciones: Se aconseja utilizar los diferentes test o escalas validadas ya que tienen un valor añadido en la determinación de si el patrón está o no alterado. Se debe realizar otoscopia. Idioma: procurar intermediación para lenguas extranjeras y prestar atención a las variedades dialectales de la lengua castellana en función de regiones y/o países de procedencia. La presencia de vértigo puede conllevar una alteración del equilibrio, no afecta el resultado de este patrón, pero puede condicionar el de actividad-ejercicio. En este patrón en el programa informático OMI-AP, se recoge la educación para la salud, bien grupal o individual; su respuesta no condiciona el resultado del patrón.

Aclaraciones.

Se aconseja utilizar los diferentes test o escalas validadas ya que tienen un valor añadido en la determinación de si el patrón está o no alterado.

Se debe realizar otoscopia.

Idioma: procurar intermediación para lenguas extranjeras y prestar atención a las variedades dialectales de la lengua castellana en función de regiones y/o países de procedencia. La presencia de vértigo puede conllevar una alteración del equilibrio, no afecta el resultado de este patrón, pero puede condicionar el de actividad-ejercicio. En este patrón en el programa informático OMI-AP, se recoge la educación para la salud, bien grupal o individual; su respuesta no condiciona el resultado del patrón.

Patrón 7: Autopercepción- Auto concepto

Qué valora: Auto concepto y percepciones de uno mismo. Actitudes a cerca de uno mismo. Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas. Imagen corporal, social. Identidad. Sentido general de valía. Patrón emocional. Patrón de postura corporal y movimiento Contacto visual, Patrones de voz y conversación.

Como se valora: Se valora la presencia de: Problemas consigo mismo. Problemas con su imagen corporal. Problemas conductuales. Otros problemas. Cambios recientes. Datos de imagen corporal, Postura, Patrón de voz, Rasgos personales, Contacto visual, Si se siente querido, Cambios frecuentes del estado de ánimo, Asertividad / pasividad y Nerviosismo / Relajación.

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si: Existen verbalizaciones auto negativas, expresiones de desesperanza, expresiones de inutilidad. Tiene problemas con su imagen corporal y le preocupan los cambios en su imagen corporal, el miedo al rechazo de otros y el sentimiento negativo del propio cuerpo. Existen problemas conductuales.

Aclaraciones:

Manual de valoración de patrones funcionales 19 “Problemas Conductuales”:

- Patrón Alterado: la presencia de irritabilidad, agitación y angustia
- Patrón en Riesgo: conducta indecisa, confusión, deterioro de la atención “Otros Problemas”:
- Patrón Alterado: la presencia de ansiedad y depresión o la respuesta negativa a autoestima.
- Patrón en Riesgo:

Los fracasos, rechazos, ambiente familiar desfavorable, carencias afectivas, dificultad de concentración. Los “cambios recientes”, solo si se sienten como un problema alteran el patrón. Datos del examen (imagen y postura corporal, patrón de voz, contacto visual y rasgos personales), nos añaden información y ayudan a determinar si el patrón está o no alterado. Patrón alterado:

Ante la respuesta negativa a la pregunta de si se siente querido y los cambios frecuentes en el estado de ánimo. Las escalas de asertividad-pasividad y la de relax- nerviosismo que van de 5 a 1 aportan información que nos ayudará en la valoración. Las escalas de Golberg para ansiedad y depresión y la Yesavage nos ayudan en la valoración de estos problemas y por tanto en definir el resultado del patrón. El test de Scoff para el cribado de la anorexia y bulimia nos puede mostrar un desorden alimenticio relacionado con un patrón alterado de la autoimagen.

Patrón 8: Rol- Relaciones

Qué valora: El patrón de compromisos de rol y relaciones (las relaciones de las personas con los demás) La percepción de los roles más importantes (el papel que ocupan en la familia, sociedad.) Responsabilidades en su situación actual. Satisfacción o alteraciones en: familia, trabajo, relaciones sociales.

Como se valora: Familia: Con quién vive. Estructura familiar. Rol en la familia y si éste está o no alterado. Problemas en la familia. Si alguien depende de la persona y como lleva la situación. Apoyo familiar. Si depende de alguien y su aceptación. Cambios de domicilio. Grupo social: Si tiene amigos próximos, si pertenece a algún grupo social, si se siente solo Trabajo o escuela: Si las cosas le van bien en el ámbito laboral o escolar, entorno seguro,

satisfacción Datos relativos a pérdidas, cambios, fracasos, conflictos, aislamiento social, comunicación, violencia-

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si: Presenta problemas en las relaciones: sociales, familiares o laborales (escolares) Se siente solo. No tiene personas significativas (amigos, familia) Refiere carencias afectivas, falta de comunicación Tiene dificultad en las tareas de cuidador, apoyo insuficiente, cuidados negligentes... Insatisfacción con el rol o falta de motivación o de capacidad para asumirlo. Conductas inefectivas de duelo. Violencia doméstica. Abusos.

Aclaraciones:

Manual de valoración de patrones funcionales 21 Patrón eficaz:

La persona que vive sola y es autónoma. Patrón en Riesgo: las personas ancianas que viven solas, pero son independientes Patrón alterado: persona que vive sola, pero con la capacidad funcional esté alterada. Información que no condiciona el resultado del patrón: Los ítems: “convive en”, “n° de personas del grupo familiar”, “convive con”, “de quién cuida”, “de quién depende”, “rol familiar. Patrón en Riesgo: “red de apoyo familiar” contestado negativamente Información que no condiciona el resultado del patrón: La situación de la vivienda y la situación económica nos dan importante información, pero no condicionan por sí mismos el resultado de este patrón, se deben tener en cuenta. Información que no condiciona el resultado del patrón: “comparte problemas”: aporta información, pero habría que relacionarlo con el patrón de cómo se enfrenta a los problemas; su respuesta negativa no hace que el patrón esté alterado.

Los Cambios de domicilio: está referido a los ancianos que rotan periódicamente por los domicilios de los hijos. Supondría, al menos, un patrón de riesgo. La pérdida de seres queridos:

- Riesgo de alteración: la respuesta SI a pérdidas
 - Patrón alterado: tristeza prolongada, expresión de culpa, negación de la pérdida
- Información que no condiciona el resultado del patrón: La pregunta “pertenece a grupos”: la

respuesta negativa no condiciona el resultado del patrón. La violencia doméstica y/ o abusos no está recogido como campo en el protocolo OMI, pero habría que estar atentos a su presencia y en ese caso registrar el patrón como alterado, se podría aclarar en el cuadro para comentarios. Tests Una puntuación entre 46 y 56 en el test de Sobrecarga del cuidador de Zarit indica sobrecarga leve, por tanto, podríamos considerar el resultado del patrón en alto riesgo de alteración. Por encima de 56 indica sobrecarga intensa y en consecuencia hablaríamos de un patrón alterado.

El resultado del test de Apgar familiar entre 3 y 6 considera que existe una disfunción leve en la percepción familiar, es decir, hablaríamos de un riesgo de alteración del patrón; por debajo de 3 el test estima una disfunción grave y nos mostraría un patrón alterado. La escala de riesgo social no evalúa solo el patrón de rol- relaciones, es una escala más completa; si el valor está por encima de 16 indica riesgo social se debería contactar o derivar al paciente o familia a la trabajadora social La escala de apoyo social percibido, con un valor por debajo de 32 nos indica un patrón alterado. Varias preguntas de este test pueden estar relacionadas con otros patrones, especialmente con el patrón de autopercepción- autoconcepto por lo que se deberá estar atento a ellas.

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción

Qué valora: Los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad Alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales Seguridad en las relaciones sexuales. Patrón reproductivo Pre menopausia y posmenopausia Problemas percibidos por la persona.

Como se valora: Menarquía y todo lo relacionado con ciclo menstrual. Menopausia y síntomas relacionados Métodos anticonceptivos Embarazos, abortos, problemas relacionados con la reproducción Problemas o cambios en las relaciones sexuales

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si: La persona expresa preocupación respecto a su sexualidad, trastornos o insatisfacción. Existen problemas en la etapa reproductiva de la mujer. Existen problemas en la menopausia. Relaciones de riesgo.

Aclaraciones:

La sexualidad de una persona tiene componentes físicos, psicológicos, sociales y culturales, la enfermera debe valorar todos los

elementos relevantes para determinar el estado de bienestar sexual del cliente. Patrón alterado:

- Alteraciones en el ciclo menstrual (duración, frecuencia, cantidad, síndrome premenstrual y dismenorrea) hay que tener en cuenta el uso de determinados métodos anticonceptivos que pueden alterar la duración, frecuencia o cantidad.
- Contactos de riesgo Manual de valoración de patrones funcionales 24
- Los problemas de fertilidad y los de identificación sexual nos confirman una alteración del patrón Existencia de sangrado vaginal post menopáusica. Información que no condiciona el resultado: La menopausia es un período más de la vida de la mujer que no debe tratarse como una enfermedad ni medicalizarse, así, por ejemplo, las alteraciones percibidas: sofocos y sequedad, nos informarán de un patrón alterado, solo, si la mujer lo vive como un problema.

La realización de revisiones nos da información de cómo se cuida la persona, pero no condicionan el resultado de este patrón. Los ítems información sobre anticoncepción y sobre enfermedades de transmisión sexual no valoran el patrón, sirven para recordar a la enfermera que debe realizar esa actividad.

Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés

Qué valora: Las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona. Las respuestas habituales que manifiesta el individuo en situaciones que le estresan y forma de controlar el estrés. La capacidad de adaptación a los cambios. El soporte individual y familiar con que cuenta el individuo. La percepción de habilidades para controlar o dirigir situaciones estresantes. Como se valora: La enfermera instará al paciente a recordar situaciones estresantes, describir como se ha tratado y evaluar la efectividad de la forma en la que se ha adaptado a esas situaciones. Preguntará por: Cambios importantes en los dos últimos años, si

ha tenido alguna crisis. Si está tenso o relajado la mayor parte del tiempo. Qué le ayuda cuando está tenso. Si utiliza medicinas, drogas o alcohol cuando está tenso. Cuando ha tenido cualquier problema en su vida, como lo ha tratado. Si esta forma de tratarlo ha tenido éxito. Si tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza y si lo hace cuando es necesario. Resultado del patrón: El patrón está alterado si la persona manifiesta tener sensación habitual de estrés y no dispone de herramientas para controlarlo. Si ante cambios o situaciones difíciles de la vida

el individuo no es capaz de afrontarlo de forma efectiva. Si recurre al uso de medicamentos, drogas o alcohol para superar los problemas. Aclaraciones: Información que no condiciona el resultado del Patrón:

- El hecho de haya habido cambios importantes no es suficiente para decir que el patrón está alterado, lo importante es como la persona se ha adaptado a ellos o los ha superado; en ese sentido las preguntas de OMI del patrón: “Cambios”, Manual de valoración de patrones funcionales 26 “tipo”, “influencia” son orientativas. (Lo importante no es lo que ocurre, si no como lo percibe la persona).
- El “rechazo a la asistencia sanitaria”, la respuesta Si- No por si sola no nos dice nada, habría que indagar el motivo.
- Los ítems relativos al deficiente apoyo familiar habría que relacionarlos con el patrón relaciones y evaluarlos conjuntamente; en este patrón el tener deficiente apoyo, por si solo, no condiciona el resultado de este patrón ya que la persona puede solucionar sus problemas de forma autónoma.
- El ítem “desencadenantes conocidos del estrés”, aporta información. Patrón Alterado: • La respuesta afirmativa a cualquiera de los siguientes ítems: Emociones inapropiadas, negación problemas, soluciones inadecuadas, minimizar los síntomas, incapaz afrontar situación, preocupación excesiva o prolongada.
- La sensación actual de estrés, es significativa de patrón alterado.

- La respuesta positiva a la pregunta si está normalmente tenso y a si tiene problemas en la resolución son definitorios del resultado de alteración del patrón. Estrategias de adaptación al estrés: Patrón eficaz: si la persona tiene estrategias de adaptación al estrés. Por el contrario, la respuesta negativa no determina la alteración, habría que indagar más en el resto de aspectos que se valoran en el patrón. En cuanto a las ayudas para superar el estrés: la respuesta de uso de medicamentos/drogas nos confirmaría un patrón alterado; la respuesta negativa al uso de técnicas de relajación no es confirmatoria.

Patrón II: Valores y Creencias.

Qué valora: Los patrones de valores y creencias que guían las elecciones o decisiones. Lo que se considera correcto, apropiado; Bien y mal, bueno y malo. Lo que es percibido como importante en la vida. Las percepciones de conflicto en valores, creencias o expectativas relativas a la salud. Las decisiones a cerca de: tratamientos, prioridades de salud, vida o muerte. Las prácticas religiosas.

Como se valora: Si tiene planes de futuro importantes; si consigue en la vida lo que quiere. Si está contento con su vida. Pertenencia a alguna religión, si le causa algún problema o si le ayuda cuando surgen dificultades. Preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, el dolor o enfermedad.

Resultado de la valoración:

El patrón está alterado: Cuando existe conflicto con sus creencias. Tiene problemas para sus prácticas religiosas. Existe conflicto / preocupación por el sentido de la vida, la muerte, el sufrimiento, dolor, enfermedad.

Aclaraciones:

La valoración de este patrón se enfoca a lo que es importante en la vida para el paciente ya sean ideas o creencias vitales o religiosas; no se valora si las tiene, sino, si suponen una ayuda o un conflicto. De esta manera los ítems que hablan de conflicto o problema nos determinan el resultado del patrón, mientras que los otros serán informativos.

3.6.- El Diagnóstico: Análisis E Interpretación De Los Datos.

El término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, donde afirmaba que una vez las necesidades del paciente son identificadas se pasa al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería. Años más tarde Jonson, Abdellah y otros autores

Escriben y definen el diagnóstico de enfermería como una función independiente.

En 1960 hay debates sobre el uso del término diagnóstico de enfermería. Paralelamente se desarrollaron trabajos de investigación multidisciplinarios, lo que representó un aumento del conocimiento con respecto al tema que fundamentaron e impulsaron la expansión de los diagnósticos de enfermería.

En el decenio 1970-79 la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA, por sus siglas en inglés), reconoce oficialmente los diagnósticos de enfermería, ya que los incluye en los “Estándares de la Práctica de Enfermería”.

En 1973 Kistine Gebbie y Mary Ann Lavin, convocan a la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, a partir de esta conferencia surge el Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería.

En 1982 se crea la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que proporciona la estructura organizativa y estable para el desarrollo de los diagnósticos de enfermería. Convoca cada dos años al gremio a través de una Conferencia Internacional para la revisión de la clasificación de los diagnósticos de enfermería (Kozier, 1993).

En 1996 en la duodécima conferencia NANDA, celebrada en Pittsburg, se planteó el sistema de clasificación:

3.7.- Diagnósticos Enfermeros Tipos Y Formulación.

NIC: Sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

NOC: Sistema de Clasificación de Resultados.

EJE: Para el propósito de la Taxonomía NANDA-I, se define operacionalmente como la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico.

El Modelo Diagnóstico Enfermero NANDA-I muestra los siete ejes y su relación entre sí:

- Eje 1 : Concepto de diagnóstico.
- Eje 2: Sujeto del diagnóstico (persona, familia, comunidad).
- Eje 3: Juicio (deteriorado, inefectivo).
- Eje 4: Localización (vejiga, auditivo, cerebral).
- Eje 5: Edad (lactante, niño, adulto).
- Eje 6: Tiempo (agudo, crónico, intermitente).
- Eje 7: Estado del diagnóstico (real, de riesgo, de salud, de promoción de la salud) (NANDA-I 2007-2008 p. 265).

Definición

Enunciado de un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales y potenciales, a los procesos vitales de una persona, de una familia o de una colectividad. Los diagnósticos enfermeros sirven de base para pasar a la etapa de planeación (Phaneuf, M. 1999).

El juicio clínico es el acto del intelecto de emitir una apreciación, una opinión, de llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas en referencia al estado de salud de una persona.

La etiqueta diagnóstica proporciona un nombre al diagnóstico; es decir, es un término o frase que representa un patrón de claves relacionadas que puede incluir modificadores (Luis, 2005).

Ventajas

Las ventajas del diagnóstico de enfermería son:

- Adoptar un vocabulario común.

- Identificar los problemas de las personas.
- Centrar los cuidados en aspectos de enfermería.
- Ofrecer a la persona cuidados de calidad, personalizados, humanizados.
- Facilitar la coordinación del trabajo en equipo.
- Dar mayor prevención.
- Proporcionar elementos de información.
- Establecer una base para la evaluación.
- Dar al trabajo de enfermería un carácter más científico y profesional.
- Acentuar la importancia del rol de la enfermera.
- Desarrollar el saber enfermero.

3.8.- Taxonomía II De La Nanda

TAXONOMÍA NANDA/NOC/NIC

Kozier (1993) cita a Rash (1987), quién refiere que la Taxonomía es la ciencia que identifica y clasifica. También estudia teoría de clasificaciones sistemáticas incluyendo sus bases, principios, procedimientos y reglas. Un sistema de clasificación de los grupos, clases o conjuntos.

El uso del lenguaje enfermero estandarizado comenzó en el decenio 1970-79 con el desarrollo de la clasificación diagnóstica de la NANDA. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable. (Aprobado en la novena conferencia,

1990) (NANDA-I 2007-2008: 344).

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I). La NANDA se creó en el año 1973 cuando un grupo de profesionales de la enfermería se reunieron en St. Louis Missouri, y organizaron el primer National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis (North American Nursing Diagnosis Association, 1999). El año 2002 el nombre de la organización se cambió a NANDA International para reflejar mejor los miembros de numerosos países. La NANDA International es una organización de miembros dirigidos por un presidente y una junta electos. Un Comité

de Revisión Diagnóstica, revisa los diagnósticos nuevos y mejorados presentados por los miembros, y un Comité de Taxonomía añade los diagnósticos a la estructura taxonómica y perfecciona la taxonomía. La organización NANDA publica un libro de la clasificación cada dos años y patrocina The Journal of Nursing Language and Classification. En la www.nanda.org puede encontrar se más información sobre la organización y la clasificación.

El NIC (Nursing Interventions Classification). La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Joanne McCloskey Dochterman y Gloria Bulechek en la Universidad de Iowa. El equipo desarrolló la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, una clasificación global y estandarizada de

las intervenciones que realizan las enfermeras, publicada por primera vez en el 2002. A diferencia de los diagnósticos de enfermería o del resultado del paciente, donde éste es el centro de interés, en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado.

Una intervención se define como “cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados espera. Los del paciente. Las intervenciones enfermeras incluyen todas las mediaciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos como los indirectos, dirigidos a los individuos, las familias o la comunidad, ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras, médicos o por otros profesionales” (Johnson, M., 2007: 4). Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención, y una breve lista de referencias (Johnson, M., 2007). NOC (Nursing Outcomes Classification). En 1991 se creó un equipo de investigación, conducido por Marion Johnson y Merodean Maas, en la Universidad de Iowa, para desarrollar una clasificación de los resultados de pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros. El trabajo del equipo de investigación dio como resultado la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), una

clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras, publicadas por primera vez en 1997.

Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. Un resultado se define como un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera.

Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado. Las escalas permiten medir el estado del resultado en cada punto de un continuo, desde el más negativo al más positivo, así como la identificación de cambios en el estado del paciente en diferentes puntos (Johnson, M., 2007).

El beneficio de la NANDA, NIC y NOC como un lenguaje enfermero reconocido, indica que el sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil (NANDA 2007-2008).

FASES

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos tiene como finalidad la identificación del problema e inicia con la clasificación de la información. Este proceso comienza después de la valoración de enfermería y permite al personal desarrollar clases de información más manejables. También estimula la discriminación entre datos, lo cual ayuda al profesional de enfermería a centrarse en los datos que están relacionados con las necesidades concretas de la persona. La clasificación consiste en dividir la información en clases concretas y la interpretación. En la identificación de datos es importante determinar los indicios y deducciones que se desarrollan a partir de la base de conocimientos científicos de

enfermería, ayudan al profesional de enfermería a interpretar los datos. A continuación se describen las fases del diagnóstico.

Un indicio es una información sobre una determinada persona, familia o comunidad obtenida durante el proceso de valoración. Un indicio es un fragmento de datos. Es la percepción del profesional de enfermería de lo que existe, basándose en datos.

EJECUCIÓN

- Ayudar a la persona para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir en forma tranquila.
- Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona.

EVALUACIÓN

- Ayuda a determinar los criterios que indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la ejecución.
- Permite a la persona conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las 14 necesidades lo más rápidamente posible.
- La enfermera y la persona deben establecer si el plan ha sido efectivo y si hay algún cambio en el mismo.

UNIDAD IV

EJECUCION

4.1.- Problemas Interdependientes/ De Colaboración.

ACTIVIDADES SEGÚN EL TIPO DE DIAGNÓSTICO ENFERMERO:

- Real: Actividades encaminadas a la reducción, control o eliminación de las manifestaciones
- Riesgo: Actividades encaminadas a la detección temprana de datos que indiquen el problema es real
- Bienestar: Actividades para mantener o mejorar la situación

Interdependientes o problemas de colaboración:

Intervenciones propias e intervenciones prescritas por el médico.

Plan establecido Aceptación y participación del paciente Objetivos identificados Recursos existentes Conocimientos y habilidades del equipo.

FASAES DE LA EJECOSION.

- Preparación
- Intervención
- Documentación

4.2.- Formulación

Formulación del Diagnóstico de Enfermería Formato PES. P expresa el problema o respuesta que presenta la persona (relacionado con) E etiología o factor relacionado (manifestado por) S signos y síntomas o manifestaciones del problema o respuesta.

Ejemplo.

P Autoestima baja, relacionado con **(r/c)** E Separación del esposo, manifestado por **(m/p)** S tristeza y culpa (signo y síntoma) Ejemplo: P “Intolerancia a la actividad” relacionada con E “debilidad generalizada” manifestada por S “malestar y disnea de esfuerzo” Etiquetas Diagnósticas de la NANDA según las Necesidades Humanas Básicas.

4.3.-La Planificación De Cuidados. Fases, Objetivos (Taxonomía NOC) E Intervenciones (Taxonomía NIC).

PLANEACIÓN

- Sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas.
- Elección del modo de intervención.
- Determinación de actividades que implique a la persona en su propio cuidado.

4.4.- La Ejecución Sistema De Organización Del Trabajo Enfermero

EJECUCIÓN

- Ayudar a la persona para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir en forma tranquila.
- Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona.

4.5.- Etapas Del Proceso.

LA VALORACIÓN DEL PAE:

En esta etapa vamos a recoger y examinar la información sobre el estado de salud del trabajador, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud. Normalmente a esta fase se la califica como la de mayor importancia, para lo cual debemos de poner en marcha toda nuestra capacidad, experiencia y conocimientos.

DIAGNÓSTICO DEL PAE:

El Enfermero del Trabajo es un profesional que puede y debe de utilizar los diagnósticos enfermeros en el campo en el que desarrolla sus funciones y competencias, para una mejor y

más eficaz atención enfermera hacia el trabajador, en las múltiples situaciones y problemas con los que se puede encontrar. La utilización de estos diagnósticos enfermeros en el ámbito de la salud laboral, los convierten en una pieza clave para combatir las patologías en este contexto, adquiriendo una importancia especial el uso de los diagnósticos potenciales, ya que al hacerlo, el Enfermero del Trabajo va a poder detectar situaciones problemáticas antes de que se produzcan y por lo tanto se podrán tomar medidas preventivas en el trabajador para evitar su aparición. Por ello, los diagnósticos potenciales tienen una enorme importancia en el campo de la prevención, y su uso contribuirá de forma clave en el beneficio del trabajador

PLANIFICACIÓN DEL PAE:

Para alcanzar los objetivos previstos de la vigilancia de la salud, es necesaria una adecuada planificación conforme a los riesgos laborales a los que están expuestos los trabajadores 10. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al trabajador a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Para ello, es necesario establecer primero una serie de objetivos, que nos ayuden a guiar y dar forma a la planificación, como:

- Garantizar una adecuada comunicación.
- Lograr una continuidad asistencial
- Proporcionar las pautas de evaluación de la asistencia prestada al trabajador. El Enfermero del Trabajo debe de tener en cuenta que, su planificación debe de estructurarse en tres fases :

1) Orden de prioridades en el tratamiento de los problemas. Respecto a esta fase, se recomienda que un plan de cuidados correcto debe contemplar por un lado los diagnósticos de Enfermería y por otro lado los problemas clínicos existentes. Después habrá que priorizar los cuidados, identificando correctamente cuales son más urgentes y prioritarios para la salud del trabajador.

2) Objetivos a conseguir. El personal de Enfermería debe de centrarse en la toma de las medidas preventivas oportunas, orientarse en el estudio y vigilancia del diagnóstico precoz, vigilar la evolución y tomar conjuntamente con el médico del trabajo, las medidas

correctoras oportunas. Para elaborar dichos objetivos, el Enfermero del Trabajo debe de tener en cuenta

el patrón funcional o la respuesta humana alterada, y centrar los objetivos directamente en el trabajador.

3) Acciones de Enfermería. En esta fase se ponen en marcha las Intervenciones de Enfermería, que son los cuidados que van a realizar, en nuestro caso, dirigidas a promover pautas de comportamiento favorecedoras de la salud, preventivas de la enfermedad y protectoras de los riesgos medioambientales. Dichas actividades conformarán el conjunto denominado “Educación Sanitaria”. El objetivo principal de esta educación es el de estimular al trabajador a adoptar y mantener hábitos laborales inocuos, utilizar el equipo de trabajo adecuadamente y tomar sus propias decisiones para proteger su salud y mejorar las condiciones de trabajo.

LA EJECUCIÓN DEL PAE:

En esta etapa se pone en práctica el plan de cuidados, teniendo en cuenta siempre unas prioridades en base a las necesidades y posibilidades del trabajador.

La puesta en marcha de estas actividades, va a requerir que el profesional de Enfermería realice a su vez una serie de acciones encaminadas a lograr una mayor eficacia en esta fase de ejecución:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados que se prestan.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

LA EVALUACIÓN DEL PAE

Este proceso de evaluación consta de dos partes:

1) Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que se quiere evaluar. Se trata de valorar y recoger información respecto a la situación actual y final de la lesión o problema que padecía el trabajador.

2) Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del trabajador hacia la consecución de los resultados esperados, comprobando si los resultados finales

coinciden con los esperados o por el contrario no se han logrado los objetivos establecidos. En caso de ser así, el trabajador quedará incapacitado en el grado que por su estado le corresponda, pudiendo ser una incapacidad permanente parcial, total, absoluta o bien adjudicándose al trabajador la situación de gran invalidez, si las secuelas que le queden por su accidente de trabajo o enfermedad profesional así lo requieran.

4.6.- Registros De Enfermería.

Los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos. Hacer el registro de los cuidados que la enfermería proporciona diariamente a los pacientes, es una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión. Por ello, los profesionales, deben conocer no sólo el adecuado cumplimiento de los registros sino también la legislación vigente que afecte tanto a usuarios como a los profesionales de la salud. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad. Este proceso dispone de cinco etapas interrelacionadas, abordadas desde la teoría de forma individual, pero superpuestas en la práctica diaria, y que son: VALORACIÓN, DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN.

Cada una de las etapas del PAE, debe disponer de su correspondiente registro de enfermería constituyendo así: - Un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario. - Calidad de cuidados, al poder compararse con determinadas normas de calidad. - Un sistema de evaluación para la gestión de servicios enfermeros, permitiendo: La investigación en enfermería; la formación pre/post-grado y una prueba de carácter legal. Para poder organizar y registrar cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería,

Debemos clasificar las necesidades y demandas de los pacientes, según un modelo de cuidados, siendo los más utilizados: Necesidades Básicas de Virginia Henderson o Patrones Funcionales de Gordon. En base al modelo de cuidados escogido, se desarrollará el plan de cuidados de

enfermería pudiendo ser estandarizado o no estandarizado, con soporte informático o en papel y cuyo contenido permita el conocimiento del estado del paciente en cada momento del proceso de hospitalización.

Los registros de enfermería: Son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución. Son fundamentales para:

- I. Desarrollo de la enfermería: La enfermería como disciplina profesional se desarrolla en base a la existencia de documentos a través de los cuales los profesionales dejemos constancia de todas las actividades que llevemos a cabo en el proceso de cuidados: o Posibilitan el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia, de la del resto del equipo; manifestando así el rol autónomo de la enfermería. O Facilitan la investigación clínica y docencia de enfermería, ayudando así, a formular protocolos y procedimientos específicos y necesarios para cada área de trabajo. o Conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios tanto, materiales como personales, adecuándolos a las necesidades generadas en cada momento, permitiendo, por un lado, el análisis del rendimiento, y por otro el análisis estadístico. Tienen una finalidad jurídico-legal, considerándose una prueba objetiva en la valoración del personal sanitario respecto a su conducta y cuidados al paciente. Por lo

tanto, sólo a través del registro de todo aquello que la enfermera realiza, podremos transformar el conocimiento común sobre los cuidados en conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinario y profesional.

2. **Calidad de información:** La calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto, los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legitimesen la actuación del profesional sanitario. Todas éstas normas para mejorar la calidad de información tiene como base, principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales, como el derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía y a la información del paciente.

4.7.- Criterios De Cumplimentación.

PRECISIÓN Y EXACTITUD:

- Deben ser precisos, completos y fidedignos.
- Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa.
- Expresar sus observaciones en términos cuantificables.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto
- Se debe hacer constar fecha, hora
- firma legible de la enfermera responsable.

Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. “Lo que no está escrito, no está hecho”

LEGIBILIDAD Y CLARIDAD: Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.

- Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.
- Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente
- Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.

- No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado “error” con firma de la enfermera responsable.
- Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más dos apellidos completos
- No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas.

SIMULTANEIDAD: Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.

- Evitando errores u omisiones.
- Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente.

- Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas. Ej: Si se registra “ha descansado bien toda la noche” y a las 6:00h se produce una PCR, el registro ya no es fidedigno.

HOJAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

- Se debe anotar TODA la información acerca de los medicamentos, para cada uno de ellos que se administre se debe anotar fecha, hora y las iniciales de la enfermera responsable.
- Si las órdenes médicas no están claras o la caligrafía es ilegible, se debe pedir al médico que las aclare y lea la prescripción.
- No se deben tomar órdenes verbales o telefónicas, en caso necesario, repita la orden confirmándola así, y pedir el nombre y apellidos del médico que lo prescribe; a continuación, registrarlos. Ej: A las 16:00, el Dr. J. Matas, prescribe telefónicamente paracetamol 1gr. vía oral.
- Si otra enfermera administra medicación, también se deberá anotar su nombre y hora a la que lo realizó.

NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTROS:

Aquello que no se debe anotar:

- Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente. Ej.: El paciente se muestra agresivo verbalmente con el personal de enfermería, en lugar de paciente agresivo
- No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros.
- No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como “accidentalmente”, “de alguna forma”.
- No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal y como ocurren
Ej.: Informes de caídas No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad
- No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si esta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas. La realización correcta de los registros, puede ser nuestra mejor defensa ante un problema legal.

BIBLIOGRAFIA

Brady M, Kinn S, Stuart P: Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications, *Cochrane Database Syst Rev* (4):CD004423,2003.

romboembolism: The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy, *Chest* 126(Suppl):338S, 2004.

Geerts WH, et al: Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines, *Chest* 133:381S, 2008.

Gupta A, et al: Postoperative analgesia after radical retropubic prostatectomy: a double-blind comparison between low thoracic epidural and patient-controlled intravenous analgesia, *Anesthesiology* 105(4):784,2006.

Hansdottir V, et al: Thoracic epidural versus intravenous patient-controlled analgesia after cardiac surgery:

Randomized controlled trial on length of hospital stay and patient-perceived quality of recovery, *Anesthesiology* 104(1):142,2006.

Fundamentos de enfermería. Eva Reyes Gómez. Ciencia, metodología y tecnología, 2a edición 2015 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Fundamentos de Enfermería Patricia A. Potter 8 Edición 2015 Elsevier España, S.L. Travessera de Gracia, 17-21 - 08021 Barcelona, España.