

**UDS**

**ANTOLOGIA**

# FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA II

## *LICENCIATURA EN ENFERMERIA*

## *SEGUNDO CUATRIMESTRE*

---

## Marco Estratégico de Referencia

---

### ANTECEDENTES HISTORICOS

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 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 de Primaria 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 tarde.

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 septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas 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 18 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 nuestras propias instalaciones en la 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, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 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 nuestras propias instalaciones en la 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, aplicando altos estándares de calidad Académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

## **VISIÓN**

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra Plataforma Virtual tener una cobertura Global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

## **VALORES**

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

## ESCUDO



El escudo de la UDS, 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”

## ALBORES



Es nuestra mascota, un 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.

---

## FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA 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.

## INDICE

### Contenido

UNIDAD I.....	9
FUNDAMENTOS TEORICOS, BASES CONCEPTUALES ENFERMERAS.....	9
<b>1.1.- Concepto De Enfermería:</b> .....	9
<b>1.2 Análisis De La Situación Actual De La Enfermería.....</b>	10
<b>1.3 La Enfermería Como Profesión Y Como Disciplina Científica. ....</b>	11
<b>1.4 Intervenciones independientes e interdependientes. ....</b>	14
<b>1.5 Los Paradigmas En Enfermería Conceptos Teóricos De Persona, Entorno, Salud Y Rol Profesional.....</b>	17
<b>1.6. Tendencias Y Escuelas De Pensamiento En Enfermería .....</b>	22
<b>1.7. Paradigma De Categorización. ....</b>	24
<b>1.8. Tendencia Naturalista: Florence Nightingale. Asunciones, Proposiciones Y Elementos Fundamentales. ....</b>	26
UNIDAD II.....	30
PRINCIPALES CARACTERISTICAS .....	30
<b>2.1. Paradigma De La Integración.....</b>	30
<b>2.2. Tendencias De Suplencia Y Ayuda .....</b>	31
<b>2.3.- Escuela De Necesidades De Virginia Henderson; Dorotea Orem .....</b>	33
<b>2.5. Paradigma de la Integración. Tendencias de interrelación. Escuela de interacción: Hildegard Peplau.....</b>	41
<b>2.6 Asunciones Proposiciones Y Elementos Fundamentales. ....</b>	43
<b>2.7. Escuela De Efectos Deseables: Callista Roy.....</b>	45
<b>2.8.- Paradigma De La Transformación.....</b>	50
<b>2.9.- Madeline Leininger Cultura De Los Cuidados, Teoría De La Diversidad Y De La Universalidad.....</b>	54
UNIDAD III.....	58
GENERALIDADES .....	58
<b>3.1.- Introducción A La Metodología Enfermera. ....</b>	58
<b>3.2.- El Proceso De Enfermería.....</b>	61
<b>3.3.- La Valoración Concepto, Objetivos Y Fases .....</b>	64
<b>3.4.- La Observación, La Exploración Y La Entrevista.....</b>	67
<b>3.5.- Organización De La Información: Guía De Valoración Según Los Patrones Funcionales De Salud De Marjory Gordón (ABP) .....</b>	71
<b>3.6.- El Diagnóstico: Análisis E Interpretación De Los Datos.....</b>	79

<b>3.7.- Diagnósticos Enfermeros Tipos Y Formulación.....</b>	<b>80</b>
<b>3.8.- Taxonomía II De La Nanda.....</b>	<b>82</b>
UNIDAD IV .....	86
EJECUCION.....	86
<b>4.1.-La Planificación De Cuidados, Faces y Objetivos .....</b>	<b>86</b>
<b>4.2.- Intervenciones Interdependientes/ De Colaboración. ....</b>	<b>88</b>
<b>4.3.- Intervención De Enfermería .....</b>	<b>90</b>
<b>4.4.- Registros De Enfermería. ....</b>	<b>92</b>
<b>4.5.- Criterios De Complimentación. ....</b>	<b>94</b>
<b>4.6.- La Evaluación, Resultados y Logro de objetivos.....</b>	<b>96</b>
BIBLIOGRAFIA .....	99

## UNIDAD I

### FUNDAMENTOS TEORICOS, BASES CONCEPTUALES ENFERMERAS

#### 1.1.- 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. 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. El International Council of Nurses 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. Las habilidades del pensamiento crítico son esenciales en enfermería. 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.

### **I.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, meticulosa 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.

#### **I.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.

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.

## **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. 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.

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 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.

**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. 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. Según Colliere “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, que implica la puesta en práctica de valores como respeto, libertad, solidaridad y amor.

Con relación al amor, Silva MJ 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. 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, 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 .

Es importante enfatizar que estos dos tipos de cuidados deben mantener un equilibrio permanente en la práctica 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.

## 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.

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 teoristas 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 teoristas 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 conocedora 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. 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 metodológico, 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.

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. 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. 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 Kuhn 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. 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, el Paradigma de categorización, en el cual todo fenómeno viene de algo y ha inspirado dos orientaciones la salud pública y enfermedad; el Paradigma de integración, va en relación a la orientación de los cuidados de enfermería hacia la persona; y el Paradigma de la transformación, donde cada fenómeno es único e irrepetible.

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.

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”. Enfermería, no pudo quedar ajena a esa inquietud reformista.

**1.8. Tendencia Naturalista: Florence Nightingale. Asunciones, Propositiones 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, 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.

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, 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.

### **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 CARACTERÍSTICAS

#### 2.1. Paradigma De La Integración.

En este paradigma se reconocen los elementos y las manifestaciones de un fenómeno integrando el contexto específico en el que se sitúa. 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 metaparadigma 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.

#### 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 y su primera definición de ENF. En 1966- Desarrolló 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 enfermería tiene funciones propias y comparte actividades con otros profesionales, pero teniendo como centro de atención al paciente. 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.

Los 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 des el 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 interdisciplinaria 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.

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». 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 cuidados enfermeros centrados en el paciente. 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 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. 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:

- 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.
- 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 autocuidarse 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.

### **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.

### **Epistemología.**

Hizo incorporaciones de las Ciencias de la Conducta, así como de los trabajos de Sigmund Freud, Erich Fronun, 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 Hildegarde 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, observó 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 ha extraído de la teoría de los niveles adaptación de Helson y de la teoría general de los sistemas de vonBertalanffy, los elementos clave para elaborar su modelo conceptual. Los principios filosóficos subyacentes en los postulados del modelo de Royson los del humanismo y de la veritivite Roy. La veritivite, 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, 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. 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.

### **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 consiente 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 cuatros 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 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 reacción<sup>2</sup> (particular-determinística).

La veritivity, término acuñado por Roy, se define como principio de la naturaleza que afirma una finalidad común de la existencia humana<sup>4</sup>, 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”.

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 teórica 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

Madeleine Leininger 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.

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 práctica 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

**ENTORNO** Todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales

**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.

Diversidad de los cuidados culturales: Variación y/o diferencia que existe en los significados, modelos, valores, modos de vida 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.

**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. La teoría de enfermería transcultural cumple el criterio de generalidad, ya que su orientación cualitativa la convierte en amplia extensa y universal

Precisión Empírica Se han descubierto 135 estructuras asistenciales, un número en continuo aumento conforme crece la riqueza de los conocimientos transculturales.

Consecuencias Deducibles 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.

- 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. 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.

Kozier, plantea la evolución de las etapas del proceso de enfermería. En el año de 1953, Fry propuso que la enfermería podría ser más creativa mediante la formulación de diagnósticos y un plan de cuidados individualizado para favorecer una práctica más independiente y no estar guiada a una práctica sujeta a las indicaciones médicas. No apoyaron su propuesta en aquel tiempo, hasta muchos años después.

El proceso de enfermería lo conceptualiza Alfaro “como una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar de forma continua lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlos”.

En la actualidad Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G, mencionan que:

- ✓ “El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería. Su propósito es identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades. El proceso de enfermería es cíclico; es decir, que sus componentes siguen una secuencia lógica, pero puede intervenir más de un componente a la vez. Al final del primer ciclo puede continuar con una reevaluación o el plan de asistencia puede modificarse”.

Por lo anterior, el proceso de enfermería en la actualidad hace que se adapte a cada circunstancia específica del individuo, familia y comunidad, se sustenta en un marco teórico que le da una amplia base de conocimientos, tanto de la disciplina como aquellas que le son afines; además favorece el pensamiento crítico, sólidas habilidades interpersonales y técnicas, y sobre todo la capacidad para cuidar, así como el deseo de hacerlo.

El propósito principal es construir una estructura teórica que pueda cubrir las necesidades del individuo, la familia y la comunidad. Es decir, garantizar la calidad en los cuidados y la calidad de vida.

Las ventajas son las oportunidades generadas por la aplicación del proceso de enfermería en el campo profesional de la enfermera o enfermero como a continuación se especifican:

- La satisfacción por el trabajo y potencia el desarrollo profesional.

- La satisfacción profesional; planes escritos de manera perfecta ahorran tiempo y energía, evitando la frustración generada por los ensayos y errores de la práctica de la enfermería.
- Favorece la continuidad de los cuidados, lo que da lugar a un ambiente seguro y terapéutico.
- Proporciona cuidados individualizados porque la persona participa de forma activa, proporciona datos para la valoración, valida el diagnóstico de enfermería, confirma los resultados y las actuaciones, ayuda en su ejecución y proporciona antecedentes para la evaluación.
- El proceso de enfermería demuestra el alcance de la práctica de enfermería, basándose en su formación y marco de actuación y rol profesional.
- Potencia el desarrollo profesional, el proceso de enfermería favorece el desarrollo de las capacidades cognitiva, técnica e interpersonal. Este proceso proporciona el sistema para la ejecución de las conductas del rol profesional de enfermería.
- La utilización de un método sistemático para la prestación de cuidados de enfermería mejora también la calidad de los cuidados.

El proceso de enfermería tiene cualidades esenciales que lo caracterizan lo cual le dan un carácter propio a este método de cuidado:

- ✓ **Sistemático:** cada una de las etapas con fines didácticos se separan para su comprensión, pero en la implementación cada una de ellas se interrelaciona para el logro del objetivo del proceso de enfermería.
- ✓ **Dinámico:** el ser humano por naturaleza puede cambiar, en un instante, en lo emocional, físico y social, por tal motivo cada etapa se adecuará a las necesidades de la persona, familia o comunidad.
- ✓ **Interactivo:** es fundamental durante la implementación del método del cuidado, donde el profesional de enfermería se relaciona con la persona, la familia y la comunidad, lo cual es esencial para la individualización de dichos cuidados.
- ✓ **Flexible:** los escenarios de práctica del profesional de enfermería en la actualidad se centran en cuatro ámbitos: asistencial, educativo, administrativo e investigación, y el proceso de enfermería se puede adaptar a cada uno de ellos, siempre y cuando se den cuidados al individuo, familia, comunidad o ambos. Asimismo, sus

etapas se pueden dar de manera consecutiva y concurrente, es decir, que puede la enfermera (o) utilizar más de una etapa a la vez.

- ✓ **Sustentarse teóricamente:** por las características propias del proceso de enfermería y sus etapas, tiene la cualidad de adaptarse con base en un modelo teórico de la enfermería.

### ETAPAS

Las etapas son la propuesta del método de cuidado, ya que se requiere de medios y procedimientos para actuar; es decir, mientras el método sería el elemento conceptual utilizable para la coordinación de las operaciones, las etapas serían los elementos concretos para aplicar el proceso. Las etapas son cíclicas, dinámicas e inseparables, pero estructuradas en secuencia lógica para ser una guía que orientará al profesional de enfermería la forma en que actuará considerando la situación de salud muy particular de cada persona, familia y comunidad.

En la actualidad, las etapas del proceso de enfermería son cinco. Se sabe que se inicia con la valoración, pero de forma paralela se diagnostica, planifica, ejecuta, evalúa, y cada una de ellas se sobrepone porque la persona como ser humano es cambiante dependiendo del entorno y las relaciones interpersonales que tenga con la familia, amigos y equipo de salud. No cabe duda que cuando la enfermera inicia un proceso enfermero para el cuidado de una persona, está sintetizando de manera simultánea conocimientos de pensamiento crítico, experiencia, estándares y actitudes.

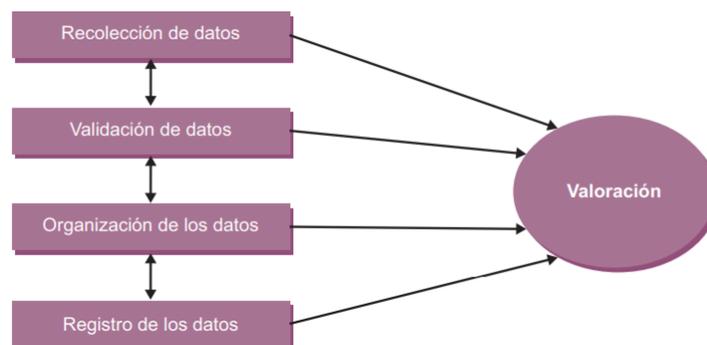


### 3.3.- La Valoración Concepto, Objetivos Y Fases

La valoración, primera etapa del proceso, debe organizarse y sistematizarse para la recopilación de información sobre la situación de salud de la persona y su entorno mediante diversas fuentes. Se considera un paso muy importante porque todas las decisiones e intervenciones se basan en la información obtenida de esta etapa.

**Definición:** Consiste en reunir toda la información necesaria para obtener una imagen, lo más clara y completa posible de las necesidades de la persona, sus problemas y sus capacidades. Permite a la enfermera conocer a la persona que va a cuidar y determinar cuales es su situación actual.

**Fases:** La etapa para su interpretación e implementación requiere de fases: es importante considerar, que al igual que las etapas, las fases se separan para profundizar en los aspectos teóricos de la valoración y medios para su aplicación, pero en la práctica se dan de manera simultánea.



#### RECOLECCIÓN DE DATOS

Es esencial porque se inicia el primer contacto con la persona, familia o comunidad, es un proceso dinámico y continuo.

¿Qué es un dato? Es información que la persona, familia, comunidad o ambos vierten sobre su estado de salud.

La recolección de datos es la obtención de la información referente a las condiciones, desde el punto de vista holístico, de la salud de la persona, familia o comunidad. Debe reunir las siguientes características: ser completa, sistemática y ordenada, seguir el modelo teórico (necesidades, patrones funcionales, requerimientos universales que plantea Orem, por mencionar algunos) bajo el cual se sustenta el proceso de enfermería,

porque con base en él permitirá tener una secuencia para la obtención de datos, el análisis de los datos y facilitando con ello la implementación de las demás fases.

Se clasifica en inicial y focalizada. La inicial se da en la primera entrevista con la persona y constituye el punto de partida para determinar el problema o necesidad prioritario (a) del individuo, sus hábitos y comportamiento, tratando siempre de ver al ser humano de una manera holística. La focalizada consiste en identificar de manera concreta el problema; es decir, es la búsqueda de la información en una dirección determinada, a través de ella se confirma o descarta un problema sobre un punto específico de la persona (cabeza, abdomen, hábitos, sueño, entre otros).

**Clasificación de los datos.** En el cuadro se muestra cómo pueden clasificarse los datos, según sus características.

Clasificación de los datos	
Datos	
Subjetivos	Objetivos
Se obtienen de la opinión y percepción de la persona sobre sí misma y su situación de salud, por ejemplo, ideas, síntomas, sentimientos, acontecimientos o ambos, de los cuales la enfermera no tiene la seguridad de confirmar en el momento, pero que son esenciales para confirmar o descartar un diagnóstico de enfermería	Como su nombre lo indica, es información observable y medible, la enfermera tiene la garantía que están sucediendo en el momento y los puede confirmar a través de la observación, exploración física o ambas. En este caso como ejemplo están los signos (cianosis, ictericia, tumoración en el cuadrante superior derecho)

**Fuentes para la obtención de los datos.** Significa de dónde se puede originar la información y se pueden obtener de diferentes formas: primaria o directa y secundaria o indirecta. La fuente directa es la persona a la que se va a cuidar, es quien proporciona los datos principales referente a su condición de salud y su entorno. La fuente indirecta se considera la familia (cuando el individuo está incapacitado para responder), el equipo de salud y el expediente (se recaban datos históricos, actuales de estudios de laboratorio, diagnóstico, pronóstico, indicaciones médicas, entre otros, esenciales para comprender la situación actual de la persona), esta información verifica, clarifica o incrementa la información obtenida de la fuente primaria.

**Medios y técnicas para la recolección de los datos.** Son los apoyos para el profesional de enfermería, mediante los cuales podrá obtener la información:

- Observación.
- Entrevista.

- Exploración física.

La observación es un proceso deliberado, que incluye atención voluntaria y la inteligencia, orientadas por un objetivo, para obtener información. Es la percepción intencionada, orientada al estudio de los fenómenos de la realidad. Es un sistema lógico, se realiza a través de los órganos de los sentidos, debe ser selectiva, objetiva, ilustrada y ordenada, pero además, son fundamentales el conocimiento y la experiencia de la enfermera para una observación estructurada.

Entrevista y exploración física serán vistas más adelante.

### VALIDACIÓN DE LOS DATOS

Validar es verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos. Consiste, también en analizar la información con el fin de identificar posibles vacíos o incongruencias. Es fundamental para evitar la omisión de información relevante, realizar interpretación incorrecta, llegar a conclusiones precipitadas o ambas, a través de:

- Revisar los propios datos (escala de medición).
- Solicitar que otra persona recolecte el mismo dato.
- Identificar que no existen factores transitorios.
- Revisar los datos críticos.
- Comprobar congruencia entre los datos

### ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Consiste en la agrupación de los datos en categorías de información de forma que tengan sentido, puedan verse las relaciones entre ellos e identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales. Es importante considerar también el marco teórico que está sustentando el proceso de enfermería; por ejemplo, si es el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, dicha agrupación será por necesidades.

### REGISTRO DE LOS DATOS

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física. Las ventajas que ofrece el registro de los datos se centran en: “Favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria,

facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería”:

- Cumplir normas.
- Evitar juicios de valor.
- Escribir de forma textual lo que el usuario expresa mediante entrecomillado (“ ”).
- Acompañar las interferencias con la evidencia respectiva.
- Evitar tachaduras o aplicación de corrector y especificar como error/correcto.
- Informar situaciones relevantes e importantes.
- Realizar anotaciones claras, completas y concisas.

En este sentido se sugiere seguir las siguientes recomendaciones para el registro de los datos:

- Escribir con letra clara y con tinta indeleble.
- Evitar dejar espacios en blanco.
- Cuidar la ortografía y evitar abreviaturas.
- Anotar siempre la fecha y hora en que se realiza el registro.
- Escribir toda la información que proporcionó el equipo de salud.
- Registrar cuando un usuario o su familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica.

### **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 **medios y técnicas para la recolección de los datos**. Son los apoyos para el profesional de enfermería, mediante los cuales podrá obtener la información:

- Entrevista
- Observación
- Exploración

**La observación** es un proceso deliberado, que incluye atención voluntaria y la inteligencia, orientadas por un objetivo, para obtener información. Es la percepción intencionada, orientada al estudio de los fenómenos de la realidad. Es un sistema lógico, se realiza a través de los órganos de los sentidos, debe ser selectiva, objetiva, ilustrada y ordenada, pero además, son fundamentales el conocimiento y la experiencia de la enfermera para una observación estructurada.

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.

La **entrevista** es una conversación dirigida entre dos personas con dos finalidades: dar y obtener información a través de:

- Recoger información para identificar problemas.
- Iniciar la relación enfermera-persona, creando un clima de confianza y respeto.
- Disminuir la ansiedad del paciente proporcionando la información necesaria.
- Motivar al paciente a participar de manera activa en todo el proceso de cuidado.

La entrevista para su desarrollo se estructura por etapas las cuales son:

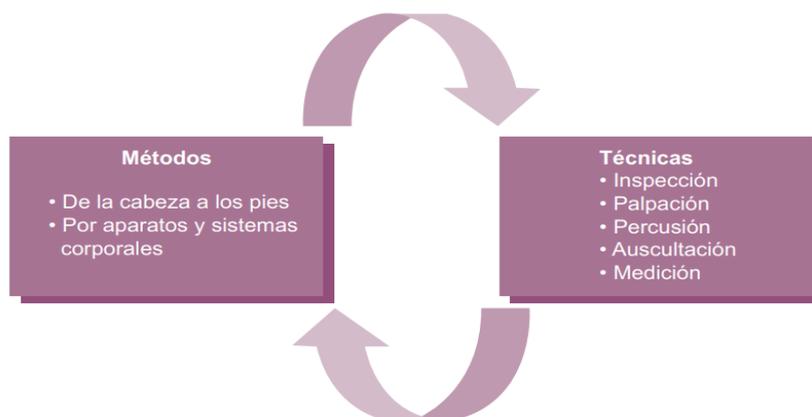
- Introducción o presentación en la que se debe considerar lo siguiente: objetivo, concretar el tiempo, iniciar pregunta abierta.
- Conversación: busque y dé información, verifique los datos obtenidos, anote los datos.
- Resumen: sintetizar la información en orden de importancia, preguntar si quiere añadir algo.

La finalidad de la entrevista dependerá de los objetivos planteados por el/la entrevistador/a y del enfoque, así vemos que esta técnica no es exclusiva de ningún profesional, ya que la emplean todos aquellos profesionales de la salud que atienden a

personas en problemas diversos. La finalidad de la entrevista clínica desde la perspectiva de la enfermera es:

- Adquirir información específica y necesaria, tanto a nivel verbal como no verbal, para identificar los problemas de salud. Se realiza durante todo el proceso de cuidados, pero sobre todo al inicio de la relación interpersonal (fase de orientación de la relación de ayuda), permitiendo conocer al paciente/cliente y familia con la que vamos a interactuar.
- Facilitar la administración de cuidados de calidad, ya que el profesional de enfermería y el alumno/a tras recoger los datos y convertirlos en información, puede formular diagnósticos enfermeros y planificar las actividades en base a ellos,
- Garantizar con la recogida de información continua la valoración de los cuidados individuales y su documentación.

La **exploración física** es el estudio sistemático del paciente para encontrar evidencias físicas de capacidad o incapacidad funcional. Antes de iniciar la valoración, es importante preparar el entorno en cuanto a iluminación, temperatura, limpieza, así como contar con el material y equipo necesario para su realización. Además es indispensable crear una atmósfera de confianza y cordialidad para que comunique sus temores ante el procedimiento. Se le proporciona una bata y se le indica que vacíe la vejiga para sentirse más relajado. Sus objetivos son: confirmar los datos obtenidos a través del interrogatorio y detectar nuevos signos y determinar el estado de un problema real o potencial. La exploración física para que se proporcione de manera sistemática y concreta debe seguir métodos y técnicas específicas como a continuación se especifican.



**Objetivos:**

- Detectar características físicas y datos anormales en relación con el crecimiento y desarrollo normales.
- Descartar o confirmar datos obtenidos en la historia de enfermería.
- Obtener datos que ayuden a establecer diagnósticos de enfermería y un plan de cuidados.
- Identificar áreas para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La inspección

Método de exploración física que se efectúa por medio de la vista, para realizarla de manera directa la enfermera hace uso de los sentidos, en específico la vista y de manera indirecta utiliza instrumentos como otoscopio, rinoscopio, entre otros, para la exploración visual de la persona y a través de ella se obtienen datos como el tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.

La palpación

Es el proceso de examinar el cuerpo, se utiliza el sentido del tacto, sus objetivos son: Detectar la presencia o ausencia de masas, dolor, temperatura, tono muscular y movimiento. Corroborar los datos obtenidos durante el interrogatorio e inspección.

la palpación se divide en:

Según el tipo de exploración:

- Tacto: mediante uno o dos dedos. Se utiliza para exploración de cavidades rectal y vaginal.
- Manual: sencilla o bimanual; en esta última se emplean ambas manos, una para sentir (se coloca contra el abdomen) y la otra como mano activa aplicando presión mediante las protuberancias blandas de la palma de mano pasiva

La percusión

Es el método de exploración física que consiste en golpear con suavidad la mano o instrumentos cualquier segmento del cuerpo. Consiste en golpear la superficie del cuerpo con el dedo o los dedos para provocar sonidos. A través de esta técnica se tienen el tamaño, densidad, límites de un órgano y localización. Los sonidos producidos por la percusión se pueden describir como mates, sordos, resonantes o timpánicos.

Sus objetivos: Producir movimientos, dolor y obtener sonidos para determinar la posición, tamaño y densidad de una estructura subyacente. Determinar la cantidad de aire o material sólidos de un órgano.

La percusión se divide en:

- Directa o inmediata: se golpea de forma directa la superficie del cuerpo con los dedos de manera suave, breve y poco intensa.
- Digitodigital: se realiza percutiendo con un dedo de la mano derecha sobre otro dedo de la mano izquierda, sobre la región a explorar.
- Indirecta: armada o instrumental, mediante golpes sobre cualquier superficie osteomusculoarticular.

La percusión debe ser suave, superficial y de igual intensidad.

### La auscultación

Es el método de exploración física que se efectúa por medio del oído, consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se puede realizar de manera directa utilizando el sentido del oído, y para realizar la técnica indirecta se utilizan instrumentos como el estetoscopio. Con la técnica se recolecta información como las características de los ruidos pulmonares, cardiacos e intestinales. Le permitirá identificar frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos auscultados.

Sus Objetivos: Valorar ruidos o sonidos producidos en los órganos (contracción cardiaca, soplos cardiacos, peristaltismo intestinal, sonidos pulmonares, entre otros). Detectar anomalías en los ruidos o sonidos fisiológicos mencionados.

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

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 parte; 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.

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 o 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 o informes de otros profesionales.

### **Patrón 1: 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.

### **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.

### **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.

### **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. 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 cardiacos 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.

### **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.

### **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. Hay depresión. Existen fobias o miedos injustificados. Se dan conductas de irritabilidad, agitación o intranquilidad.

### **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.

### **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.

### **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.

### **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.

### **Patrón 11: 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.

### 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.

#### **Validación de los datos**

Validar es verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos. Consiste, también en analizar la información con el fin de identificar posibles vacíos o incongruencias. Es fundamental para evitar la omisión de información relevante, realizar interpretación incorrecta, llegar a conclusiones precipitadas o ambas, a través de:

- Revisar los propios datos (escala de medición).
- Solicitar que otra persona recolecte el mismo dato.
- Identificar que no existen factores transitorios.
- Revisar los datos críticos.
- Comprobar congruencia entre los datos.

#### **Organización de los datos**

Consiste en la agrupación de los datos en categorías de información de forma que tengan sentido, puedan verse las relaciones entre ellos e identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales. Es importante considerar también el marco teórico que está sustentando el proceso de enfermería; por ejemplo, si es el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, dicha agrupación será por necesidades, si es por la Teoría de Dorotea Orem se realizará la organización de los datos por medio de los requerimientos universales.

### **Registro de los datos**

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física. Las ventajas que ofrece el registro de los datos se centran en: “Favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería”:

- Cumplir normas.
- Evitar juicios de valor.
- Escribir de forma textual lo que el usuario expresa mediante entrecomillado (“ ”).
- Acompañar las interferencias con la evidencia respectiva.
- Evitar tachaduras o aplicación de corrector y especificar como error/correcto.
- Informar situaciones relevantes e importantes.
- Realizar anotaciones claras, completas y concisas.

En este sentido Rodríguez sugiere seguir las siguientes recomendaciones para el registro de los datos:

- Escribir con letra clara y con tinta indeleble.
- Evitar dejar espacios en blanco.
- Cuidar la ortografía y evitar abreviaturas.
- Anotar siempre la fecha y hora en que se realiza el registro.
- Escribir toda la información que proporcionó el equipo de salud.
- Registrar cuando un usuario o su familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica.

## **3.7.- Diagnósticos Enfermeros Tipos Y Formulación.**

### **Antecedentes**

Es la segunda etapa del proceso de enfermería, el término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, donde afirmaba que una vez identificadas las necesidades del paciente se pasa al siguiente apartado: formular un diagnóstico de

enfermería. Años más tarde Johnson, 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. De forma paralela 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 de manera oficial 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.

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

**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)

**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. 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.

**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 cita a Rash, 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 diagnóstico de enfermería proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.

El diagnóstico enfermería es un referente metodológico de los cuidados dentro del proceso de atención de enfermería, tiene una importancia fundamental por representar la identificación del problema que atenderá el personal de enfermería, el que servirá de base para elegir las intervenciones de enfermería que permitan conseguir los resultados esperados; es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad a problemas de salud o de procesos vitales reales o potenciales.

**NOC (por su nombre en inglés *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.

Los resultados representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o sostenidos que se quieren alcanzar en las personas, familia o comunidad, como consecuencia de los cuidados de enfermería. 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. El indicador se refiere a los criterios que permiten medir y valorar los resultados de las intervenciones de enfermería utilizando las escalas, éstas 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.

**NIC (por su nombre en inglés *Nursing Interventions Classification*).** A diferencia de los diagnósticos de enfermería o del resultado del paciente, donde éste es la temática principal, en las intervenciones de enfermería y 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. Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería.

**Las intervenciones de enfermería** son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades. Las intervenciones de enfermería pueden ser:

- Interdependientes: actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, entre otros.
- Independientes: acciones que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, para las cuales está legalmente autorizada a realizar gracias a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren la indicación médica previa.

**Las actividades de enfermería** son todas las acciones que realiza la enfermera para llevar a cabo la intervención y que le permitirá avanzar hacia el resultado esperado. También una intervención se define como “cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados 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”.

### 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.

**Formulación del diagnóstico de enfermería:** La formulación del diagnóstico de enfermería va a depender del tipo de diagnóstico que se haya identificado a partir del análisis realizado. La NANDA-I 2012- 2014, plantea cuatro formas distintas:

1. Diagnóstico de enfermería de promoción de la salud. Comportamiento motivado por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano en relación con la salud.
2. Diagnóstico de enfermería de riesgo. Vulnerabilidad, en especial como resultado de estar expuesto a factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida.

3. Diagnóstico de enfermería real. Existente en realidad, que está en ese momento
4. Síndrome es un juicio clínico que describe un conglomerado específico de diagnósticos enfermeros que ocurren juntos y que se tratan mejor en conjunto a través de intervenciones similares.

**Validación del diagnóstico de enfermería:** Es el procesamiento de datos, en esta fase el profesional de enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos. Esto se consigue con mayor frecuencia mediante la interacción directa con la persona, familia o comunidad y consultando con otros profesionales del equipo de salud, a fin de comparar los datos con una referencia autorizada.

**Registro del diagnóstico de enfermería:** El registro va a depender de las recomendaciones que se hicieron en la etapa de valoración y también del tipo de diagnóstico de enfermería, es importante considerar que en el momento que se plantea un diagnóstico de enfermería es porque el profesional tiene injerencia en el cuidado de la persona, familia y comunidad y de sí mismo será líder ante otros profesionales del área de la salud. Si es un diagnóstico de enfermería real, éste se estructura por tres enunciados: el primero indica el problema (P), el segundo la etiología o causa del problemas (E) y el tercer enunciado muestra la sintomatología y los signos (S); en su conjunto a esta estructura se le ha denominado formato PES.

El diagnóstico de enfermería de riesgo, sólo se conforma por dos enunciados: el primero es el problema y el segundo la posible causa que probablemente lo está generando y esto permite al profesional plantear intervenciones de prevención para que no se manifieste el problema. El diagnóstico de enfermería de salud y promoción de la salud es un enunciado que indica las fortalezas que la persona, familia o comunidad tienen para seguir estilos de vida saludables.



## UNIDAD IV

### EJECUCION

#### 4.1.-La Planificación De Cuidados, Faces y Objetivos

Elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona

##### **FACES**

Las fases de la planeación son las siguientes:

**Establecer prioridades:** Las prioridades en las intervenciones de enfermería dependen del diagnóstico de enfermería, es donde se concluye la identificación del problema, en el cual se debe centrar el cuidado, y realizar acciones inmediatas en aquellas manifestaciones que representan una amenaza para la vida de la persona o según las circunstancias, determinar medidas de prevención de riesgos que la comunidad, familia o individuo presentan. La clasificación de las prioridades son altas, intermedias o bajas, según el escenario donde se encuentre la persona y las condiciones de salud en las que esté.

**Elaborar objetivos** El establecimiento de diagnósticos de enfermería y prioridades individualizadas ayuda a determinar los objetivos de cuidados, que se definen como pautas para la selección de las intervenciones enfermeras y los criterios para su evaluación. El propósito de registrar los objetivos y los resultados esperados se centra en proporcionar una guía para las intervenciones enfermeras individualizadas y en formular estándares para determinar la eficacia de las intervenciones.

Cada formulación de objetivos y resultados esperados debe tener un tiempo para la evaluación. Según Alfaro, el objetivo describe lo que se espera observar de la persona, familia y comunidad respecto a las fortalezas o debilidades de los cuidados enfermeros.

Los objetivos identifican los beneficios que espera ver en la persona (progenitor o el cuidador) después de brindar cuidados enfermeros.

- I. Los objetivos a corto plazo describen los beneficios tempranos que se esperan de las intervenciones enfermeras (minutos, horas, día, entre otros).
  - a. Los objetivos a largo plazo describen las ventajas que se esperan ver en cierto momento después de haber puesto en marcha el plan (semanas, meses, entre otros).

- b. El sujeto del objetivo es la persona o una parte de ella misma.
2. Los objetivos se diseñan a partir de los problemas identificados.
  3. El registro de los objetivos se anota usando términos mensurables (son verbos que describen exactamente lo que se espera ver u oír cuando haya alcanzado el objetivo), identificar, describir, hacer, relatar, explicar, hacer un listado, comentar, argumentar, demostrar, compartir, expresar, perder, aumentar, mostrar, ejercitar, comunicar, toser, andar, estar de pie, estar sentado, debatir.

4.-Los verbos que se deben evitar por ser no mensurables son: saber, comprender, apreciar, pensar, aceptar, sentir.

5.-Verificar que los objetivos y los indicadores sean medibles, considerando los siguientes componentes para formular objetivos muy específicos que puedan usarse para identificar las intervenciones, controlar los progresos, ser realistas respecto a las capacidades actuales y potenciales de la persona, y asimismo estén escritos en forma tal que especifiquen el momento en que se espera alcanzarlos y proporcionen las directrices para la continuidad de los cuidados:

*Sujeto:* ¿Quién es la persona que se espera logre el objetivo?

*Verbo:* ¿Qué acciones debe hacer la persona para demostrar que ha logrado el objetivo? *Condición:* ¿Bajo qué circunstancia tiene que realizar la persona las acciones?

*Criterio:* ¿En qué medida tiene que realizar la persona la acción?

*Momentos específicos:* ¿Cuándo se espera que la persona realice la acción?

Considerar los resultados cognitivos, psicomotores y afectivos, tal como se describe en la siguiente lista:

- 1.-Dominio afectivo. Objetivos asociados con el cambio de actitudes, sentimientos o valores (expresar, compartir, escuchar, comunicar, relacionar).
- 2.-Dominio cognitivo. Objetivos relacionados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales (enseñar, exponer, identificar, describir hacer un listado, explorar).
- 3.-Dominio psicomotor. Objetivos que tratan del desarrollo de habilidades psicomotoras (demostrar, practicar, hacer, andar, administrar, producir)

**Determinar los cuidados de enfermería:** Cuidados, intervenciones, estrategias o acciones de enfermería se seleccionan después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados. Los cuidados son las acciones pensadas para ayudar al individuo a

progresar del estado presente de salud al que se describe en el objetivo y se mide en los resultados esperados. Las intervenciones las clasifican en independientes y de colaboración.

**Documentar el plan de cuidados:** Posterior a la identificación de las intervenciones se procede a conformar el plan de cuidados, el cual integra tanto el diagnóstico, objetivos, resultados esperados, actividades o estrategias y evaluación específica de enfermería. La documentación también es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados. Y de acuerdo a su registro los planes de cuidados pueden ser individualizados. El formato del plan de cuidados varía según los entornos: planes de cuidados institucionales o estandarizados, planes de cuidados computarizados, planes de cuidados de los estudiantes, planes de cuidados en entornos comunitarios.

De acuerdo con Potter y Perry, el plan de cuidados:

1. Al ser escrito documenta las necesidades de cuidados del individuo, comunica a las otras enfermeras y profesionales. Un plan de cuidados escrito está diseñado para disminuir el riesgo de que produzca un cuidado incompleto, incorrecto o inexacto.
2. Está organizado de manera que cualquier enfermera puede identificar rápidamente las acciones enfermeras que se deben llevar a cabo.
3. Identifica y coordina los recursos utilizados para proporcionar cuidados enfermeros.
4. Favorece la continuidad de cuidados por medio de listas de acciones necesarias para alcanzar los objetivos del cuidado.
5. Establece la intervención de la persona y la familia.
6. Proporciona criterios para la puesta en práctica del plan y un entorno de evaluación de la respuesta del individuo, familia y comunidad a las acciones enfermeras.

## **4.2.- Intervenciones Interdependientes/ De Colaboración.**

En un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un

problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Cuidados, intervenciones, estrategias o acciones de enfermería se seleccionan después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados. Los cuidados son las acciones pensadas para ayudar al individuo a progresar del estado presente de salud al que se describe en el objetivo y se mide en los resultados esperados.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico. Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente o de colaboración e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

**La dimensión dependiente** de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

**La dimensión interdependiente** de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo. Las de colaboración o interdependientes son las intervenciones que la enfermera ha identificado requiere la persona de cuidado y donde a través de la toma de decisiones, la enfermera se coordina con el equipo de salud u otros profesionales para mejorar las condiciones de salud o estilos de vida saludables del individuo, familia o comunidad.

**Dimensión independiente** de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.) Las

independientes son todas aquellas acciones que son competencia exclusiva del profesional de enfermería, y es quien, con base en sus conocimientos y experiencia, toma decisiones que contribuyan a la solución del diagnóstico de enfermería o en un momento dado replantearlo.

### **4.3.- Intervención De Enfermería**

Realizar las intervenciones enfermeras significa estar preparada, ejecutar las intervenciones, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios.

De acuerdo con Potter y Perry, la enfermera debe contar con habilidades cognitivas, afectivas y psicomotoras que la profesión demanda antes de llevar a cabo un plan de cuidados. Esta preparación asegura un cuidado enfermero seguro, eficiente y eficaz. La implementación del proceso enfermero tiene cinco pasos: reevaluación de la persona, revisión y modificación del plan de cuidados urgente, organización de los recursos y de la prestación de cuidados, anticipación y prevención de las complicaciones e implementación de las intervenciones de enfermería.

La intervención es la implementación del plan de cuidados, y también describe una categoría de conductas enfermeras en las que se ha iniciado y completado las acciones necesarias para conseguir los objetivos y los resultados esperados del cuidado enfermero. La implementación convierte el plan de cuidados en una acción.

La Clasificación de Intervenciones Enfermeras recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con el diagnóstico enfermero, adecuadas al resultado que esperamos obtener en el paciente, y que incluyen las acciones que se deben realizar para alcanzar dicho fin. La NIC utiliza un lenguaje normalizado y global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería desde la base de que el uso del lenguaje normalizado no inhibe la práctica; sino que más bien sirve para comunicar la esencia de los cuidados de enfermería a otros y ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación.

Las Intervenciones de enfermería son todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Incluyen tanto los cuidados directos como los indirectos, dirigidos a la persona, familia y comunidad: tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos u otros proveedores de cuidados.

## ¿Cómo surgen?

En el año 1986 en St Louis, Missouri (USA); Mc Closley y Bulecheck (Universidad de Iowa), posterior a una conferencia de la NANDA, crean un equipo de investigación cuyo objetivo era desarrollar una clasificación de las intervenciones de enfermería, necesidad surgida, ya que una vez realizado el diagnóstico, el profesional tenía la obligación de hacer algo al respecto.

## Razones para desarrollar Intervenciones

- Ayudar al avance de la base del conocimiento y el descubrimiento de los principios que rigen lo conocido.
- Identificar las lagunas del conocimiento, que luego pueden ser tratadas por la investigación.
- Facilitar la comprensión.
- La utilización de un lenguaje común por los profesionales, mejora la comunicación para discutir sus planes de tratamiento, con lo cual el paciente se beneficiará con una mayor continuidad de los cuidados entre los diferentes turnos, y entre los diferentes servicios (si hubiera pasado por más de uno).
- Mostrar el impacto que tienen los profesionales de enfermería en el sistema de prestación de cuidados.
- Normalizar y definir la base del conocimiento del plan y de la práctica de enfermería.
- Realizar la elección correcta de una intervención.
- Facilitar la comunicación de los tratamientos de enfermería a otros profesionales.
- Permitir examinar eficacia – costo – cuidados.

## Características de las Intervenciones

- Basada en principios científicos de cuidados enfermeros, fisiopatología, psicología, sociología, etc.
- Individual y Creativa.
- Formulada de manera concisa, simple y concreta.
- Armoniza el diagnóstico enfermero y el objetivo.
- Afecta a la parte problema y / o a la parte causa del diagnóstico enfermero.
- Busca la progresión hacia la autonomía o el mayor bienestar de la persona.

- Debe considerarse el equivalente de la prescripción médica, por lo cual debe estar firmada.
- Favorece la participación de la persona, la relación de ayuda y la enseñanza.
- Responde a las preguntas:
  - ✓ ¿Qué?
  - ✓ ¿Cuándo?
  - ✓ ¿Cómo?
  - ✓ ¿Dónde?
  - ✓ ¿En qué medida?
  - ✓ ¿Con que frecuencia?
  - ✓ ¿Quién?

#### **4.4.- 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.

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:
  - 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.

- Facilitan la investigación clínica y docencia de enfermería, ayudando así, a formular protocolos y procedimientos específicos y necesarios para cada área de trabajo.
- 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.

Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, documento legal permanente del paciente y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud. Posterior a los cuidados enfermeros y evaluar las respuestas, en el registro se debe considerar lo siguiente: Las valoraciones, intervenciones y respuestas.

Alfaro hace referencia a que la documentación tiene los siguientes propósitos:

- a) Comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud que tienen necesidad de saber qué es lo que ha hecho y cómo está evolucionado el usuario.

- b) Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación.
- c) Proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados.
- d) Crear un documento legal que más tarde pueda usarse en los tribunales para evaluar el tipo de cuidados brindados. Sus registros pueden ser su mejor aliado o su peor enemigo. La mejor defensa de que realmente se observó o hizo algo es el hecho de tomar nota de ello.
- e) Proporciona validación para el pago de los servicios.
- f) El registro debe especificar: fecha y hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería, resultados y nombre/firma del profesional de enfermería responsable directo del cuidado de la persona, familia o comunidad.

#### **4.5.- 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, registrarlo. 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.

### **4.6.- La Evaluación, Resultados y Logro de objetivos**

Se considera una etapa que con fines didácticos se revisa como la quinta, pretende determinar el logro de los objetivos, las interferencias y obstáculos para la realización del plan de cuidados que evitaron el logro de los propósitos.

La evaluación es compleja, se inicia en el momento que el profesional de enfermería interacciona con la persona, la familia o la comunidad. La evaluación mide la respuesta de la persona a las acciones enfermeras con los resultados esperados establecidos durante la planificación. La evaluación crítica (evaluación cuidadosa, deliberada y detallada de diversos aspectos de los cuidados de la persona) es la clave para la excelencia en la provisión de los cuidados. Puede marcar la diferencia entre las prácticas de cuidados predestinadas a repetir los errores y prácticas de cuidados seguras, eficientes y en

constante mejora. También la evaluación proporciona retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del individuo y maximizar el valor de la provisión de cuidados.

### **Establecimiento de criterios de resultados**

Se expresan en términos de conducta para describir los efectos deseados de las acciones de enfermería. Los resultados esperados son afirmaciones de las respuestas graduales y progresivas o de la conducta de una persona que necesita seguir y conseguir. Cuando se consigue el objetivo (resultados esperados), los factores relacionados de un diagnóstico de enfermería han dejado de existir.

Se deben conseguir los resultados en un espacio corto de tiempo (en función del entorno en que se preste la atención). Una vez concluido el intervalo especificado de la implementación de las intervenciones o completadas todas las intervenciones en el plan de cuidados, la enfermera evalúa la capacidad de la persona para demostrar su conducta o respuesta establecida en los resultados.

Si la persona consigue los resultados esperados, la enfermera puede o bien continuar con el plan de cuidados o finalizar sus intervenciones porque el objetivo del cuidado ya se ha cumplido, en caso contrario los resultados hayan sido parciales o no cumplidos, la enfermera tendrá que revalorar y revisar el plan de cuidados.

### **Evaluación del logro de objetivos**

El objetivo especifica la conducta o la respuesta esperada que indica la resolución de un diagnóstico de enfermería o el mantenimiento del estado de salud. La enfermera evalúa los objetivos tras comparar los datos de la evaluación con los resultados esperados.

Cuando un objetivo se ha cumplido, la enfermera sabe que las intervenciones han tenido éxito en cuanto a la mejora del bienestar del individuo, familia o comunidad.

Los datos nuevos o las respuestas de la persona se comparan con los criterios de resultados para determinar si se han producido los cambios previstos.

Para evaluar de forma objetiva el grado de éxito en la consecución de un objetivo, la enfermera debe seguir los siguientes pasos, que sugiere Alfaro

- ¿Los objetivos e intervenciones eran realistas y apropiados para este individuo?
- ¿Las intervenciones se llevaron a cabo tal como estaban prescritas?

- ¿Los nuevos problemas o las reacciones adversas se detectaron tempranamente y se hicieron los cambios apropiados?
- ¿Cuál es la opinión de la persona respecto al logro de los objetivos y el plan de cuidados?
- ¿Qué factores impidieron el progreso?
- ¿Qué factores potenciaron el progreso?

### **Medidas y fuentes de evaluación**

Son las habilidades de valoración y las técnicas empleadas para recoger los datos de la evaluación. Mientras el propósito de la valoración es identificar si existe algún problema, la intención de la evaluación trata de determinar si los problemas conocidos han mejorado, empeorado o experimentado algún tipo de cambio. La valoración consiste en la recolección de datos. La evaluación se produce cuando compara los datos con los objetivos y realiza un juicio sobre el progreso de la persona.

Los objetivos de este juicio, el cual se basa en la capacidad de analizar de forma crítica la información presentada, pueden llevar a la revisión del plan de cuidados. Es decir, cuando se ordenan los datos y se determina qué otros hechos se necesitan para evaluar el progreso de la persona, se utiliza el razonamiento crítico y la habilidad analítica: identificación de las variables que afectan el logro de los objetivos y modificación/finalización del plan de cuidados. Por último, si el paciente ha logrado todos los objetivos establecidos y no se han identificado nuevos problemas, es que se ha logrado el propósito de los cuidados de enfermería.

## BIBLIOGRAFIA

<https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>

<https://enfermeriabuenosaires.com/intervenciones-de-enfermeria-taxonomia/>

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.