

fundamentos de enfermería

1. CONFIGURACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA
2. LOS MODELOS DE CUIDADOS
3. CORRIENTES DE PENSAMIENTO ENFERMERO I: MODELOS Y TEORÍAS (1859-1969)
4. CORRIENTES DE PENSAMIENTO ENFERMERO II: MODELOS Y TEORÍAS (1970-ACTUALIDAD)
5. EL PROCESO DE CUIDAR Y SU INSTRUMENTO METODOLÓGICO
6. JUICIO DIAGNÓSTICO
7. JUICIO Y ACCIÓN TERAPÉUTICA: PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN
8. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS CLASIFICACIONES NANDA, NOC Y NIC

1 Configuración y evolución de la enfermería

ASPECTOS QUE HAN INFLUIDO EN LA CONFIGURACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA

Al analizar los cambios que se han ido produciendo en el campo de la enfermería se observan diferentes elementos que han influido en su evolución y que van desde cuestiones sociales muy generales a fenómenos más concretos, relacionados con la salud y las formas de enfermedad, hasta llegar a aspectos específicos de la enfermería como profesión y como disciplina. Estos elementos son (Ver Imagen 1):

- La organización social y los valores imperantes de cada época y lugar.
- La consideración que de la persona se tiene, la concepción de salud que en cada momento se impone y el tipo de atención a la salud que se ofrece por parte de la organización social (que a su vez está condicionada por las concepciones de persona y salud).
- El propio conocimiento enfermero y su proceso de desarrollo, con una serie de características que influyen en su evolución y en la de la profesión. Es un conocimiento teórico y práctico que parte de valores personales y hechos cotidianos muy arraigados, cargados de explicaciones propias de cada cultura, lo que dificulta su explicación científica y, además, se ve entorpecido por las propias características de la profesión.
- Como se verá posteriormente, lo religioso, lo femenino, lo militar y lo médico han condicionado el desarrollo y las formas de expresión de la enfermería. Los antecedentes de la enfermería relacionados con valores y prácticas religiosas, el rol de género femenino que tradicionalmente ha caracterizado a la enfermería y a los profesionales enfermeros, su desarrollo y organización ligado a contiendas bélicas y los efectos del estilo militar en su práctica, así como la influencia de la medicina, pues, al ser la medicina y la enfermería actividades desarrolladas dentro del campo de la salud, han existido una serie de



Imagen 1. Aspectos que influyen en la evolución de la enfermería

vínculos de interrelación entre ambas profesiones con repercusiones muy significativas para el desarrollo de esta última. (Ver Imagen 2).

La organización social (EIR 98-99, 47; 99-00, 27; 00-01, 101)

En la sociedad, las personas tienen la oportunidad de desarrollar su vida de acuerdo a las posibilidades que le ofrecen sus estructuras. Diversos estudios, entre los que cabe destacar el Informe Black, demuestran que el nivel socioeconómico es determinante en el nivel de salud y en el uso de los servicios sanitarios. Si se considera la esperanza de vida al nacer como uno de los principales indicadores de salud, se observa que en los países que se denominan desarrollados, en la actualidad, está en 70 años aproximadamente y se sitúa por debajo de 40 años en los países en vías de desarrollo. La salud de la persona y de la comunidad es el resultado de las relaciones que se establecen entre la persona y el grupo con el medio ambiente y la sociedad: la salud sería

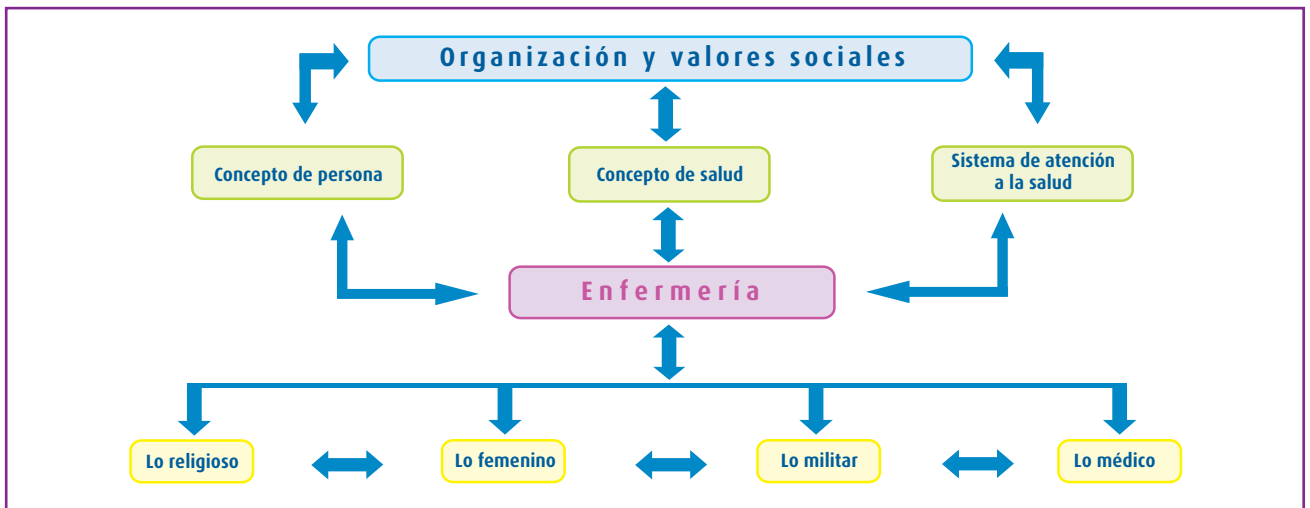


Imagen 2. Aspectos que influyen en la enfermería

un producto del desarrollo social y económico de esta última. Por lo tanto, es importante conocer estas influencias en los distintos momentos históricos para comprender así cómo se ha ido configurando la organización social y, sobre la base de la estructura social, entender el papel que la enfermería ha tenido (Ver Imagen 3).

La sociedad griega daba gran importancia a la mitología, la filosofía y el arte. Esto repercute en la consideración que se tiene de la persona, de la salud y la enfermedad y en la forma de atención. La persona es objeto de explicaciones filosóficas, la salud y la enfermedad se estudian desde una perspectiva biológica, mitológica y sobrenatural, y la atención a las personas enfermas se empieza a estructurar muy condicionada por la clase social de quien requiere ayuda y con una diferenciación de roles por parte de las personas que se dedican a su atención.

El Imperio romano gozaba de una sólida organización política, jurídica y administrativa, con un fuerte desarrollo en cuestiones de planificación de ciudades y saneamiento e higiene.

Durante la Edad Media, la atención a las personas enfermas sigue siendo desigual según la clase social a la que pertenecen. Con la decadencia y posterior desaparición del feudalismo, el sistema social tiende a ofrecer una alternativa: la "razón" será el hilo conductor de este proceso, y la sanidad y la enfermería no escapan a una ordenación racional que va a intentar adecuar los recursos a las necesidades.

Hasta la Edad Moderna, la sociedad venía encontrando sus fundamentos ideológicos en la religión. Con la formación de los estados absolutos, se extienden progresivamente las concepciones civiles en los tejidos de la sociedad. Los jóvenes estados unitarios comienzan a engendrar y a desarrollar una maquinaria administrativa que se extiende e incide cada vez más en la población. Se crea así una red, ya no religiosa sino estrictamente civil, que se va haciendo cargo de la organización de la sociedad y de sus necesidades. Desde finales del s. XVIII, en Europa, con la emigración de la población del campo a la ciudad, se produce un hacinamiento en los núcleos urbanos con una marcada diferencia de clases sociales. Aumentan las enfermedades infectocontagiosas y aparecen nuevos problemas de salud asociados a las nuevas formas de trabajo: accidentes, fatiga, enfermedades profesionales, etc.

La Revolución Industrial supone el triunfo de varios elementos sobre sus contrarios. Comienza el predominio de la razón sobre el espíritu, de la ciencia sobre lo irracional, de lo urbano sobre lo rural, de la industria sobre lo artesanal, de Occidente sobre el resto del mundo, etc. El vuelco que da la sociedad se manifiesta en todos los terrenos:

- En el plano político: se asiste a un fuerte desarrollo del sistema estatal, con la potenciación y extensión territorial de su aparato administrativo y una fuerte concentración de competencias. Se va produciendo una progresiva absorción por parte del Estado de las instituciones dedicadas al cuidado de los enfermos que, con el paso del tiempo, darán lugar a los diversos tipos de seguros sociales.
- En el plano económico: la importante demanda de trabajadores y la incorporación de los ciudadanos al mercado de trabajo los convierte, a efectos prácticos, en un medio de producción más y, por tanto, se hace necesario mantenerlos en plenas condiciones físicas y psíquicas para su incorporación y permanencia como parte fundamental del proceso de producción, en el que va adquiriendo más significado lo público que lo privado, y lo social que lo individual.



Imagen 3. Organización social

- En el campo social: se desarrolla una política benefactora cuyas raíces se encuentran en las concepciones igualitarias propias de la sociedad liberal.
- En el plano ideológico: se produce un cambio de valores, cobrando una mayor importancia todo lo relacionado con los aspectos sociales de seguridad, que se colocan por delante de los espirituales y caritativos.

La salud se convierte en un problema social porque la persona enferma deja de producir, por esto se comienza a desarrollar la "medicina socializada" y la beneficencia para los más pobres. El primer seguro de enfermedad se crea en Alemania en 1883, durante el gobierno del canciller Bismarck.

En España, el desarrollo y la posterior crisis de la industrialización llegan más tarde respecto a los países más avanzados del entorno.

El tratamiento de enfermos sin recursos corre a cargo de la beneficencia (Ley de Beneficencia, 1849). Mientras tanto, la población con medios económicos se hace cargo de su propia atención y recurre a médicos particulares.

La primera ordenación sanitaria de España es la Ley de Sanidad de 1855; por ella el Estado se hace cargo del control de las epidemias y del saneamiento de las poblaciones.

Desde sus inicios, el s. XX se caracteriza por el desarrollo de instituciones dedicadas a la atención a la salud: el Instituto de Reformas Sociales (1903), que cubría situaciones de enfermedad, invalidez, accidentes de trabajo, desempleo, retiro obrero y maternidad, la Instrucción General de Salud Pública (1904), encargada de aspectos de salud pública, y el Instituto Nacional de Previsión (1908) como transformación del Instituto de Reformas Sociales.

A mediados del s. XX se produce un fuerte desarrollo del sistema sanitario en España, con una orientación dirigida casi en exclusiva a la atención en situaciones de enfermedad y, en un plano más secundario, a la prevención, principalmente a través de campañas de vacunación. Se desarrolla el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), que coincide con la industrialización del país en un periodo de crecimiento económico sin precedentes. El núcleo central de la atención a la salud está en el hospital.

En el entorno occidental actual existen dos corrientes bien diferenciadas en cuanto al enfoque de la atención a la salud: (EIR 04-05, 1)

- La primera de ellas sigue las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es partidaria del desarrollo de la lógica

salubrista y los derechos humanos. Desde esta perspectiva, los estilos de vida y los cuidados de salud adquieren gran preponderancia en la atención a la salud y, desde esta orientación, las enfermeras tienen importantes aportaciones que hacer.

- La segunda tendencia se centra en el tratamiento de la enfermedad y en ella el modelo biomédico tiene un protagonismo hegemónico.

EL CONCEPTO DE SALUD Y LAS FORMAS DE ATENCIÓN (EIR 99-00, 49)

La salud y la enfermedad se pueden analizar según distintas corrientes orientadoras de las diferentes concepciones que, a lo largo del tiempo, las han caracterizado. Los salubristas las desarrollan sobre la base de tres paradigmas:

- **Ambientalista:** presente aunque con distinta consideración desde los orígenes del hombre hasta el s. XVIII, se basa en el establecimiento de unas relaciones de dependencia de la persona con su medio ambiente.
- **Biologicista:** parte de las concepciones de salud y enfermedad fundamentadas en aspectos orgánicos y funcionales de la persona.
- **Integral:** explica la salud y la enfermedad desde un enfoque global en el que se consideran los elementos biológicos, ecológicos y sociales que rodean a la persona como determinantes de su salud.

En función del valor que en las diferentes épocas y sociedades se atribuye a la salud, se puede entender como supervivencia, entendiéndolo como sobrevivir como estar sano, al resultado de causas no comprendidas que confieren a la salud razones sobrenaturales; también, durante mucho tiempo, ha tenido un significado relacionado con motivaciones espirituales o religiosas. Después, estar sano ha sido considerado como la ausencia de enfermedad y, actualmente, la salud está siendo valorada como la percepción de un estado de equilibrio, armonía y bienestar (Ver Imagen 4).

Desde la Antigüedad la atención a la salud ha sido una preocupación constante, los pueblos más primitivos desarrollaban ya prácticas para acondicionar el entorno de forma saludable. Igualmente, los sistemas sanitarios han tenido tradicionalmente una orientación dirigida a la enfermedad, a su diagnóstico y al tratamiento de los procesos patológicos.

Un hito que da un giro a esta orientación es la Conferencia de la OMS de Alma-Ata (1978), en la que 140 gobiernos de todo el mundo se comprometieron a reorientar los sistemas sanitarios hacia la atención de la salud.

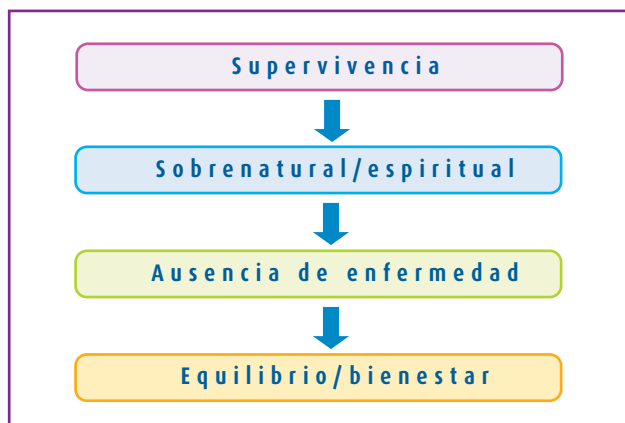


Imagen 4. Evolución del concepto de salud

En todas las sociedades han existido sistemas sanitarios con el objetivo de restaurar la salud en lo posible a la persona enferma y con formas distintas de vinculación a las instituciones del gobierno aunque, de forma generalizada, se han dado conjuntamente sistemas públicos y sistemas privados:

- En los sistemas públicos la persona recibe la atención que requiere sin pagar directamente por ella (entre estos sistemas están los diferentes tipos de seguros sociales, la beneficencia, etc.) y son los gobiernos o instituciones quienes establecen sus propias políticas para conseguir los recursos necesarios (a través de sistemas fiscales, donaciones, etc.).
- En los sistemas privados el usuario elige al proveedor y paga directamente por el servicio.

La salud como supervivencia

En las sociedades primitivas, la salud se considera un don natural y tiene un valor de supervivencia. Las actividades encaminadas a mantener la salud están dirigidas a la conservación y al mantenimiento de la vida de las personas, como la adquisición de alimentos, el abrigo y lo relacionado con el nacimiento y crecimiento de la prole.

Dentro de las comunidades primitivas, la estructura social reconoce el poder y la capacidad de personas de la propia comunidad (brujas, sanadoras, parteras, etc.) para mantener la vida de quienes corren el peligro de perderla y la importancia de sus cuidados como facilitadores de bienestar. Arsuaga concluye en sus investigaciones que los neanderthales sufrieron enfermedades y traumatismos a lo largo de su vida y recibieron cuidados por parte del grupo.

La salud como valor sobrenatural

El tratamiento de las personas enfermas se basaba en saberes cosmogónicos. Se trataba de convocar a los poderes divinos y conjugarlos con la sabiduría empírica. En esta forma de atención a la salud primaban los factores exógenos a la persona (por el origen sobrenatural que se le daba a la enfermedad como alteración de las leyes físicas visibles). Eran los líderes religiosos quienes tenían el poder para tratar a enfermos y heridos.

La salud como valor religioso (EIR 98-99, 36)

Los cuidados van más dirigidos a los aspectos espirituales que a los físicos, predomina la palabra (en el sentido de reconfortamiento espiritual, consuelo al afligido y oración) sobre el contacto directo, ya que se considera que al cuidar el alma se cuida el cuerpo. Todas estas ideas están ligadas a las concepciones sobre la persona que imperan en la época como resultado del determinismo divino.

Hasta la Edad Moderna, los sentimientos religiosos habían conducido a un trato humanitario y espiritual hacia los enfermos. Durante esta época, en paralelo con el aumento de las competencias del Estado laico y las consecuencias de la Reforma luterana, este sentimiento religioso se va perdiendo, lo que conlleva un deterioro en el trato de los enfermos. Si a esto se añade el escaso nivel técnico existente en todos los órdenes y también en lo que se refiere a la atención a los enfermos, se puede concluir fácilmente que ésta es una época de clara regresión en cuanto a la atención de la salud de las personas, en general, y los cuidados enfermeros en particular.

La salud como ausencia de enfermedad

A medida que se van encontrando explicaciones científicas al funcionamiento fisiológico y psicológico de la persona, se van construyendo las concepciones de salud y enfermedad sobre la base de estas explicaciones. La salud se concibe como el buen funcionamiento del organismo tanto física como psicológicamente. Durante mucho tiempo la salud ha sido entendida como sinónimo de ausencia de enfermedad.

Los descubrimientos de Pasteur sientan las bases para la ciencia bacteriológica y la vacunación. Por su parte, Koch, con sus postulados sobre la epidemiología, y la medicina experimental que preconiza Bernard, proporcionan a la atención sanitaria las bases científicas para el desarrollo de la prevención y hacen posibles los avances en la cirugía propiciados por Lister.

Todo se organiza alrededor de la enfermedad, de su diagnóstico y tratamiento; el enfermo es contemplado desde la perspectiva de la enfermedad que padece y llega a ser lo que le da identidad a la persona, que pasa a ser el hígado, el estómago, el corazón, etc., pues lo importante es el órgano afectado y sobre él se actúa. La atención se despersonaliza.

El desarrollo cuantitativo de la enfermería coincide con el desarrollo de los hospitales.

La salud como equilibrio de la persona con su entorno

Actualmente la salud está cobrando cada vez más importancia en sí misma como estado de la persona que hay que preservar y promocionar.

Para Donati, la salud puede ser contemplada desde una doble perspectiva, como instrumento y como producto.

En la década de los años ochenta se produce en España una significativa evolución en la atención a la salud hacia un sistema de atención en el sentido propuesto por Donati, es decir, más amplio e integral. Esto es debido a la histórica declaración de la OMS, resultado de la Conferencia de Alma-Ata (1978), por la que la salud, entendida como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social es un objetivo que requiere la participación de sectores sociales además de sanitarios, por lo que la atención a la salud hoy pasa por la integración de los servicios sanitarios y los servicios sociales.

La atención enfermera se centra en los cuidados de salud que precisan las personas enfermas y, además, en la atención a la salud propiamente dicha: los cuidados dirigidos a la promoción de la salud. Se amplía el círculo de competencias de la enfermería para ofrecer los cuidados en el medio familiar y comunitario, a las personas y a los grupos, por lo que se da gran importancia a las ciencias humanas y sociales para poder comprender a la persona en su globalidad y en relación con su entorno, y se desarrolla y aplica la ciencia enfermera para abordar con garantías las necesidades y problemas de cuidados de salud.

Puede apreciarse cómo ha sido la evolución de la atención a la salud según el sistema hoy existente, la orientación que se le ha dado, la preparación de quienes se ocupan de ofrecer esta atención y sobre quienes recae esta responsabilidad (Ver Tabla 1). Todo ello según como ha sido concebida la salud en las distintas etapas de la historia, desde la perspectiva de la supervivencia, desde lo sobrenatural o religioso, como ausencia de enfermedad y, en la actualidad, como equilibrio de la persona consigo misma y con su entorno ecológico y social.

Tabla 1. Evolución del concepto de salud y de atención a la salud

Atención de salud/ Concepción de salud	Supervivencia	Sobrenatural	Religioso	Ausencia de enfermedad	Equilibrio, armonía
Sistema de atención a la salud	Entorno familiar Entorno vecinal	Entorno familiar Entorno vecinal Entorno comunitario Hospitales: <i>nosocomium</i> , <i>xenodochium iatrium</i>	Hospitales privados, religiosos y del Estado Cuidados en el domicilio Seguros, gremios y cofradías	Complejidad del sistema sanitario: público, privado, seguros... Diferentes niveles de atención Hospitales, ambulatorios, asistencia domiciliaria	Complejidad del sistema sanitario: público, privado, seguros, etc. Diferentes niveles de atención Desarrollo de la atención primaria y comunitaria
Orientación de la atención a la salud	Utilización de recursos naturales: alimentación, higiene Atención a las personas enfermas y dependientes	Remedios naturales Ritos mágicos Supersticiones	Utilización de recursos espirituales y morales: la palabra, reconfortamiento, atención a la muerte... Rituales religiosos Atención a pobres, heridos, enfermos	Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad Prevención terciaria Diagnóstico precoz	Persona sana/ enferma Grupo/familia/ comunidad Grupos de riesgo Promoción de la salud Prevención de la enfermedad Educación para la salud
Preparación para la atención a la salud	Empírica Transmisión oral Experiencia	Empírica Transmisión oral Experiencia Ritos de iniciación Saberes cosmogónicos	Empírica Experiencia Transmisión oral y escrita Inicio de la formación	Centrada en la enfermedad Importancia de la técnica Regulación de la formación con orientación técnica	Centrada en la persona y el grupo Formación universitaria con una orientación humanística
Responsabilidad de la atención a la salud	Mujeres en el ámbito doméstico	Personas elegidas Hechiceras, brujas, curanderas Mujeres cuidadoras	Personas elegidas Personas consagradas Matronas romanas Diaconisas, sacerdotisas Viudas, vírgenes Enfermeras monásticas Órdenes militares enfermeras Religiosos-enfermeros	Enfermeras, practicantes, matronas Ayudantes técnicos sanitarios (ATS)	Enfermeras Equipo multidisciplinar

ASPECTOS DE LA ENFERMERÍA QUE CONDICIONAN SU EVOLUCIÓN (EIR 97-98, 62) (Ver Imagen 5)

La influencia de lo religioso (EIR 99-00, 60; 03-04, 101)

En las diferentes formas de identificación de la enfermería descritas por Collière, una de ellas es la de mujer consagrada, con un papel basado en reglas conventuales. Los cuidados de las mujeres consagradas están dirigidos a los pobres, humildes e indigentes. Esto, por una parte, les impide desarrollar la codicia y el afán por significarse, pero también provoca que estas mujeres permanezcan en un nivel social bajo, ya que “son siervas humildes como los pobres a quienes cuidan”, lo que les hace desarrollar y adoptar comportamientos de obediencia y sumisión.

Está fuera de toda duda que, en el mundo occidental, el cristianismo se constituye en el principal impulsor de la atención y cuidados a la persona enferma y ello es debido al humanismo de sus concepciones. Al cuidado del cuerpo sumaban los cristianos el consuelo espiritual y las atenciones a las incertidumbres de los pacientes.

Las influencias cristianas tienen un importante calado en la enfermería. Las concepciones morales y éticas basadas en la concepción de la persona como ajena a sí misma y como propiedad divina convierten el cuidado de las personas enfermas en el punto central de la existencia de muchas mujeres, desde las nobles del Imperio romano hasta las Hijas de la Caridad (comunidad con gran incidencia en la enfermería por su dedicación a la asistencia de enfermos y a la formación de enfermeras, fundada por Vicente de Paul en pleno s. XVII-1633-, inicialmente conformada por seglares y que posteriormente, con Luisa de Marillac -1591-1660- pasó a ser religiosa), que de una manera organizada atienden las necesidades que se van planteando y hacen de su vida un acto de servicio a Dios a través de la enfermería, considerando el cuidado del enfermo como una forma de salvación.

Si bien las ideas religiosas, y más concretamente el cristianismo, conferían a quienes cuidaban de otras personas un carácter virtuoso, también es necesario reconocer que no siempre fue así, pues durante gran parte de la Edad Media y hasta el s. XVIII la Iglesia controló la medicina oficial y todo lo que quedaba fuera de su control era considerado pecado.

Un grupo que sobrevivió a la persecución de la Iglesia y se ha mantenido hasta la actualidad son las beguinas. En Bélgica, a finales del s. XI, aparece la orden seglar de las beguinas. En un principio eran comunidades muy pequeñas, compuestas por grupos de entre dos y cuatro mujeres, aunque después fueron más numerosas. No hacían voto de pobreza, vivían cerca de los hospitales y cuidaban a enfermos tanto en el hospital como en sus casas o en los conflictos bélicos.

Con la Reforma, los estados tienden a asumir la responsabilidad de la organización sanitaria. El predominio de las ideas cristianas se va perdiendo y se produce un decaimiento de los ideales religiosos, lo que tiene una serie de repercusiones en la enfermería. Es lo que Donahue describe como la época oscura de la enfermería.

El efecto del cristianismo sobre la enfermería ha sido definitivo y ha influido en la formación de los profesionales, por lo que le ha conferido a los cuidados de la salud actitudes y valores (espirituales y religiosos) presentes durante mucho tiempo.

En los principios de la formación y práctica profesional de la enfermería desarrollados por Nightingale y que se estudian más adelante, están presentes as-

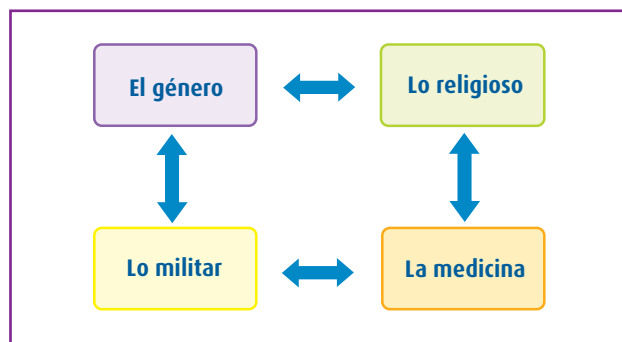


Imagen 5. Aspectos de la profesión que han influido en su evolución

pectos que se derivan de esta ideología. Parte de la indumentaria reciente de las enfermeras (cofia, manguitos y, en general, el tipo de uniforme) se asemeja bastante a los hábitos de las monjas y la creencia, hasta no hace mucho tiempo generalizada, de que para ser enfermera había que tener vocación será la base ideológica que va a sustentar su quehacer cotidiano.

Como se apuntaba al principio, es fundamentalmente la sociedad la que modela a sus integrantes, que adoptan en cada momento la forma que les resulta posible. Así, la importancia que el cristianismo y las comunidades religiosas han tenido en el cuidado de los enfermos ha ido calando en las formas de tratar a quienes requerían cuidados y en las maneras de ofrecérselos. Esto ha provocado que el estilo de las monjas en la realización de los cuidados haya sido durante mucho tiempo un modelo de referencia para las enfermeras, encontrando en él los fundamentos para el trato humanitario (en el sentido caritativo), dando significación a la higiene, al consuelo y a las prácticas religiosas en la asistencia. En cuanto a la influencia en la formación enfermera, puede decirse que los valores espirituales y religiosos han estado presentes prácticamente hasta la integración de los estudios de enfermería en la universidad.

La influencia del género (EIR 09-00, 7)

Para comprender la evolución de la enfermería es fundamental comprender el papel y la evolución de la mujer en la sociedad. Donahue dice que: “la historia de la enfermería es esencialmente la historia de la mujer”. Para esta autora el desarrollo de la enfermería ha evolucionado paralelamente a los movimientos de liberación de la mujer.

En todas las épocas, a lo largo de la historia, ha existido una división de las responsabilidades y del trabajo en la estructura social. En esta división, a las mujeres se les han asignado, también simbólicamente, las actividades de reproducción y las funciones hogareñas, tanto en el ámbito familiar como en el social.

Para Collière la identificación enfermera-mujer está presente en la evolución de la enfermería como una característica en sí misma y unida a su relación con lo religioso y lo médico. Esta autora describe tres grandes formas de identificación: “los cuidados de la mujer, de la (mujer) consagrada y de la (mujer) auxiliar del médico”.

La relación tradicional enfermería-profesión femenina puede analizarse desde dos hipótesis que son la base para el análisis que posteriormente se realiza. Éstas son:

- Se considera como una práctica femenina porque trata de los cuidados de salud de las personas (hasta hace poco, fundamentalmente enfermos) y se considera a la mujer más delicada en el trato,

abnegada en el servicio, con mayor disponibilidad para con los otros, sensible en el aspecto de reconfortamiento espiritual, etc.

- En sus orígenes se practicaba en el ámbito de lo doméstico, porque el cuidado es una actividad doméstica y este ámbito socialmente ha sido adjudicado por tradición a la mujer. Lo doméstico no es objeto de valoración social ni tiene valor económico; por esto, todo lo relacionado con ello va a ser objeto de poca consideración.

La identificación de la mujer con los cuidados influye en la enfermería de manera doble:

- Al identificarse los cuidados con una responsabilidad intrínseca a la mujer, circunscritos tradicionalmente al ámbito de lo doméstico y de características naturales: la mujer es madre, hija, esposa “de”, etc., y cuida de ellos más que de ella misma porque su responsabilidad está en el cuidado de otros.
- Al estructurarse la sociedad y darse la organización y distribución de roles, lo relacionado con el cuidado, la enfermería, es asumido por las mujeres y en esta distribución con la enfermera se repiten los roles de la mujer doméstica, pasando a ser competencia de otro, del médico, más que de su objeto de atención, el enfermo, la persona, el paciente, el cliente, etc.

Un aspecto sobre el que es necesario reflexionar es que las mujeres comparan las responsabilidades profesionales con las derivadas de la familia y esas obligaciones familiares provocan muchas veces el abandono de la profesión, hasta un 50% a lo largo de la vida profesional. Este fenómeno dificulta también el desarrollo de la profesión, pues en muchos casos significa el abandono en un momento de madurez en el que se estaría en condiciones de hacer las mejores aportaciones profesionales.

La influencia de lo bélico y militar (EIR 97-98, 61)

El desarrollo cualitativo y, sobre todo, cuantitativo de la enfermería se encuentra unido, muchas veces, a las épocas en las que han existido guerras, por el aumento de las necesidades de cuidados de salud que se dan al haber un incremento de las demandas de cuidados de quienes caen heridos. Los orígenes se encuentran en las cruzadas, las invasiones y las peregrinaciones, que dan lugar a que quienes participan en estos acontecimientos tengan una serie de problemas de salud y necesidades de atención. Aparecen órdenes hospitalarias militares y los primeros hospitales para enfermos y peregrinos.

Al tratar sobre la relación de la enfermería y los conflictos bélicos es necesario referirse a la Cruz Roja. Esta institución ha tenido un papel importante en el desarrollo de la enfermería, primero en el reclutamiento de mujeres para asistir a los heridos de guerra y, más tarde, en la formación de enfermeras profesionales.

En España, con motivo de la Guerra Civil (1936-1939), se produce un fuerte incremento de las necesidades de enfermeras. Durante este periodo, además, se suspende la formación formal existente de practicantes, enfermeras y matronas. Por esto se forman específicamente profesionales para atender a los heridos: enfermeras militares (de Socorro Rojo en la zona republicana y damas enfermeras de militares en la zona nacional), de guerra, y de campaña. A estas profesionales, posteriormente, se les reconoce su estatus como tales y se incorporarán a los diferentes sistemas de atención a la salud.

La Falange Española Tradicionalista y de las JONS fue una institución con un papel predominante en la formación de enfermeras. La Regiduría de la Sec-

ción Femenina formó en los años cuarenta a cientos de enfermeras. Según consta en su anuario de 1944, había que capacitar a las camaradas como enfermeras para las acciones encomendadas por el Caudillo. La Delegación Nacional de Sanidad se ocupó del cuerpo de enfermeras, que tuvo como misión ayudar en la lucha contra la mortalidad infantil. A través del Ministerio del Ejército se formaron enfermeras para asistir a los heridos de guerra, se les encomendó “asistir, distraer y hacer felices en su convalecencia a los heroicos soldados de la Guerra Civil y más tarde a los de la División Azul”.


Hay formas y costumbres militares adquiridas en la relación con el mundo militar que entraron en la enfermería y que han permanecido entre sus manifestaciones. Terminología como el “puesto de enfermeras”, “dar el parte”, “hacer vela”, “órdenes de”, etc., son parte del vocabulario familiar en la comunicación cotidiana entre profesionales de la enfermería y que sin duda recuerdan a expresiones militares.

La influencia de la medicina

Esta relación ha sido tradicionalmente de dependencia, de subordinación de la enfermería a la medicina. Socialmente, el rol-estatus enfermero se ha considerado dependiente del rol-estatus médico y tiene al menos dos explicaciones clave:

- Como consecuencia de la división del trabajo en función del sexo que se refleja en comportamientos y actitudes, denominados como de superioridad, en los estudios de género por parte de los médicos, individualmente o como grupo. Hasta muy recientemente, la imagen física que se esperaba encontrar de un profesional enfermero era femenina y de un médico masculina. Durante un tiempo, la incorporación de hombres a la práctica enfermera se daba en áreas muy concretas y ocurría algo muy similar con la incorporación de las mujeres a la medicina. Cuando por fin tienen acceso los enfermeros a los hospitales, en la década de los años sesenta (teóricamente en igualdad de condiciones que las enfermeras) lo hacen en servicios como laboratorios, radiología, etc., y las médicas en pediatría, laboratorios, etc. Es el proceso lógico hasta la situación deseada, a la que se está llegando, en la que el sexo no imponga ni limitaciones ni ventajas.
- La identificación y el desarrollo de dos saberes, el saber médico y el saber enfermero, que son ideológica y estructuralmente distintos desde sus orígenes. El médico, desde sus inicios, con Hipócrates, se ha identificado con el saber y ha desarrollado conocimientos. El primitivo médico transmitía su saber de manera hermética, sin que éste trascendiera a la sociedad.

Sin embargo, el papel de quienes pueden identificarse más con la enfermera a lo largo del tiempo (parteras, matronas romanas, diaconisas, etc.) ha sido menos místico, más terrenal. Sus conocimientos eran públicos y no esotéricos, eran transmitidos abiertamente. Han sido cuidados efectivos a la persona enferma que conducían a mejorar su estado de salud aunque de forma poco espectacular. La eficacia de estos cuidados se pone de manifiesto si se analiza el papel de improvisadas enfermeras que tuvieron en épocas de epidemias y conflictos bélicos que, sin duda, contribuyeron a que no se diezmaran aún más las poblaciones. Collière describe esta forma de identificación de la enfermería bajo la denominación de (mujer) enfermera-auxiliar del médico y la sitúa en el tiempo comprendido entre principios del s. XX hasta finales de los años sesenta.

 Te conviene recordar...

- 4 El análisis ha sido planteado desde una perspectiva sociológica y se ha tratado de considerar los diferentes fenómenos que han intervenido en la configuración de la enfermería y de los profesionales en los distintos periodos de la historia. Entre la sociedad y sus componentes existe una estrecha relación de influencia mutua: por una parte, la sociedad influye en la configuración que adoptan sus distintos componentes en un momento determinado, así como su evolución a lo largo del tiempo; y, por otra parte, estos componentes actúan como agentes de cambio social, es decir, tienen una importante influencia en la evolución que experimenta la sociedad.
- 4 El capítulo comienza con un análisis de los aspectos más generales que influyen en la evolución de la enfermería (la organización social), posteriormente se profundiza en aspectos más concretos, como las concepciones sobre la salud y la enfermedad y las formas de abordarlas y, por último, analiza los elementos de la propia enfermería que van determinando su imagen, su contribución social, su desarrollo y evolución.
- 4 Se ha tratado de relacionar los fenómenos que se considera que pueden intervenir en el proceso de construcción de la profesión enfermera, ya que este conjunto de fenómenos actúan como un todo. La atención que se ofrece es de determinada manera porque se tiene un concepto determinado de salud y los profesionales actúan en función de su preparación, que también está condicionada por el tipo de atención que se espera que ofrezcan desde la concepción de salud que se tiene en ese momento. Por otra parte, la enfermería trata de incorporar avances en su práctica y formación, pero siempre condicionada por el entorno.
- 4 Tratar de vincular el análisis de la enfermería con el de la sociedad desde una perspectiva plenamente objetiva resultaría un objetivo prácticamente inalcanzable, pues la propia concepción de la sociedad influye al elaborar cualquier tipo de análisis. Por tanto, la visión que se ofrece de la enfermería y la sociedad se plantea en ocasiones desde una perspectiva subjetiva, lo que implica una interpretación personal de la realidad que puede ser compartida o no por quienes lo lean.



BIBLIOGRAFÍA

- Black D, Morris J, Smith C, Town-Send P. Inequalities in health. The Black report. London: Penguin Books; 1982.
- Collière MF. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993.
- Donahue MP. Historia de la enfermería. Barcelona: Doyma; 1985.
- Donati P. Manual de sociología de la salud. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
- Hall DC. Documento básico sobre enfermería. Ginebra: OMS; 1979.
- Henderson VA. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones después de 25 años. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1994.
- Hernández-Conesa J. Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1995.
- Santo Tomás M. Historia de la enfermería. En: Fernández C, Garrido M, Santo Tomás M, Serrano MD. Enfermería fundamental. Barcelona: Masson; 2004.
- Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes; 1998.
- Peregrino E. Salud y enfermedad. Una visión antropológica. En: Mazarrasa L, Germán C, Sánchez AM, Merelles T, Aparicio V. Salud pública y enfermería comunitaria. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2003.

2

Los modelos de cuidados

EL SIGNIFICADO DE LOS MODELOS DE CUIDADOS

Los modelos de cuidados en enfermería tienen un doble significado:

- Son la representación de una realidad que puede denominarse como hecho enfermero, que podría definirse como la manera de llevar a cabo el proceso de cuidar en enfermería.
- Son propuestas para desarrollar dicho proceso desde las aportaciones de la disciplina enfermera.

La práctica enfermera tiene:

- Un objetivo: ¿cuál es?
- Un sujeto al que va dirigida la actuación: ¿quién es? y ¿cómo es?
- Un instrumento metodológico: ¿se trata de un instrumento propio?, ¿cómo es ese instrumento?

- Unos procedimientos: ¿cómo son?, ¿está validada su efectividad en la consecución del objetivo?

Los modelos de enfermería y su posible evolución hacia la consecución de una teoría enfermera son ventajosos para la disciplina (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Ventajas derivadas del uso de los modelos

- Muestran lo esencial en la actuación de la enfermera
- Concretan la identidad de la enfermera en el seno de la comunidad
- Identifican y clarifican la relación de la enfermera con el resto de profesionales de la salud
- Permiten representar de manera teórica la intervención práctica de la enfermera
- Ayudan a desarrollar guías para la práctica, la investigación, la administración y la docencia en enfermería

Te conviene recordar...

- 4 Existen elementos comunes en todos los modelos y teorías de enfermería, a pesar de su elevado número y de la visión particular de cada enfermera en la consideración de los modelos, lo que hace que existan tantos como profesionales de esta disciplina.

EL LENGUAJE DE LOS MODELOS DE ENFERMERÍA: DEFINICIÓN DE CONCEPTOS (EIR 93-94, 1, 7, 12, 109; 01-02, 3; 03-04, 90; 08-09, 7, 13; 09-10, 10)

Los modelos y las teorías de enfermería son el resultado del examen cuidadoso y crítico que hacen los profesionales de los fenómenos y los hechos que conforman la práctica enfermera. Para ello utilizan el método científico y aplican los distintos tipos de razonamiento influidos por supuestos y paradigmas.

Concepto

El Diccionario de la Lengua Española de la RAE recoge varias acepciones en su definición para el término "concepto": "idea que concibe o forma el entendimiento"; "pensamiento expresado en palabras"; "aspecto, calidad, título". Se podría decir que un concepto es una etiqueta que se utiliza para poder comunicar un pensamiento o, como afirma Marriner (2007): "los conceptos ponen nombre a los fenómenos".

En la actualidad, las enfermeras coinciden en la identificación de unos elementos característicos y definitorios de su práctica. Estos elementos componen lo que se denomina marco conceptual, marco referencial o metaparadigma enfermero, y estos elementos son los nombrados cuando se utilizan las etiquetas de persona, salud, entorno, enfermería y cuidado.

Supuestos o paradigmas

Supuesto

La utilización del término "supuesto" en el lenguaje de los modelos y las teorías de enfermería indica que éstos se desarrollan partiendo de unos principios que pueden estar implícita o explícitamente formulados y que, puesto que son considerados como ciertos sin prueba o demostración, podrían no ser compartidos por todo el colectivo de enfermería.

Paradigma

Ejemplo o ejemplar. También se podría definir como un referente, de tal manera que el paradigma sería el referente en la construcción de un modelo o teoría. Para Kuhn (1962) un paradigma es el conjunto de creencias, valores, principios, leyes, teorías y metodologías que sirven como referente para el desarrollo de la ciencia. Cuando se habla de paradigmas se está haciendo referencia a las estructuras, a marcos referenciales a partir de los cuales se desarrolla un modelo o teoría de enfermería.

Modelos y teorías en enfermería (EIR 93-94, 6; 06-07, 4)

- Modelo: esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento. Para Riehl-Sisca (1992), el modelo es "un diseño estructural compuesto de conceptos organizados y relacionados".

- Teoría: conocimiento especulativo considerado con independencia de toda aplicación. Serie de leyes que sirven para relacionar determinado orden de fenómenos. Riehl-Sisca (1992) señala que con frecuencia el concepto “teoría” se considera intercambiable con los conceptos de modelo conceptual, marco conceptual y paradigma. Para esta autora basta con estudiar cuidadosamente una teoría para darse cuenta de que no se trata de un marco conceptual ni de un paradigma, pues: “Una teoría consiste en una serie de conceptos organizados de forma sistemática y conectada lógicamente para explicar su relación”. Chinn y Jacobs (1983) definen una teoría como “un grupo de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, designando interrelaciones específicas entre conceptos, con el objetivo de describir, explicar, predecir o controlar los fenómenos”.

Componentes de los modelos

Los modelos están compuestos por:

- Conceptos y definiciones: ambos elementos son comunes en todos los modelos, puesto que se parte de lo que se denomina marco referencial o conceptual. Sin embargo, como ya se ha visto, la definición de cada uno de estos conceptos puede variar en función del momento histórico en el que se elabora el modelo o el entorno social y cultural de donde proceda. Estas variaciones son el resultado de otro de los componentes de los modelos: los valores.
- Valores: pueden aparecer de forma explícita en la descripción del modelo o bien formar parte del mismo. Este componente refleja las creencias que sobre la profesión tiene la enfermera que describe el modelo y son muestra de los sistemas de valores que tiene el grupo social donde se inserta. Por su carácter, estos valores no pueden ser juzgados como verdad o mentira. La presencia de los valores es, como ya se ha dicho, una de las causas de que no todos los modelos sean aplicables a todos los contextos donde se lleva a cabo el proceso de cuidar en enfermería. Los valores condicionan las definiciones que se hacen de los conceptos pero también se manifiestan en la forma de interrelacionar dichos conceptos y en la selección de unos u otros supuestos a la hora de elaborar un modelo. Por tanto, también se podrá apreciar su efecto sobre otro de los componentes de los modelos: los postulados.
- Postulados: son los supuestos o proposiciones que conforman el sustrato teórico sobre el que descansa el proceso de cuidar en un modelo concreto. Son afirmaciones teóricas que pueden estar tomadas de otras disciplinas y que, a diferencia de los valores, pueden ser sometidas a verificación o estar ya verificadas. También son diferentes de un modelo a otro porque en su elección influye el paradigma predominante y, por tanto, las creencias, los valores, las teorías, las leyes y las metodologías prevalentes. Estos postulados condicionan la manera en que se relacionan los conceptos implicados en el modelo y permiten describir y explicar otro de sus componentes: los elementos.
- Elementos: muestran las categorías implicadas en el proceso de cuidar. Los elementos de un modelo son:
 - La meta o fin de los cuidados, es decir, el objetivo que se persigue en el proceso de cuidar.
 - El sujeto, cliente/paciente, persona/grupo, que participa en el proceso de cuidar.
 - La causa u origen de la situación o el problema que hace necesario iniciar el proceso de cuidar.
 - El foco de intervención de la enfermera.
 - Las formas de intervención que se requieren en el proceso de cuidar.
 - Las consecuencias y resultados esperados en el proceso de cuidar.

Modelos, teorías y pensamiento enfermero

Si se considera como primera manifestación escrita del pensamiento enfermero el texto de Florence Nightingale, *Notas de Enfermería. Qué es y qué no es*, y se analizan hasta la actualidad las publicaciones disponibles sobre modelos y teorías, se encuentra que:

- Las enfermeras que más publicaciones tienen sobre modelos y teorías en enfermería son de EEUU, Canadá y Reino Unido.
- La reaparición de los modelos después de Florence Nightingale se produce entre los años 1950-1980.
- Existen actualmente en España algunas propuestas de modelos realizadas por enfermeras que desarrollan su actividad en este país.

Semejanzas y diferencias entre modelos y teorías (EIR 05-06, 5; 06-07, 101)

En un intento por estudiar mejor los modelos y las teorías de enfermería, algunas enfermeras han tratado de agruparlos a partir de la identificación de aquellos aspectos que tienen en común (Ver Tabla 2). Ya se ha dicho que todos los modelos se encuentran vinculados entre sí por lo que se denomina metaparadigma, es decir, unos conceptos comunes a partir de los cuales se desarrollará cada modelo o teoría. Además del metaparadigma, los modelos y las teorías presentan otros aspectos comunes que pueden identificarse a partir del análisis comparativo de sus propuestas.

Esta directriz común es lo que se denomina tendencia y se define como directriz que permite agrupar y ordenar.

Partiendo de la consideración de la existencia de los paradigmas, Kérouac (1996) (EIR 06-07, 2) analiza los modelos y teorías de enfermería e identifica en ellos la presencia de creencias, valores, principios, leyes, teorías y metodologías que tienen en común y procede a su clasificación en tres paradigmas: de categorización, de integración y de transformación.

Paradigma de categorización

Kérouac distingue dos orientaciones:

- Centrada en la salud pública. Esta orientación se sitúa temporalmente entre los siglos XVIII y XIX y está caracterizada por “la necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios”. Desde la línea que marca este paradigma se puede comprender el interés por el control del medio ambiente demostrado por Florence Nightingale en sus escritos y la importancia que da a la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas. Se puede explicar también desde la óptica de este paradigma la consideración de Nightingale sobre la persona, el entorno, la salud y su concepción del significado de cuidar.
- Centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica. Surge cuando comienzan a controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. Unida al control de estas enfermedades se produce una mejora de las técnicas quirúrgicas, comienza la aplicación de los antisépticos y la enfermedad física es considerada al margen del entorno, de la cultura y de la sociedad. La salud se define como la ausencia de enfermedad y se afirma que el origen de dicha enfermedad es unicausal.

Paradigma de integración

Kérouac sitúa temporalmente este paradigma a partir de la segunda mitad del s. XX. Los modelos y las teorías de enfermería ponen de manifiesto un inte-

Tabla 2. Clasificación de los modelos y teorías

Beck (Poletti, 1980)	UNED (Alberdi et al, 1981)	Marriner (1989)	Marriner y Raile (1994 y 2007)	Kérouac*	Kérouac**
Tendencia ecologista	Tendencia naturalista	Tendencia humanista	Filosofías (1994/2007)	Paradigma de categorización	Escuela de las necesidades
Tendencia existencialista	Tendencia de suplencia y ayuda	Tendencia de relaciones interpersonales	Modelos conceptuales (1994) Modelos enfermeros (2007)	Paradigma de integración	Escuela de la interacción
Tendencia cósmica	Tendencia de interrelación	Tendencia de sistemas	Teorías de nivel medio (1994) Teorías enfermeras (2007)	Paradigma de transformación	Escuela de los efectos deseables
Tendencia sociológica		Tendencia de campos energéticos	Teorías intermedias (2007)		Escuela de la promoción de la salud
					Escuela del ser humano unitario
					Escuela del <i>caring</i>

* Aunque la fuente de la que se han obtenido los datos es Kérouac (1996), las autoras señalan que según la fuente citada la identificación de paradigmas ya estuvo recogida por Fitzpatrick (1989) y Fawcett (1995)

** Aunque la fuente de la que se han obtenido los datos es Kérouac (1996) las autoras señalan que según la fuente citada la clasificación por escuelas ya fue recogida por Meleis (1991)

rés por la persona, de manera que ésta se convierte en el centro de la práctica enfermera.

Este cambio respecto al paradigma de categorización queda justificado por el desarrollo de disciplinas como la psicología. La incorporación de la teoría de la motivación o las terapias orientadas a la persona ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad. La evolución social que se produce en estos momentos marca profundamente los modelos y teorías de enfermería y comienzan a aparecer las diferencias entre la disciplina enfermera y la disciplina médica. Los trabajos de enferme-

ras como Henderson, Peplau u Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma.

Paradigma de transformación

Como afirma Kérouac, el paradigma de transformación representa un cambio sin precedentes. Desde la perspectiva de este paradigma, un fenómeno es único y, por tanto, no puede parecerse totalmente a otro. El paradigma de transformación se puede situar temporalmente a mediados de los años 70 y puede encontrarse su impronta en los modelos y teorías propuestos por Parse, Newman, Rogers y Watson.

Te conviene recordar...

4 Los modelos y teorías de enfermería tienen en común:

- El metaparadigma del que parten y que, como se recuerda, contiene los conceptos de persona, entorno, salud y cuidado.
- Entre ellos existen relaciones en función del paradigma de referencia del que parten. Estas relaciones se concretan en la definición de los conceptos del metaparadigma y en la relación que se establece entre ellos. Estas relaciones permiten identificar las diferencias y semejanzas existentes entre ellos.



BIBLIOGRAFÍA

- Alberdi Castell RM, Arroyo Gordo MP, Mompert García MP. Conceptos de enfermería. Madrid: UNED; 1981.
- Chinn P, Jacobs M. Theory and Nursing. A systematic approach. St. Louis: Mosby; 1983.
- Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
- Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica; 1962.
- Marriner Tomey A, Alligood RM. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Harcourt Elsevier; 2007.
- Poletti R. Cuidados de enfermería. Tendencias y conceptos actuales. Barcelona: Ediciones Rol; 1980.
- Riehl-Sisca J. Modelos conceptuales de enfermería. Barcelona: Doyma; 1992.

3 Corrientes de pensamiento enfermero I: modelos y teorías (1859-1969)

MODELO DE FLORENCE NIGHTINGALE (1859) (EIR 03-04, 94)

El interés de este modelo radica en que se trata de la primera referencia escrita que describe la enfermería como una acción profesional, con una aportación propia y específica a la atención de la salud. Su autora, como se sabe, está considerada la iniciadora de la enfermería moderna.

Breve reseña biográfica

Florence Nightingale nació en la ciudad de Florencia (Italia) (Ver Imagen 1). Murió en 1910, a la edad de 90 años, y su legado abrió el camino hacia la profesionalización del cuidado enfermero.

En el libro *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es*, recoge los que considera los principios fundamentales de la práctica enfermera (Ver Tabla 1).

Conceptos metaparadigmáticos

El más importante es el entorno. Considera el entorno como el conjunto de elementos externos que afectan a la salud de las personas tanto sanas como enfermas. Del entorno cita como elementos fundamentales: la ventilación, la luz, la limpieza, el calor, el ruido, la dieta y el agua.

Enunciados teóricos

- La enfermedad es un proceso reparador.
- El cuidado es un servicio a la humanidad que la enfermera asume y lleva a cabo situando al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él.
- El paciente recibe la influencia de la enfermera, pero es un ser pasivo en lo que se refiere al proceso de cuidar.
- La enfermera deberá tener una formación formal y, además de actuar utilizando el sentido común, tendrá que hacer uso de la perseverancia, de la observación y de la habilidad.

Clasificación

El modelo de Florence Nightingale refleja el paradigma de categorización y no se incluye en ninguna escuela, ya que es considerado como la primera concepción escrita de la disciplina enfermera. Se considera como una filosofía y se engloba en las tendencias ecologista y naturalista.



Imagen 1. Monumento a Florence Nightingale (1820-1910) Londres

Tabla 1. Conceptos metaparadigmáticos del modelo Nightingale

Persona

Paciente

Salud

Ausencia de enfermedad y capacidad para utilizar plenamente los recursos

Entorno

Conjunto de elementos externos que afectan a la salud de las personas tanto sanas como enfermas

Cuidado

Aportación propia de la enfermera a la atención de la salud

Te conviene recordar...

- 4 El interés de este modelo radica en que se trata de la primera referencia escrita que describe la enfermería como una acción profesional, con una aportación propia y específica a la atención de la salud.

Te conviene recordar... (continuación)

- 4 Considera el entorno como el conjunto de elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas y enfermas.
- 4 El modelo de Florence Nightingale refleja el paradigma de categorización y no se incluye en ninguna escuela, ya que es considerado como la primera concepción escrita de la disciplina enfermera.

MODELO DE HILDEGARD E. PEPLAU (1952) (EIR 95-96, 24; 01-02, 5; 03-04, 93; 09-10, 11)**Breve reseña biográfica**

Hildegard E. Peplau nació el día 1 de septiembre de 1909 en la ciudad de Reading en Pensilvania (EEUU). En 1943 se titula en psicología interpersonal y en 1947 obtiene el título de enfermera psiquiátrica. Trabajó como docente en el programa para la obtención del título de enfermería psiquiátrica y, desde 1954 hasta su jubilación, en 1974, desarrolló y dirigió este proyecto. Murió en 1999 (Ver Imagen 2).

Conceptos metaparadigmáticos

En el desarrollo de su teoría ha sido fundamental la influencia recibida de la psicología (Ver Tabla 2).

Enunciados teóricos

La relación entre los conceptos incluidos en el modelo queda expresada a través de los enunciados siguientes:

- La enfermera ha de ser capaz de conocer y de comprender su propia conducta para poder identificar lo que sienten los demás y así poder ayudarlos. A esta forma de entender el modo de hacer enfermería la llama "enfermería psicodinámica" y comporta la aplicación de los principios de las relaciones humanas para dar respuesta y ayudar al sujeto ante las dificultades que van surgiendo en todos los grados de la experiencia.
- Entre la enfermera y el paciente se desarrolla un tipo de relación interpersonal que se puede dividir en cuatro fases. En cada una de estas fases el profesional asume un determinado rol:
 - Fase de orientación: momento caracterizado por la búsqueda de asistencia profesional del paciente frente a la identificación de una necesidad sentida y la ayuda que la enfermera le proporciona para que reconozca el problema y lo oriente en su necesidad de ayuda.
 - Fase de identificación: se establece la relación a partir de la identificación del paciente con aquellas personas que van a proporcionarle la ayuda. La enfermera hace posible que el paciente explore sus sensaciones y reoriente sus sentimientos para la consecución del máximo nivel de satisfacción posible en la relación.
 - Fase de explotación: momento en el que el paciente trata de extraer el mayor partido de la relación que se ha establecido.
 - Fase de resolución: cuando el paciente se libera de la identificación con el profesional y la relación se cierra.
- Los roles adoptados por la enfermera a medida que transcurre su relación con el paciente son los siguientes:
 - Rol de extraño: se da en la fase de identificación.
 - Rol de la persona recurso.
 - Rol docente.
 - Rol de liderazgo.



Imagen 2. Hildegard E. Peplau

Tabla 2. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de Peplau

Persona

Ser humano formado por una parte bioquímica, otra física y otra psicológica

Salud

Desarrollo personal y social de la persona

Entorno

Ámbito físico y contexto cultural

Cuidado

Relación interpersonal terapéutica

- Rol de sustituto: aparece cuando el paciente asigna al profesional este papel de sustituto.
- Rol de asesoramiento: el papel fundamental del profesional según el modelo de Peplau es el representado por este rol.
- Las personas viven, según Peplau, cuatro tipos de experiencias psicobiológicas, que son: la necesidad, la frustración, el conflicto y la ansiedad.

Clasificación

Si se atiende a las diferentes clasificaciones de los modelos se puede afirmar que el de Peplau refleja el paradigma de integración. Está incluido en la escuela de interacción, puesto que el proceso de cuidar se fundamenta en una relación interpersonal terapéutica.

Te conviene recordar...

- 4 En el desarrollo de la teoría de Peplau ha sido fundamental la influencia recibida de la psicología.
- 4 Este modelo refleja el paradigma de integración. Está incluido en la escuela de interacción, puesto que el proceso de cuidar se fundamenta en una relación interpersonal terapéutica.

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON (1955) (EIR 93-94, 8, 102; 96-97, 32)**Breve reseña biográfica**

Virginia Henderson (Ver Imagen 3) nace en 1897, en el seno de una familia numerosa, en Kansas City, Missouri (EEUU). Murió en marzo de 1996. Fue en 1921 cuando se graduó como enfermera en la escuela del ejército.

Conceptos metaparadigmáticos

En el modelo de Virginia Henderson, además de los conceptos que forman parte del metaparadigma enfermero (Ver Tabla 3), aparecen algunos nuevos que precisan una definición (Ver Tabla 4):

- Necesidad: este concepto tiene un sentido diferente al expresado por Orlando, que se verá más adelante. Ha de considerarse la necesidad en términos de requisito y no de requerimiento. Es decir, para Henderson, podría decirse que la necesidad está antes que el problema y, por tanto, el problema es tal porque se parte del requisito que marcan las 14 necesidades básicas.
- Independencia: se define como “el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con la edad, el sexo o la etapa de desarrollo en la que se encuentre cada persona”.
- Dependencia: estado en el cual un sujeto no tiene desarrollado suficientemente, o es inadecuado, su potencial para satisfacer las necesidades básicas.

Enunciados teóricos

Se podría decir que todo su modelo queda resumido en su definición de la función de la enfermería: “La única función de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la



Imagen 3. Virginia Henderson

Tabla 3. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de Henderson**Persona**

Ser constituido por unos componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales

Salud

Independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales

Entorno

Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo sobre la persona

Cuidado

Dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto

Tabla 4. Conceptos propios del modelo de Henderson**Necesidad/requisito**

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber de forma adecuada
3. Eliminar por todas las vías
4. Moverse y mantener una postura adecuada
5. Dormir y descansar
6. Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar los peligros del entorno
10. Comunicarse con los demás
11. Actuar de acuerdo con la propia fe
12. Llevar a cabo acciones que tengan un sentido de autorrealización
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender a descubrir o a satisfacer la curiosidad de manera que se pueda alcanzar el desarrollo normal y la salud

Independencia

El nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con la edad, el sexo o la etapa de desarrollo en la que se encuentra cada persona

Dependencia

Desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas

salud o a su recuperación (o a una muerte serena); actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesaria. Todo esto de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”.

Clasificación

El modelo de Virginia Henderson refleja el paradigma de integración y se in-

cluye en la escuela de las necesidades, puesto que considera que el proceso de cuidar se debe orientar fundamentalmente a la satisfacción de las necesi-

dades básicas o fundamentales de la persona y tratando de conseguir el máximo nivel de independencia para el paciente.

Te conviene recordar...

- 4 En el modelo de Virginia Henderson, además de los conceptos que forman parte del metaparadigma enfermero, aparecen algunos nuevos que precisan una definición: necesidad, independencia y dependencia.
- 4 El modelo de Virginia Henderson refleja el paradigma de integración y se incluye en la escuela de las necesidades.

MODELO DE DOROTHY E. JOHNSON (1958) (EIR 02-03, 28)

Breve reseña biográfica

Dorothy E. Johnson nació el 21 de agosto de 1919 en la ciudad de Savannah, Georgia (EEUU). Falleció en 1988.

Conceptos metaparadigmáticos

Antes de pasar a enunciar las principales afirmaciones teóricas de su modelo, es necesario conocer el significado de los conceptos utilizados para nombrar las distintas categorías que, unidas a los conceptos del metaparadigma enfermero (Ver Tabla 5), son la base de este modelo.

- Conducta: es la respuesta a los cambios en la estimulación sensorial como consecuencia de la coordinación y la articulación de estructuras orgánicas y de procesos.
- Sistema: un sistema es un todo que funciona como un conjunto en virtud de la interdependencia de sus partes.
- Sistema conductual: formas de conducta que constituyen una unidad funcional organizada e integrada, que determina y limita la interacción entre la persona y su entorno.
- Subsistemas: sistema menor especializado, con una meta y una función específicas. Distingue siete subsistemas:
 - De asociación o afiliación.
 - De dependencia.
 - De ingestión.
 - De eliminación.
 - Sexual.
 - De realización.
 - Agresivo o protector.

- Equilibrio: Johnson lo define como “un estado de reposo estable, aunque más o menos transitorio, en el que el individuo se encuentra en armonía consigo mismo y con su entorno”.
- Tensión: indica el inicio de una interrupción del equilibrio.

Enunciados teóricos

Las afirmaciones teóricas resultantes de la relación entre los diversos conceptos implicados en este modelo son:

- Todos los subsistemas que conforman el sistema conductual “persona” pueden describirse y analizarse atendiendo a sus requisitos estructurales y funcionales.
- En el proceso de cuidar, cuando se produce la relación entre el profesional y el paciente, se pueden identificar cuatro elementos estructurales:
 - Aparece un impulso o meta.
 - Tendencia o predisposición a actuar.
 - Elección entre las distintas alternativas de acción.
 - Desarrollo de una conducta.
- Tanto el sistema como los subsistemas tienden a automantenerse y a autopropetarse exigiendo los mismos requisitos funcionales de protección, de nutrición y de estimulación.
- La disfunción en la conducta de los sistemas y de los subsistemas aparece cuando no pueden satisfacerse estos requisitos funcionales, o cuando las relaciones entre los subsistemas dejan de ser armoniosas.
- Las respuestas de los subsistemas se expresan a través de la motivación, de la experiencia y del aprendizaje y reciben la influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales.
- El sistema conductual determina y limita la interacción de la persona con su entorno e intenta alcanzar el equilibrio con la adaptación a los estímulos interiores y del entorno.
- El sistema conductual es el que dirige la relación con el entorno y la enfermera es un elemento externo que interacciona con el sistema.
- La intervención del profesional se producirá cuando el sistema conductual se encuentre en estado de inestabilidad y el objetivo de su actuación será la recuperación del equilibrio en la conducta.

Clasificación

El modelo de Dorothy E. Johnson refleja el paradigma de integración y está incluido en la escuela de los efectos deseables, puesto que habla de la consecución del equilibrio en el sistema conductual “persona”.

Tabla 5. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de Johnson

Persona

Sistema conductual

Salud

Estado dinámico determinado por factores psicológicos, sociales y fisiológicos

Entorno

Elementos externos ajenos a los subsistemas

Cuidado

Dirigido a restaurar y a mantener un equilibrio dinámico del sistema conductual

Te conviene recordar...

- 4 Los conceptos que Johnson utiliza para nombrar las distintas categorías que son la base de su modelo son: conducta, sistema, sistema conductual, subsistemas, equilibrio y tensión.
- 4 El modelo de Dorothy E. Johnson refleja el paradigma de integración y está incluido en la escuela de los efectos deseables.

MODELO DE FALLE GLENN ABDELLAH (1960)**Breve reseña biográfica**

Nace en la ciudad de Nueva York. En 1942 se gradúa con la máxima calificación en la Escuela de Enfermería del *Fitkin Memorial Hospital*. Destaca su vocación internacional, que la llevó a poner en práctica programas de intercambio entre EEUU, la entonces Unión Soviética y Francia. Participó en la definición de programas de investigación en enfermería en la Universidad de Tel-Aviv (Israel).

Conceptos metaparadigmáticos

Para los conceptos generales véase la Tabla 6. Como conceptos propios de su modelo, se identifican:

Problema de enfermería

Situación que vive el paciente o su familia y que la enfermera puede ayudar a resolver mediante sus funciones profesionales. Identifica 21 problemas de enfermería:

- Mantenimiento de una higiene y un bienestar físico correctos.
- Promoción de una actividad adecuada: ejercicio, reposo, sueño, etc.
- Promover la seguridad por medio de la prevención de accidentes, lesiones u otros traumatismos y evitar la propagación de enfermedades.
- Mantener una mecánica corporal correcta y evitar o corregir las deformaciones.
- Facilitar el mantenimiento del aporte de oxígeno a todas las células del cuerpo.
- Facilitar el mantenimiento de la nutrición de todas las células del cuerpo.
- Facilitar el mantenimiento de las evacuaciones.
- Reconocer las respuestas fisiológicas del cuerpo ante los cuadros clínicos, patológicos, fisiológicos y compensatorios.
- Facilitar el mantenimiento de la mecánica y de las funciones de regulación.
- Facilitar el mantenimiento de la función sensorial.
- Facilitar el equilibrio hidroelectrolítico.
- Reconocer y aceptar las expresiones, los sentimientos y las reacciones positivas y negativas.
- Reconocer y aceptar la interrelación entre las emociones y la enfermedad orgánica.
- Facilitar el mantenimiento de una comunicación verbal y no verbal eficaces.
- Promover el desarrollo de unas relaciones interpersonales fructíferas.

Tabla 6. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de Abdellah

Persona

Ser con necesidades físicas, emocionales y espirituales, con capacidad para la autoayuda y el aprendizaje

Salud

Estado en que la persona no tiene ninguna necesidad insatisfecha, ni deterioros reales o previsibles

Entorno

Espacio que rodea al individuo

Cuidado

Acción de ayuda

- Facilitar el avance hacia la consecución de las metas espirituales personales.
- Crear o mantener un entorno terapéutico.
- Facilitar el conocimiento de uno mismo como individuo con unas necesidades físicas, emocionales y de desarrollo variables.
- Aceptar los objetivos óptimos posibles a la luz de las limitaciones existentes, físicas y emocionales.
- Usar los recursos de la comunidad como ayuda para la resolución de problemas que surgen como consecuencia de las enfermedades.
- Comprender el papel de los problemas sociales como factores que influyen en el origen de las enfermedades.

Resolución de los problemas

Exige la identificación del problema, su análisis y la selección de las acciones necesarias para su resolución.

Enunciados teóricos

- Los principios de la profesión que conforman su teoría son los problemas de enfermería y sus distintos tipos de tratamiento.
- La identificación correcta del problema de enfermería es un requisito imprescindible para una buena elección de las acciones que permitan su resolución.
- El núcleo de la enfermería lo constituyen los problemas del paciente.

Clasificación

El modelo de Abdellah refleja el paradigma de integración y está incluido en la escuela de las necesidades, puesto que considera los 21 problemas de enfermería como el núcleo del proceso de cuidar.

Te conviene recordar...

- 4 Como conceptos propios de su modelo se identifican: problema de enfermería y resolución de los problemas.
- 4 El modelo de Abdellah refleja el paradigma de integración y está incluido en la escuela de las necesidades.

MODELO DE LYDIA E. HALL (1961)

Breve reseña biográfica

Tanto su formación como su labor profesional se desarrollaron en el estado de Nueva York (EEUU). A su muerte, en 1969, su trayectoria profesional quedaba marcada por su labor como docente.

Conceptos metaparadigmáticos (Ver Tabla 7)

Enunciados teóricos

- La enfermera actúa sobre los tres componentes del paciente: el cuerpo, la enfermedad que sufre y la personalidad.
- En la medida en que el paciente se libera de la enfermedad requiere una mayor atención en la esfera corporal y en la de su personalidad para así poder acelerar su proceso de recuperación y de reinserción.
- El profesional es el único cualificado para suministrar las enseñanzas, los consejos y la educación que precisa el paciente en la segunda fase de su enfermedad.

Clasificación

El modelo de Lydia E. Hall refleja el paradigma de integración y se incluye en la escuela de los efectos deseables puesto que considera que el proceso de cuidar permite al sujeto tomar conciencia de su situación y esto, previsiblemente, le permitirá mejorar su conducta.

Tabla 7. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de Hall

Persona

Consta de tres aspectos esenciales: cuerpo, patología y personalidad

Salud

La salud está relacionada con la toma de conciencia de la persona respecto a su situación

Entorno

No define el entorno, aunque hace continuas referencias al medio hospitalario y a las personas que atienden al paciente

Cuidado

Acciones realizadas sobre el cuerpo, que se modificarán en función de la evolución de la patología y del tratamiento y se adaptarán a la personalidad del individuo

MODELO DE IDA JEAN ORLANDO (1962) (EIR 04-05, 66)

Breve reseña biográfica

Ida Jean Orlando nació el 12 de agosto de 1926.

Conceptos metaparadigmáticos (Ver Tabla 8)

Enunciados teóricos

- La función profesional de la enfermería consiste en la identificación y la satisfacción de las necesidades inmediatas del paciente, que éste no puede cubrir debido a sus limitaciones físicas.
- La dificultad para satisfacer las necesidades por sí mismo ocasiona en

el paciente un estado de incomodidad y un sentimiento de desamparo.

- Durante el establecimiento de la relación entre la enfermera y el paciente se suceden una serie de respuestas. En primer lugar, ambos proceden a observar mutuamente sus conductas. "Proceso de enfermería" es el término designado para nombrar el papel que desempeña la enfermera y "reacción inmediata" el término que designa la respuesta de ambos durante el contacto.

Clasificación

El modelo de Ida Jean Orlando refleja el paradigma de integración y se incluye en la escuela de interacción, puesto que se refiere al cuidado como un proceso interactivo.

Tabla 8. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de Orlando

Persona

Ser único e individual, capaz de desarrollarse y de satisfacer su necesidad de ayuda

Salud

Sentimiento de bienestar y de comodidad física y mental

Entorno

Contexto en el que se desarrolla el proceso de cuidar

Cuidado

Interacción entre la enfermera y el paciente que permite identificar y satisfacer la necesidad de ayuda de éste último

MODELO DE MOYRA ALLEN (1963)

El modelo de Moyra Allen está considerado por Kérouac (1996) como el máximo exponente de aquéllos que se agrupan dentro de la escuela de la promoción de la salud.

Conceptos metaparadigmáticos

Los conceptos del metaparadigma enfermero son definidos por Allen del modo que se refleja en la Tabla 9.

Enunciados teóricos

- Para una nación la salud es su recurso más preciado.
- La familia se encuentra en interacción con el entorno y con la comunidad y su objetivo es alcanzar el mejor nivel de salud posible.
- La familia y el individuo aprenden sobre la salud a través del descubrimiento personal y de una participación activa en el seno de la familia, que es la que acumula y transmite los conocimientos sobre la salud.
- El aprendizaje se produce mediante el establecimiento de las relaciones interpersonales y está condicionado por la capacidad que tengan la familia, la comunidad y el propio individuo.

Clasificación

El modelo de Moyra Allen refleja el paradigma de integración y se incluye en la escuela de la promoción de la salud, puesto que considera que el proceso de cuidar debe orientarse fundamentalmente a la promoción de la salud.

Tabla 9. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de Allen**Persona**

La propia familia, que es la unidad del cuidado

Salud

No es un estado ni una finalidad

Entorno

El contexto en el que se produce el aprendizaje del significado de la salud y de los hábitos de salud

Cuidado

El mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus integrantes

Tabla 10. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de Travelbee**Persona**

Ser único e irremplazable, con capacidad y diferente a los demás individuos

Salud

Ausencia de enfermedad (criterio objetivo) y sensación de bienestar físico, mental y espiritual (criterio subjetivo)

Entorno

Experiencias de vida por las que atraviesan las personas

Cuidado

Establecimiento de relaciones interpersonales entre la enfermera y el sujeto (persona o familia)

MODELO DE JOYCE TRAVELBEE (1964)**Breve reseña biográfica**

Joyce Travelbee nació en EEUU en el año 1926. Falleció en 1973.

Conceptos metaparadigmáticos (Ver Tabla 10)**Enunciados teóricos**

- La enfermera tiene la responsabilidad de ayudar a las personas y a la familia a encontrar un sentido a la enfermedad y al sufrimiento. Este

objetivo sólo puede conseguirse si entre el profesional y el paciente se establece una relación de persona a persona.

- El proceso de cuidar se inicia con el encuentro entre el profesional y el paciente; le siguen la revelación de identidades y la empatía, para a continuación producirse la simpatía, que concluye con la compenetración.

Clasificación

El modelo de Joyce Travelbee refleja el paradigma de transformación y se incluye en la escuela de la interacción, puesto que establece la efectividad del proceso de cuidar en la interacción entre el profesional y el paciente o la familia.

Te conviene recordar...

- 4 El modelo de Lydia E. Hall refleja el paradigma de integración y se incluye en la escuela de los efectos deseables.
- 4 El modelo de Ida Jean Orlando refleja el paradigma de integración y se incluye en la escuela de interacción.
- 4 El modelo de Moyra Allen está considerado como el máximo exponente de aquéllos que se agrupan dentro de la escuela de la promoción de la salud y refleja el paradigma de integración.
- 4 El modelo de Joyce Travelbee refleja el paradigma de transformación y se incluye en la escuela de la interacción.

MODELO DE ERNESTINE WIEDENBACH (1965)**Breve reseña biográfica**

Ernestine Wiedenbach nació en EEUU en 1900, en el seno de una familia de inmigrantes alemanes. Murió en 1996.

Conceptos metaparadigmáticos (Ver Tabla 11)**Clasificación**

El modelo de Ernestine Wiedenbach refleja el paradigma de integración y se incluye en la escuela de interacción, puesto que se refiere al cuidado como un proceso interactivo. Se podría incluir en la tendencia existencialista y entre las de suplencia y ayuda y de relaciones interpersonales.

Tabla 11. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de Wiedenbach**Persona**

Ser único, movido por su afán de autodeterminación, con capacidad para la autoconciencia y la autoaceptación

Salud

Definida en términos de independencia y de autodeterminación o de capacidad de la persona para garantizarse los recursos necesarios para el mantenimiento y la sustentación

Entorno

Objetos, leyes, situaciones, momentos y seres humanos con influencia sobre la persona y que se manifiestan de un modo imprevisible y causan perturbación en ella

Cuidado

Mezcla deliberada de pensamientos, acciones, percepciones y sentimientos que persiguen, a través del proceso de cuidar, comprender a la persona considerando su situación, sus necesidades y su condición

MODELO DE MYRA ESTRIN LEVINE (1967)**Breve reseña biográfica**

Obtiene su diploma de enfermera en el año 1944 en la Escuela de Enfermería del Condado de Cook (EEUU).

Conceptos metaparadigmáticos (Ver Tabla 12)

Enunciados teóricos

A partir del concepto de “conservación”, Levine enuncia cuatro principios:

- Principio de conservación de la energía.
- Principio de conservación de la integridad estructural.
- Principio de conservación de la integridad personal.
- Principio de conservación de la integridad social.

“Todas las intervenciones de enfermería están dirigidas a la conservación de los cuatro principios enunciados. La enfermera, a través del proceso de cuidar, contribuye a la conservación de la energía del paciente, de su integridad estructural, de su integridad personal y de su integridad social” (Levine, 2007).

Clasificación

El modelo de Myra Estrin Levine refleja el paradigma de transformación y se incluye en la escuela de los efectos deseables, puesto que considera que el proceso de cuidar permite conseguir la adaptación del sujeto a través de la conservación de la energía.

MODELO DE IMOGENE KING (1968)

Breve reseña biográfica

Obtiene su diploma como enfermera en 1945 por el *St. John's Hospital of Nursing* de San Luis (EEUU).

Conceptos metaparadigmáticos (Ver Tabla 13)

Tabla 12. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de Levine

Persona Ser íntegro (holístico) que mantiene una relación continua entre las partes y las funciones que posee	grupo social y de la evolución que experimenta la propia persona
Salud La salud está en función del carácter de las creencias de cada	Entorno Espacios que interaccionan con el sujeto
	Cuidado Interacción humana

Tabla 13. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de King

Persona Sistema en interacción continua con otros sistemas
Salud Proceso de crecimiento y desarrollo humano que no siempre transcurre tranquilo y sin conflictos
Entorno Conjunto de todos los sistemas, asociado al concepto “espacio”
Cuidado Proceso de acción, reacción e interacción

Clasificación

El modelo de Imogene King refleja el paradigma de integración y se incluye en la escuela de la interacción puesto que se considera que en el proceso de cuidar se establecen acciones y reacciones.

Te conviene recordar...

- 4 El modelo de Ernestine Wiedenbach refleja el paradigma de integración y se incluye en la escuela de interacción.
- 4 El modelo de Myra Estrin Levine refleja el paradigma de transformación y se incluye en la escuela de los efectos deseables.
- 4 El modelo de Imogene King refleja el paradigma de integración y se incluye en la escuela de interacción.



BIBLIOGRAFÍA

- Halterman TD, Kay Dicus D, McClure EA, Schemeiser DN, Taggart FM, Yancey R. Faye Glenn Abdellah: 21 problemas de enfermería. En: Marriner Tomey A, Alligood RM. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- Howk Ch, Brophy GH, Carey ET, Noll J, Rasmussen L, Searcy B et al. Hildegard E. Peplau: enfermería psicodinámica. En: Marriner Tomey A, Alligood RM. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- Kérrouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
- Levine ME. Trophicognosis: an alternative to nursing diagnosis. En: Marriner Tomey A, Alligood RM. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Harcourt Elsevier; 2007.

4

Corrientes de pensamiento enfermero II: modelos y teorías (1970- actualidad)

MODELO DE MARTHA E. ROGERS (1970) (EIR 05-06, 4)

Breve reseña biográfica

Martha E. Rogers nació el 12 de mayo de 1914 en Texas (EEUU). Su labor profesional transcurre en el ámbito docente hasta su muerte, en 1994.

Conceptos metaparadigmáticos (Ver Tabla 1)

Enunciados teóricos

La relación entre los conceptos enunciados la llevan a formular las siguientes afirmaciones teóricas:

- El ser humano es un campo de energía unitario, con integridad propia y que se manifiesta a través de sus cualidades, que son más y distintas que la suma de sus partes.
- El ser humano y su entorno intercambian entre sí materia y energía.
- El proceso vital tiene como característica la felicidad y, por tanto, es unidireccional e irreversible.
- El modelo y la organización permiten identificar al ser humano y reflejar su condición global e innovadora.
- El ser humano se caracteriza por su capacidad de abstracción creativa, el lenguaje y el pensamiento, las sensaciones y las emociones.

Clasificación

El modelo de Martha Elizabeth Rogers refleja el paradigma de transformación y se incluye en la escuela del ser humano unitario y Marriner (2007) lo considera dentro de los modelos conceptuales de grandes teorías.

Se puede incluir el modelo de Rogers en la tendencia cósmica, de interrelación y de campos energéticos.

Tabla 1. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de Rogers

Persona

Sistema abierto en interacción con su entorno

Salud

- Definida desde la cultura y desde la propia persona
- Considerada como un valor y un proceso de intercambio energético

Entorno

- Campo de energía unitario e irreductible, carente de dimensión espacio-tiempo
- Es un dominio sin límites

Cuidado

Favorece la interacción armoniosa entre persona y entorno

MODELO DE CALLISTA ROY (1971)

Breve reseña biográfica

Sor Callista Roy nace en 1939 en la ciudad de Los Ángeles, California (EEUU). Obtuvo su título de enfermera en 1963 (Ver Imagen 1).

Conceptos metaparadigmáticos (Ver Tabla 2)



Imagen 1. Callista Roy

Tabla 2. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de Roy

Persona

Ser biológico, psicológico y social en interacción constante con un entorno cambiante

Salud

Estado y proceso a la vez

Entorno

Conjunto de circunstancias, situaciones e influencias que pueden modificar y provocar la aparición de comportamientos en el sujeto

Cuidado

Contribuye a la mejora del estado de salud y de la calidad de vida del sujeto

Enunciados teóricos

La relación entre los conceptos enunciados lleva a Callista Roy a formular una serie de afirmaciones teóricas. Su estudio permite hacer una síntesis de dichas afirmaciones, expresadas en los siguientes enunciados:

- El objetivo de la enfermería es ayudar a las personas en el proceso continuo de adaptación en el que se encuentran para conseguir que la respuesta adaptativa sea una respuesta eficaz, para lograr así un nivel óptimo de bienestar.
- El nivel de adaptación de un sujeto depende del efecto que tengan los estímulos focales, contextuales y residuales.
- Los subsistemas regulador y cognitivo, subsistemas relacionados con el afrontamiento, están unidos entre sí por la percepción. Cuando un estímulo entra al subsistema regulador se transforma en percepción,

que es a su vez un proceso propio del subsistema cognitivo. A esta percepción le sigue una respuesta que entrará de nuevo en el subsistema regulador y cognitivo.

- Las respuestas a los estímulos se producen a través de los cuatro modos adaptativos y permiten alcanzar la integridad fisiológica, psicológica y social.
- Los subsistemas regulador y cognitivo y los modos de adaptación se interrelacionan para formar un sistema global y complejo que es la persona y que está regido por la necesidad de adaptación.

Clasificación

El modelo de Roy refleja el paradigma de integración y se incluye en la escuela de los efectos deseables. El modelo forma parte de las tendencias existencialistas de interrelación y de relaciones interpersonales.

Te conviene recordar...

- 4 El modelo de Martha Elizabeth Rogers refleja el paradigma de transformación y se incluye en la escuela del ser humano unitario.
- 4 El modelo de Roy refleja el paradigma de integración y se incluye en la escuela de los efectos deseables.

MODELO DE MARILYN K. CHRISMAN Y JOAN RIEHL-SISCA (1974)

Breve reseña biográfica

Marilyn K. Chrisman y Joan Riehl-Sisca anuncian su modelo en 1974, aunque aparece publicado en 1989 como capítulo de un libro editado por Riehl-Sisca sobre modelos conceptuales de enfermería.

Conceptos metaparadigmáticos (Ver Tabla 3)

Enunciados teóricos

- Los seres humanos constituyen un grupo de sistemas dinámicos que se encuentran inmersos en el continuum del desarrollo y que están en interacción con el entorno.
- Los cambios biológicos, interpersonales e intrapersonales están contenidos en el desarrollo del sujeto e influyen sobre su salud. Estos cambios son inherentes a la vida y son la manera que tienen los sistemas para mantener su estabilidad.
- El sujeto en su desarrollo acumula informaciones y efectos pasados a través del continuum.
- Esta carga se hace patente en el presente y se proyecta en el futuro.
- La situación que vive un paciente resulta de la interacción entre el sistema humano, el entorno y el tiempo.

En relación con el proceso de estrés:

- El proceso de estrés señala los problemas que pueden surgir en la estructura y en la función del sujeto.
- Los problemas de función son los que se refieren al equilibrio del sistema y a la evolución del desarrollo.
- Los problemas de forma se refieren al efecto que tienen el tiempo y el entorno sobre el organismo.

Tabla 3. Conceptos metaparadigmáticos en Chrisman y Riehl-Sisca

Persona

Ser humano que existe dentro de un marco de evolución constituido por los sistemas biológico, interpersonal e intrapersonal, que forman una unidad abierta al entorno y susceptible de cambio

Salud

Completo bienestar físico, mental y social

Entorno

Espacio donde "existe" el paciente

Cuidado

Acciones que actúan sobre el continuum de los sistemas de la persona y de su desarrollo

Clasificación

Después de analizar el modelo y el significado de las distintas categorías se podría considerar este modelo dentro de la escuela de los efectos deseables, puesto que se espera conseguir, a través del proceso de cuidar, un efecto terapéutico además del bienestar del sujeto.

MODELO DE BETTY NEUMAN (1975)

Breve reseña biográfica

Betty Neuman nace en Ohio (EEUU) en 1924. En 1947 terminó sus estudios como enfermera general.

Conceptos metaparadigmáticos (Ver Tabla 4)

Tabla 4. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de Neuman**Persona**

Sistema que incluye factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que permanecen en relación dinámica y conforman un todo integral, capaz de desarrollarse

Salud

- Vinculada al bienestar y definida como un continuum que oscila entre ésta y la enfermedad
- Es un estado anímico

Entorno

Conjunto de factores internos y externos que mantienen una relación recíproca con la persona

Cuidado

El proceso de cuidar exige la consideración de todas las variables que condicionan la respuesta del ser humano al estrés

Enunciados teóricos

- Como sistemas, los sujetos (individuos o familias) son únicos, pero comparten entre ellos una serie de características con las que se pueden establecer unos criterios de normalidad que responden a esa estructura básica común.
- Los factores estresantes inciden de manera distinta sobre los pacientes. Esa incidencia está relacionada con las características del factor estresante y con la particularidad del sujeto.
- Las respuestas que cada paciente genera frente al entorno conforman su línea normal de defensa y son un patrón de referencia para medir las desviaciones de la salud.
- El sistema-paciente dispone de una serie de factores o líneas de resistencia que sirven para estabilizarlo y para devolverlo a su estado habitual de bienestar.
- La prevención primaria se relaciona con el objetivo de promoción de la salud e implica la identificación y la reducción de los posibles factores de riesgo.
- La prevención secundaria está relacionada con la presencia de ciertos síntomas, que constituyen la respuesta a un factor estresante, y supone la intervención y la aplicación del tratamiento para reducir los efectos nocivos.
- La prevención terciaria recoge las actuaciones que tendrán lugar en el momento en que comienza la recuperación del paciente. Enlaza con la prevención primaria.

Clasificación

El modelo de Betty Neuman refleja el paradigma de transformación y se incluye en la escuela de los efectos deseables, puesto que se espera que el proceso de cuidar consiga la estabilidad del sistema humano en relación con el entorno.

MODELO DE NOLA J. PENDER (1975)**Breve reseña biográfica**

Nola J. Pender nació en 1941 en Lansing, Michigan (EEUU).

Conceptos metaparadigmáticos (Ver Tabla 5)**Tabla 5. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de Pender****Persona**

- Ser que se expresa de forma única y personal
- Centro de interés del modelo

Salud

Estado altamente positivo

Entorno

Aunque no define explícitamente el entorno, se puede considerar que está formado por los denominados "factores modificantes"

Cuidado

Favorece el desarrollo de conductas de salud

Enunciados teóricos

- La adquisición, el mantenimiento o el cambio de las conductas de salud están condicionados por los factores cognitivo-perceptivos inherentes al sujeto.
- Los factores modificantes tienen incidencia sobre las conductas de salud, pero inferior a la ejercida por los factores cognitivo-perceptivos.
- Para conseguir la adquisición, el mantenimiento o el cambio en las conductas de salud debe establecerse un plan de acción.
- El nivel de compromiso que un sujeto adquiere respecto a un plan de acción dependerá del beneficio o del obstáculo percibido, de la autoeficacia percibida y de la relación afecto-actividad, todo ello asociado a las influencias interpersonales y situacionales que experimenta el sujeto.

Clasificación

Al analizar el modelo, podría ser considerado dentro de las tendencias existencialistas, de interrelación y de relaciones interpersonales.

**MODELO DE MADELEINE LEININGER (1978)
(EIR 00-01, 39)****Breve reseña biográfica**

Nace en Sutton, Nebraska (EEUU). Se especializa en enfermería psiquiátrica en 1954.

Conceptos metaparadigmáticos (Ver Tabla 6)**Tabla 6. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de Leininger****Persona**

Ser unido de manera inseparable a su cultura

Salud

Las creencias, los valores y las formas de actuar que son culturalmente conocidos y utilizados

Entorno

Contexto en el que se encuentra la persona y que está formado por componentes físicos, ecológicos y sociales

Cuidado

Proceso personalizado

Enunciados teóricos

- Un comportamiento sólo tiene significado en la medida en que se incluye en el entorno.
- El proceso de cuidar en enfermería exige el respeto a los valores culturales y a los estilos de vida de las personas.
- En la medida en que los cuidados enfermeros prestados se alejen de los valores asistenciales genéricos o populares irán surgiendo los conflictos y las tensiones culturales entre los profesionales y los pacientes. Al contrario, se producirán unos resultados más satisfactorios en el proceso de cuidar cuando exista una estrecha relación entre las creencias y las prácticas de quienes prestan cuidados y de quienes los reciben.
- Las reformas emprendidas en la atención sanitaria no tendrán éxito si no tienen en cuenta los valores, las creencias y las prácticas de tipo cultural.

Clasificación

El modelo de Leininger es un modelo que refleja el paradigma de transformación y se incluye en la escuela del *caring*, puesto que considera que el proceso de cuidar está vinculado a la cultura y, por tanto, el cuidado adquiere un sentido cultural. Su teoría ofrece una visión amplia, holística y extensa de los grupos humanos, las poblaciones y las especies.

MODELO DE MARGARET A. NEWMAN (1979)

Breve reseña biográfica

Margaret A. Newman nace el 10 de octubre de 1933 en la ciudad de Memphis, Tennessee (EEUU) y se gradúa en enfermería en 1962 por la Universidad de Tennessee.

Conceptos metaparadigmáticos (Ver Tabla 7)

Enunciados teóricos

- Movimiento, espacio, tiempo y consciencia están íntimamente relacionados, de manera que:
 - Las personas concretan su consciencia o capacidad para interactuar con el entorno a partir del movimiento.
 - El tiempo, unido al movimiento, provoca percepciones distintas de situaciones objetivamente iguales y ello incide sobre la consciencia.

Tabla 7. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de Newman

Persona

Se refiere a la persona considerándola como “consciencia” que puede ser identificada a través de los “patrones individuales de consciencia”

Salud

Es la resultante de la fusión de “enfermedad” y “no enfermedad”

Entorno

Campo de energía que encuentra sus límites en los del universo

Cuidado

Mediación de la enfermera entre una persona, una familia o una comunidad y su patrón respectivo

- La teoría de la evolución humana formulada por Young y la acción del movimiento, del tiempo y del espacio sobre el desarrollo de la consciencia muestran, según Newman, un paralelismo.

Clasificación

El modelo de Margaret Newman refleja el paradigma de transformación y se incluye en la escuela del ser humano unitario, puesto que se refiere a la persona como un patrón de consciencia total y único.

MODELO DE JEAN WATSON (EIR 08-09, 18)

Breve reseña biográfica

Margaret Jean Harman Watson nace en el sur de Virginia Occidental el 21 de julio de 1940, en el seno de una familia numerosa de la que era la menor de ocho hermanos. Su infancia y adolescencia transcurren en un ambiente familiar de creencias sólidamente arraigadas que serán, posiblemente, las raíces sobre las que desarrollará posteriormente su pensamiento humanista. Se formará como enfermera en la Escuela de Enfermería Lewis Gale, en Roanoke, Virginia, donde obtendrá su graduación en el año 1961.

Valores del modelo

Watson señala los siguientes valores sobre los que descansa su filosofía y teoría de los cuidados humanos:

- Profundo respeto por las preguntas y misterios de la vida.
- Reconocimiento de la dimensión espiritual de la vida y del poder interior de los cuidados humanos y del proceso de curación.
- Respeto de la autonomía humana y la libertad de elección.
- Reconocimiento del mundo subjetivo de la persona y reverencia por la persona y la vida humana.

Postulados del modelo

- El pensamiento humanista le hace creer en los aspectos positivos del ser humano y en cómo le permiten crecer y fomentar sus capacidades de autodesarrollo, de autorrealización y de autorregulación si tiene la oportunidad de disponer del espacio y el tiempo adecuados.
- La perspectiva holística del ser humano le hace entender que las diferentes partes que lo componen conforman un todo que es más diferente que la suma de sus partes.
- El desarrollo de la psicoterapia humanista le permite conocer y obtener herramientas para abordar el proceso de cuidados y entenderlo como una ayuda que tiende a facilitar el redescubrimiento y desarrollo de las potencialidades propias y del medio, teniendo en cuenta la creatividad, lo imaginario, la capacidad lúdica y la responsabilidad, tanto de la persona a la que se cuida como de la propia enfermera.
- La creencia de que existe en el ser humano un aspecto que es considerado su esencia, el espíritu, le permite considerar el proceso de cuidados como un compromiso ético que refuerza la evolución espiritual de la humanidad.
- La creencia acerca de que el ser humano trasciende, en cuanto que posee espíritu y que es un ser en el mundo, le hace afirmar que en la experiencia del cuidado la trascendencia aparece en cuanto que contribuye a la preservación de la humanidad en el individuo y en la sociedad.

- El ser humano aprehende la realidad desde la perspectiva de sus significados, lo que hará que Watson se refiera a la necesidad de la empatía en el proceso de cuidados para aproximarse a la manera en que la persona ha aprehendido la realidad de su salud y su cuidado.
- El proceso de cuidar es un proceso de enseñanza-aprendizaje de doble sentido, lo que le hace afirmar que se produce una transacción o intercambio de historias de vida entre la persona cuidada y la persona cuidadora.

Conceptos metaparadigmáticos

Significado de persona

“Ser compuesto por cuerpo, alma y espíritu, inmerso en el mundo”. La manera en la que Watson define el significado de persona entronca directamente, y viceversa, con la visión filosófica y metafísica que ella tiene acerca de la persona y de su existencia. Este cuerpo, en la persona, está vinculado a un espíritu o alma. Este “alma humana, espíritu, mente o un más elevado sentido del yo” es para Watson, como ya se ha dicho al hablar de los postulados, la esencia del ser humano. Los mecanismos mentales y espirituales interiores de la persona son los que posibilitan su curación y transforman a la persona en agente de cambio.

Significado de salud

“Es la manifestación de la armonía entre cuerpo, alma y espíritu”. Cuando los distintos componentes de la persona se hallan en unión y armonía la persona tiene salud. Cuando esa unión y armonía se pierden, la persona pierde a su vez su salud. Esta definición del concepto de salud entronca directamente, según Watson, con el denominado modelo eudemonístico de salud (de la palabra griega *eudaimonia*: vida buena, felicidad) acuñado por Smith.

Significado de entorno

“Está constituido por todas las fuerzas del universo y el entorno inmediato de la persona”. Para su autora el entorno, del mismo modo que para Rizzo-Parse, es el universo entero. Nada hay en este universo que no tenga o pueda tener una influencia sobre la persona y a la vez pueda ser influenciado por ésta. Así, la dimensión del entorno se hace infinita. Si a esto se añade que el universo está en continuo cambio y crecimiento, la complejidad que tendrá el proceso de cuidar queda explicitada. El significado de cuidarse comenzará advirtiéndolo al lector de que Watson no parece diferenciar entre el cuidar genérico y el cuidar profesional. Es por ello que no se deberían enjuiciar sus planteamientos sobre el cuidado y tacharse de grandilocuentes o pretenciosos cuando, en la línea en la que se pronunciaba Heidegger sobre el cuidado, Watson afirma que “el cuidado y el amor comprenden la energía física primaria y universal”.

En el proceso de cuidar, definido por Watson como el momento compartido de la transacción de cuidados, las capacidades humanas de la enfermera y el paciente crecen de tal manera que ambos experimentan nuevas oportunidades para un mayor conocimiento de sí mismos y del universo. La transacción permite que los mundos subjetivos de las personas entren en contacto. Sucede lo que Watson denomina como “acontecimiento” u “ocasión real de cuidados”, que implica acción y elección tanto del profesional como de la persona cuidada; ambos tienen la oportunidad de decidir cómo entrar en relación y qué hacer en cada momento. El cuidado humano requiere, según Watson, un conocimiento de la conducta y de las respuestas humanas frente a la salud, un conocimiento y comprensión de las necesidades del individuo y cómo responder a estas necesidades, un conocimiento de los recursos y limitaciones, además del significado de la situación para la persona y de la forma de confortar, ofrecer cariño y empatía. Según Watson, la vida humana es un “estar en el mundo” que es “continuo en el tiempo y el espacio”.

Este estar en el mundo que es la vida humana, unido a la idea de que la persona no es sólo un organismo ni simplemente un ente espiritual, hace posible que las personas puedan trascender ese mundo al controlarlo, someterlo, cambiarlo o vivir en armonía con él.

Significado de enfermería

Para Watson la enfermería puede definirse como “una ciencia humana de experiencias salud-enfermedad-curación que son mediatizadas por una transacción de cuidados profesionales, personales, científicos, estéticos, humanos y éticos”.

- ¿Qué es la enfermería?: una ciencia humana y una actividad artística.
- ¿Cuál es su objeto de estudio?: las experiencias salud-enfermedad-curación de las personas y cómo influye sobre estas experiencias la transacción de cuidados.
- ¿Cuál es su objetivo?: ayudar a las personas a obtener un mayor grado de armonía.
- ¿Cuáles son sus herramientas de trabajo?: el método científico, apoyado en las metodologías de corte cualitativo y la incorporación de otros enfoques que permitan una observación más estrecha y sistemática de las experiencias salud-enfermedad-curación.

La doble condición de la enfermería, como ciencia humana y actividad artística, hace necesaria la utilización de herramientas muy variadas. La Dra. Watson afirma que no se puede renunciar al método científico como herramienta, pero plantea la necesidad de abrirse hacia el conocimiento y utilización de herramientas de corte tradicional. En este sentido dice que en las transacciones de cuidados humanos se incluye el “uso único que la enfermera hace de sí misma mediante los movimientos, sentidos, tacto, sonidos, palabras, colores y formas en los que ella transmite y refleja de nuevo la percepción que tiene la persona a la que cuida”.

Supuestos y afirmaciones

Estos supuestos o afirmaciones resultan de poner en clave enfermera las ideas acumuladas a través de los postulados y valores y que ya sirvieron en su momento para definir los conceptos metaparadigmáticos.

A continuación se muestran una serie de supuestos enunciados en *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*:

- El cuidado sólo puede ser eficaz practicado de manera interpersonal: será siempre eficaz en tanto que, desde la perspectiva de Watson, y recordando también el pensamiento expresado por Heidegger, recogido en los postulados, es una parte de la energía física primaria y universal.
- El cuidado incluye factores de cuidados derivados de la satisfacción de ciertas necesidades humanas: las necesidades humanas, como ya se ha visto en los postulados, son para Watson un punto de referencia. El cuidado se configurará, entre otras cosas, a partir de todo aquello (factores de cuidados) que es necesario para satisfacer dichas necesidades.
- Cuidar significa aceptar a la persona tal como es y cómo puede llegar a ser: en este supuesto se puede ver reflejada la idea del crecimiento continuo que se produce en las personas. También se pone de manifiesto el poder que se encierra en el ser humano para alcanzar la salud. Si ésta surge de la armonía entre el yo percibido y el yo experimentado, cuidar exige una autoaceptación de la persona para que esto pueda ayudarla a conseguir la armonía y obtener salud.

- El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal y familiar: este crecimiento se comprenderá si se recuerda que el cuidado sólo puede ser practicado desde la transpersonalidad que se da en la relación de cuidar y que provoca, según Watson, un crecimiento de las dos personas que participan en el proceso.
- Un entorno de cuidado permite el desarrollo del potencial de la persona y facilita la elección de la mejor acción posible en un momento determinado: si el cuidado es transpersonal permite el conocimiento de la persona a través de la empatía, lo cual permitirá llevar a cabo la mejor acción posible para cada momento o situación.
- El cuidado es más salud-genético que la curación: es decir, el cuidado genera salud porque para cuidar se han de activar no sólo los conocimientos biofísicos sobre la persona, sino también los conocimientos sobre la conducta humana y potenciar así comportamientos que permiten a la persona generar y promover su salud.
- La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería: la enfermería es, según Watson, la ciencia humana del cuidado.

Los diez factores de cuidados (*original ten curative factors*)

Se podría decir que los diez factores de cuidados son un enunciado teórico con el que Watson concluye su reflexión sobre el proceso de cuidar. Estos diez factores de cuidados tienen su referente en los factores curativos enunciados por Yalom (Ver Tabla 8).

- Sistema de valores humanístico y altruista.
- Fomentar la fe y la esperanza.
- Sensibilidad hacia uno mismo y los demás.
- Relación de cuidados humanos de ayuda y confianza.
- Expresión de sentimientos positivos y negativos.
- Usar la creatividad para resolver problemas.

- Enseñanza y aprendizaje transpersonal.
- Apoyo, protección o corrección mental, física, sociocultural y espiritual.
- Satisfacer las necesidades humanas.
- Aceptación de fuerzas existenciales fenomenológico-espirituales.

MODELO DE JOAN RIEHL-SISCA

Breve reseña biográfica

Nace en Davenport, Iowa (EEUU), pero pasó su infancia y su juventud en Chicago. En 1980 obtiene el doctorado.

Conceptos metaparadigmáticos (Ver Tabla 9)

Clasificación

El modelo de Joan Riehl-Sisca refleja el paradigma de integración y podría quedar incluido en la escuela de la interacción, puesto que considera que la efectividad del proceso de cuidar está relacionada con el resultado de la interacción.

MODELO DE NANCY ROPER, WINIFRED W. LOGAN Y ALISO J. TIERNEY (1980)

Breve reseña biográfica

Las tres coautoras del modelo se graduaron en la Universidad de Edimburgo y su relación de trabajo se inicia en el año 1976.

Tabla 8. Factores curativos para la psicoterapia de grupo enunciados por Yalom

Esperanza

El grupo ofrece esperanza de que el tratamiento será efectivo porque se comprueba cómo otros miembros más antiguos van mejorando

Universalidad

El grupo permite comprender que uno no es el único que tiene cierto problema

Información

Aunque el grupo no sea puramente educativo, aprende aspectos específicos de la enfermedad que sus miembros comparten

Altruismo

El grupo permite descubrir que puede ayudar a otros

Recapitulación correctiva del grupo familiar primario

El grupo representa a la familia y los terapeutas a los padres. Las primeras relaciones parentales son recapituladas y revividas de forma correctiva

Socialización

El grupo permite descubrir la conducta social no adaptada y recibir retroalimentación honesta de otros miembros

Conducta imitativa

Los miembros se benefician al observar el tratamiento de otros compañeros con problemas similares

Aprendizaje interpersonal

Aprenden a conocer las impresiones que producen sobre otros recordando sus relaciones fuera del grupo

Cohesión grupal

Da sentido de pertenencia a un colectivo

Catarsis

El grupo es una oportunidad para expresar conflictos y emociones

Factores existenciales

En el grupo se tratan los principales factores existenciales y el individuo aprende a asumir la responsabilidad sobre su vida

Tabla 9. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de Riehl-Sisca**Persona**

Ser capaz de actuar individual o colectivamente como respuesta al significado de los objetos que constituyen su mundo

Salud

Proceso salud-enfermedad. Se trata de un continuum

Entorno

Condiciones que influyen sobre la persona y que están en continua interacción

Cuidado

Acción terapéutica que permite alcanzar el máximo potencial de salud del paciente

Conceptos metaparadigmáticos (Ver Tabla 10)**Enunciados teóricos**

- La vida puede describirse como una fusión de las actividades vitales.
- La individualidad de la persona está relacionada, entre otras cosas, con el modo en que lleva a cabo las actividades de vida.
- La persona tiende hacia la independencia en la realización de las actividades de la vida.
- El grado de dependencia o independencia en el que se sitúe una persona no disminuye su dignidad.
- La persona puede tener problemas en las actividades de la vida a causa de alguna enfermedad o por el efecto de determinados sucesos significativos para ella.
- La persona, independientemente de la etapa de la vida en la que se encuentre, debe ser valorada.
- Los problemas relacionados con la enfermedad o con estos sucesos

pueden ser potenciales. En este caso, la enfermera llevará a cabo acciones de promoción, mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad.

- Los factores físicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos modifican el conocimiento, las actitudes y los comportamientos con relación a las actividades de vida.
- Cada persona puede variar la forma de realizar las actividades de vida dentro de unos márgenes que le son propios y que tendrán la consideración de normalidad.
- Las enfermeras trabajan junto al sujeto, lo que significa que éste es considerado como un ser autónomo capaz de tomar decisiones.
- Las enfermeras forman parte de equipos multidisciplinares (aunque sea el término interdisciplinar el que refleje mejor una realidad de interacción entre profesionales y no una mera coexistencia).

Clasificación

El modelo de Roper, Logan y Tierney está considerado por Marriner (2007) dentro del grupo de modelos conceptuales de grandes teorías. Se puede incluir dentro del paradigma de integración y en la escuela de interacción. Es un modelo aplicable a cualquier situación de cuidados.

MODELO DE ROSEMARIE PARSE-RIZZO (1981)**Breve reseña biográfica**

Obtiene la licenciatura en enfermería por la Universidad de Pittsburg. Su actividad profesional está centrada en la docencia y en la investigación.

Actualmente preside la *Discovery International Inc.*, organización fundada por ella misma y dedicada a promover la ciencia de la enfermería.

Tabla 10. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de Roper, Logan y Tierney**Persona**

Ser individual definido en función de las 12 actividades de vida que realiza

Salud

Proceso dinámico con muchas facetas. La salud y la enfermedad son sus dos extremos

Entorno

Constituido por los factores que influyen en las actividades de vida, que pueden ser:

- Físicos
- Psicológicos
- Socioculturales
- Ambientales
- Político-económicos

Cuidado

Ayuda a las personas

Actividades de vida (AV)

Aquellas que las personas señalan cuando quieren describir el significado de vivir:

- Mantenimiento de un ambiente seguro
- Comunicación
- Respiración

- Alimentación y bebida
- Eliminación de excretas
- Limpieza personal y vestido
- Control de la temperatura corporal
- Movilización
- Trabajo y juego
- Expresión de la sexualidad
- Sueño
- Muerte

Etapas de la vida

Momentos comprendidos dentro del espacio de vida de una persona, limitado por el nacimiento y la muerte

Grado de dependencia/independencia

Señala un punto en el intervalo limitado por la independencia y la dependencia totales del sujeto, en función de la realización de cada una de las doce actividades de la vida (AV)

Factores que influyen en las AV

Elementos del entorno de la persona que influyen en la realización de las AV y que afectan al nivel de dependencia o independencia

Individualidad al vivir

Cada sujeto vive las AV desde su individualidad

Conceptos metaparadigmáticos (Ver Tabla 11)

Enunciados teóricos

Los principios de esta teoría, hombre-vida-salud, quedan recogidos en las siguientes afirmaciones teóricas:

- Principio de estructuración del significado de forma multidimensional: expresa la creación que hacen las personas, a lo largo de su vida, de una realidad personal y en varios ámbitos del universo (recuérdese que entorno es sinónimo de “universo” para Parse). Esta realidad personal se crea a partir de la imaginación, de la valoración y del lenguaje.
- Principio de co-creación de patrones rítmicos: la creación de esa realidad personal que se señala en el primer principio es una co-creación, puesto que significa la co-constitución (o desarrollo) de una forma personal de vivir las paradojas de la cotidianidad. Estas formas son patrones de relación que distinguen a unas personas de otras en el modo de vivir las paradojas de revelar-ocultar, capacitar-limitar y unir-separar.
- Principio de co-trascendencia con las posibilidades: significa “tender continuamente al aún-no”.

Tabla 11. Conceptos metaparadigmáticos del modelo de Parse-Rizzo

Persona

Unidad viviente que es más y diferente de la suma de sus partes

Salud

Proceso favorecedor del intercambio mutuo y simultáneo que la persona tiene con su entorno

Entorno

Es el universo al que la persona se encuentra irremediamente unida

Cuidado

Acciones centradas en la participación cualitativa de la persona

Clasificación

El modelo de Rosemarie Parse-Rizzo refleja el paradigma de transformación y se incluye en la escuela del ser humano unitario, puesto que considera al sujeto como una unidad que es más y diferente de la suma de sus partes.

Te conviene recordar...

- 4 El modelo de Chrisman y Riehl-Sisca se podría considerar dentro de la escuela de los efectos deseables.
- 4 El modelo de Betty Neuman refleja el paradigma de transformación y se incluye en la escuela de los efectos deseables.
- 4 El modelo de Pender podría ser considerado dentro de las tendencias existencialistas, de interrelación y de relaciones interpersonales.
- 4 El modelo de Leininger es un modelo que refleja el paradigma de transformación y se incluye en la escuela del *caring*.
- 4 El modelo de Margaret Newman refleja el paradigma de transformación y se incluye en la escuela del ser humano unitario.
- 4 Modelo de cuidados no muy conocido y considerado complejo para muchos profesionales.
- 4 Además de la complejidad de su estructura, está la especificidad de su lenguaje y, especialmente, su desarrollo, con un pensamiento fenomenológico que lo aparta aún más de los modelos más familiares para los profesionales españoles, como las estructuras teóricas de Orem o de Henderson, construidas sobre un pensamiento positivista.
- 4 Entender el modelo de Watson requiere un cambio de actitud. Esta autora ofrece en su estructura teórica una manera de ser enfermera y hacer enfermería desde la que observar a la persona cuidada con toda la subjetividad que caracteriza las experiencias del ser humano, entre las cuales están la salud, la enfermedad y la curación, y como un proceso de crecimiento de ambos, persona y profesional, en un proceso de transacción. La particularidad de los cuidados enfermeros, que deben aplicarse a cada persona de manera individualizada, es lo que exige que éstos tengan una base científica y artística y un estilo estético y ético.
- 4 El modelo de Joan Riehl-Sisca refleja el paradigma de integración y podría quedar incluido en la escuela de la interacción.
- 4 El modelo de Roper, Logan y Tierney está considerado dentro del grupo de modelos conceptuales de grandes teorías. Se puede incluir dentro del paradigma de integración y en la escuela de interacción.
- 4 El modelo de Rosemarie Parse-Rizzo refleja el paradigma de transformación y se incluye en la escuela del ser humano unitario.



BIBLIOGRAFÍA

- Fitzpatrick JJ, Whall AL. Conceptual models of nursing: analysis and application. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 2005.
- Marriner Tomey A, Alligood RM. Modelos y teorías en enfermería. 6^a ed. Madrid: Elsevier; 2007.

5 El modelo de Dorothea Orem

BREVE RESEÑA BIOGRÁFICA

Dorothea Elizabeth Orem (1914–2007) fue una enfermera norteamericana que se graduó en 1930, llevando a cabo su formación posterior en el área de la educación de enfermería en la Universidad Católica de Detroit (Ver Imagen 1).

Desarrolló su actividad en todos los campos de la enfermería: asistencia, docencia, gestión e investigación. También participó como asesora en programas políticos propiciando cambios con repercusiones importantes para la organización y formación de la enfermería.

MARCO TEÓRICO DEL MODELO (EIR 98-99, 95; 99-00, 12)

Considera la enfermería una ciencia práctica, incluida en el grupo de las ciencias aplicadas, entendidas éstas como las que se refieren *“al principio y causas de las cosas a hacer”*, que incluyen *“el conocimiento especulativo y el conocimiento prácticamente práctico”*.

Conceptualiza el autocuidado como *“el cuidado personal que los seres humanos necesitan diariamente y que puede ser modificado por el estado de salud, las condiciones ambientales, los efectos del cuidado médico y otros factores”*.



Imagen 1. Dorothea Elizabeth Orem

No destaca a ninguna teórica enfermera como influencia principal de su trabajo, si bien cita los trabajos de teóricas de diferentes corrientes de pensamiento: Nightingale, Richards, Henderson, Roy, Peplau o Riehl-Sisca, entre otras.

La teoría enfermera sobre el déficit de autocuidado es: (EIR 01-02, 77)

- Descriptiva: porque contiene los elementos para comprender la acción de autocuidado, en qué situaciones es necesario, cómo contribuye a la vida, la salud y el bienestar, cuándo existen dificultades para realizarlo y cuándo se necesita la ayuda enfermera.
- Explicativa: pues establece interpretaciones sobre los conceptos que contiene; el autocuidado como acción intencionada, las limitaciones en la agencia de autocuidado y los sistemas de enfermería.
- Predictiva: el desarrollo de su teoría permite establecer, por ejemplo, las repercusiones que puede tener en el déficit de autocuidado y en las limitaciones de la agencia de autocuidado aplicar un sistema de enfermería u otro.

La idea fundamental del modelo se basa en el concepto de autocuidado como requerimiento que todas las personas sienten y satisfacen para vivir saludablemente y para desarrollarse como seres humanos. Cuando estos cuidados no son cubiertos sobrevienen los problemas de salud.

Requisitos de autocuidado

Se denominan así las necesidades de cuidados; la capacidad para satisfacerlos es la agencia de autocuidado, cuando la persona cuida de sí misma, o agencia de cuidado dependiente cuando una persona ayuda a otra para que pueda satisfacer sus necesidades si ésta no tiene la capacidad para realizar las acciones necesarias por sí misma.

Demanda de autocuidado terapéutico

Constituye el conjunto de medidas de autocuidado que requiere una persona; las situaciones en las que la demanda supera las capacidades de la agencia de autocuidado son denominadas déficit de autocuidado.

Cuando aparece este tipo de déficit es necesaria la enfermería, conceptualizada como agencia de enfermería.

Agencia de enfermería

Orem denomina así a las capacidades de las personas formadas como enfermeras, capacitadas para ayudar a satisfacer la demanda de cuidados o para regular la práctica y el desarrollo de la agencia de autocuidado o cuidado dependiente en presencia de un déficit de autocuidado, que puede ser real (las necesidades de autocuidado exceden la capacidad de la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente) o potencial (las necesidades de autocuidado, en un futuro próximo, van a exceder la capacidad de la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente) (Ver Imagen 2).

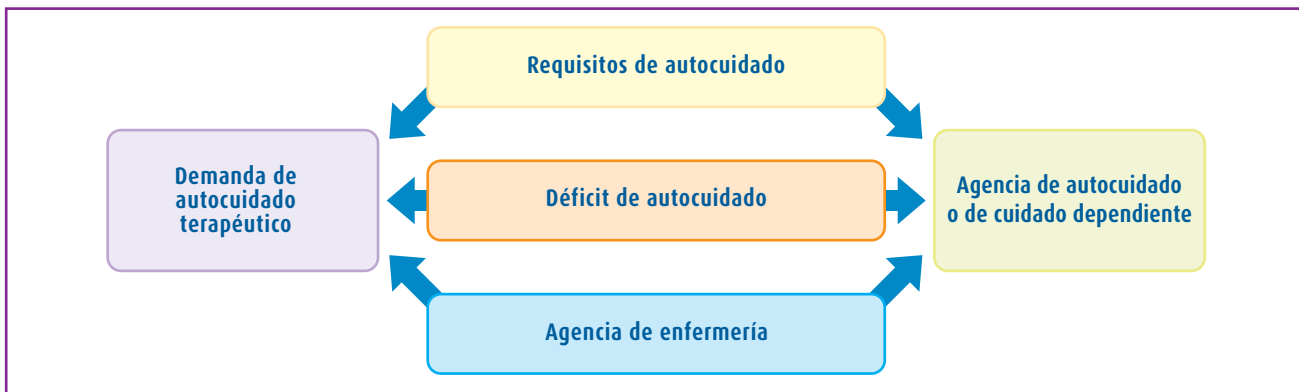


Imagen 2. Esquema general del modelo

CONCEPTOS NUCLEARES

Concepto de cuidado

Distingue tres formas de cuidados: el autocuidado, los cuidados dependientes y los cuidados enfermeros. (Ver Imagen 3)

Se plantean tres grupos de premisas sobre el autocuidado: los factores condicionantes que influyen en él, su relación con la salud y la enfermedad y el desarrollo de comportamientos y recursos específicos necesarios para realizarlos.

Con las premisas expuestas, la concepción de cuidado se interrelaciona con los conceptos de persona, salud y entorno.

Se distinguen cuidados en los ámbitos de prevención primaria, secundaria y terciaria (posteriormente, en la teoría del déficit de autocuidado se verá que las demandas se agrupan siguiendo estos niveles de prevención).

Orem contempla la enfermería como un servicio de ayuda que centra su atención en asistir a las personas para lograr su autocuidado a través del proceso de enfermería. Los cuidados enfermeros se dirigen a satisfacer las demandas de autocuidado hasta que la agencia de autocuidado, o la agencia de cuidado dependiente, sea la adecuada para satisfacer las demandas o hasta que éstas desaparezcan.

Concepto de persona

Se concibe la persona como un todo integrado, que funciona biológica, simbólica y socialmente y que está en permanente interacción consigo misma y con su entorno, intercambiando continuamente materia y energía en un proceso adaptativo imprescindible para la vida. Esta autora presenta una serie de premisas en las que fundamenta el concepto de persona y, sobre esta base, desarrolla la necesidad de la enfermería:

- La capacidad de actuar deliberadamente.
- La capacidad de adaptación al medio.
- Limitaciones para cuidar a otros o cuidar de sí mismos.
- Capacidad para aprender.
- El cuidado como responsabilidad social.

Las asunciones de Orem sobre las que fundamenta su concepción de persona se basan en que las personas conocen, aprecian y utilizan habilidades en función de los fines que persiguen y son capaces de razonar, reflexionar, comprender y tomar decisiones si son en su beneficio aunque no sean de su

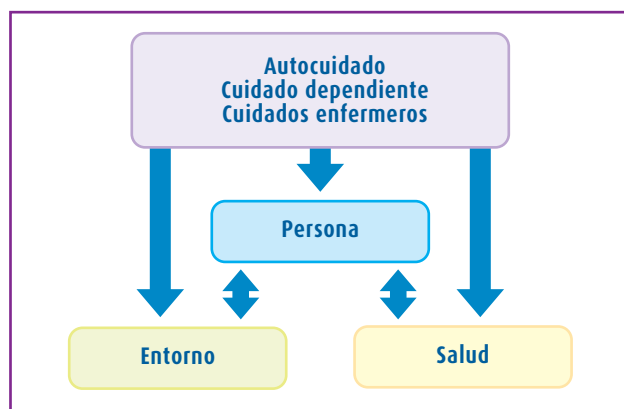


Imagen 3. Concepto de autocuidado

agrado, además de emprender acciones y persistir en ellas, es decir, actuar intencionadamente (Ver imágenes 4 y 5).

Concepto de entorno

Se reconoce íntimamente ligado a la concepción de la persona, en constante interacción e intercambio continuo. Se considera que son una serie de factores o elementos físicos, químicos, biológicos y sociales que originan requisitos de autocuidado y pueden influir positiva o negativamente sobre la vida, la salud y el bienestar de las personas y los grupos y, más concretamente, en la satisfacción de los requisitos de autocuidado. Orem distingue en el entorno



Imagen 4. Premisas de las personas

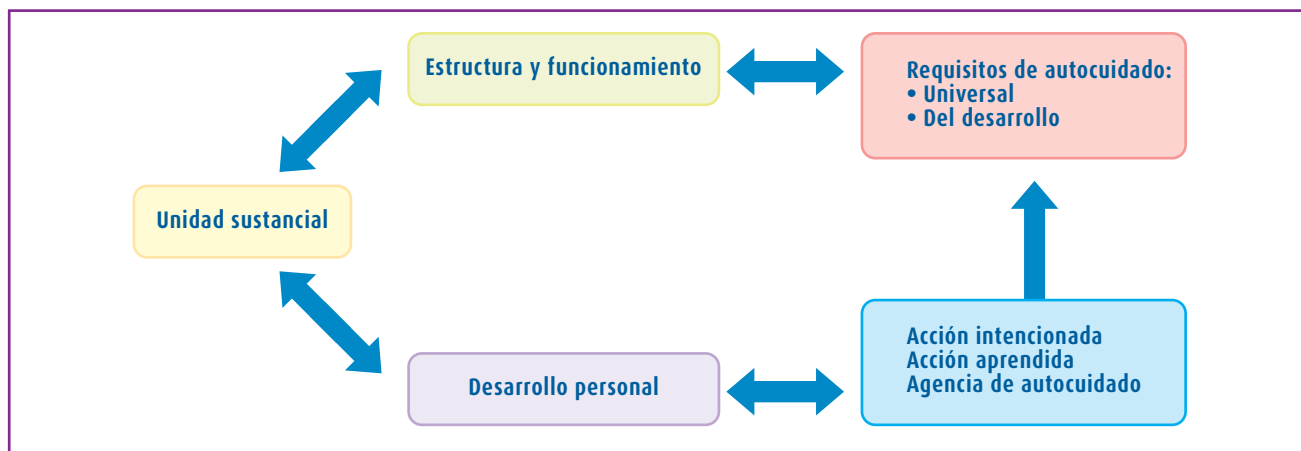


Imagen 5. Concepto de persona

características ambientales, socioeconómicas y culturales, propias de la comunidad y del individuo (Ver Tabla 1).

El entorno puede tener un valor ecológico y terapéutico e influir positivamente en la salud de la persona; cuando es así, Orem lo denomina entorno favorecedor del desarrollo o entorno terapéutico. El entorno que facilita el desarrollo es el que dispone de programas especializados, rutinas y estructuras físicas para ayudar a las personas a fijar objetivos y a ajustar su conducta para su consecución (Ver Imagen 6).

Concepto de salud

Para Orem la salud es un estado que cambia a medida que evolucionan las características humanas y biológicas y afecta a la globalidad e integridad,

donde se incluyen los aspectos referidos a la persona como ser humano (forma de vida mental) que opera conjugando mecanismos psicológicos, fisiológicos y estructurales (vida biológica) en relación con otras personas (vida social). Describe el concepto de salud distinguiendo dos conceptos, la propia salud y el bienestar, que considera como estados humanos diferentes pero relacionados:

- La salud: se caracteriza por el buen estado de las estructuras humanas y el buen funcionamiento corporal y mental.
- Bienestar: tiene un sentido perceptivo que hace que sea único para cada persona; incluye experiencias de satisfacción y manifestaciones de contento, placer, felicidad y plenitud, que facilitan el avance de la persona hacia la autorrealización (Ver Imagen 7).

Tabla 1. Características determinantes del entorno

Ambientales	Socioeconómicas y culturales	Comunitarias	Humanas
Físico-químicas	Familia	Población	Factores básicos condicionantes: • Salud • Edad • Etapa de desarrollo
Biológicas	Valores culturales	Recursos comunitarios	
		Servicios de salud	



Imagen 6. Concepto de entorno

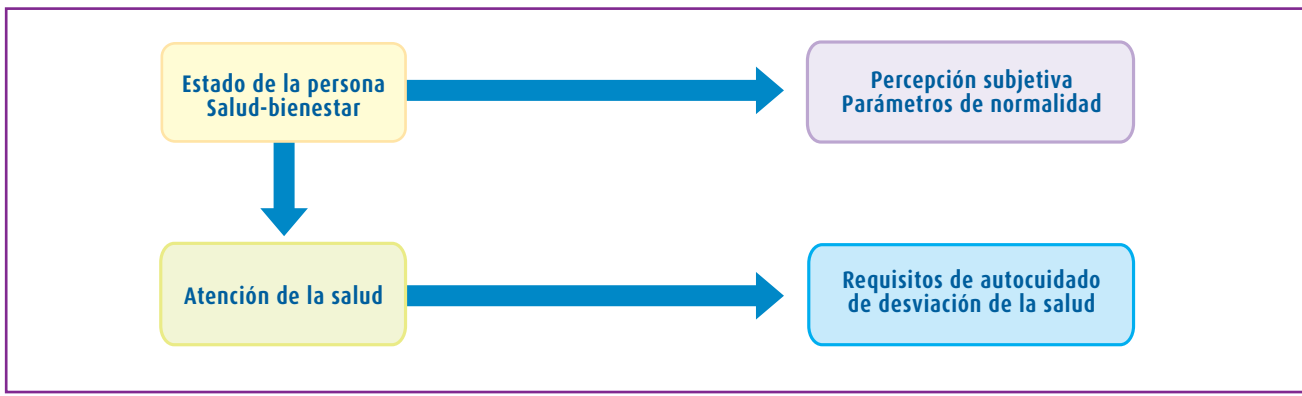


Imagen 7. Concepto de salud

TEORÍA DE LA ENFERMERÍA SOBRE EL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

- Explica la visión que las personas tienen sobre la enfermería.
- Describe la finalidad y establece los límites de ésta (en todos los campos de actuación).
- Ofrece un lenguaje propio referente a los fenómenos de interés para la disciplina conceptualizando estos fenómenos.
- Permite categorizar y hacer inferencias sobre las situaciones enfermeras además de análisis particulares desde su marco de referencia general.
- Ayuda a crear un determinado estilo enfermero de actuar.
- Sirve de nexo de unión entre grupos interesados en trabajar con esta estructura teórica.

En la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado se conceptualizan los fenómenos que explican estos elementos y se detallan sus relaciones e interrelaciones. Se explican mediante tres estructuras teóricas (subteorías independientes): la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería.

La interrelación existente entre ellas constituye la teoría general (Ver Imagen 8).

En cada teoría del modelo se desarrollan conceptos teóricos (se verán posteriormente en cada una de las teorías que la componen) basados en premisas y proposiciones concretas relacionadas entre sí en los diferentes postulados que constituyen cada teoría (Ver Imagen 9).

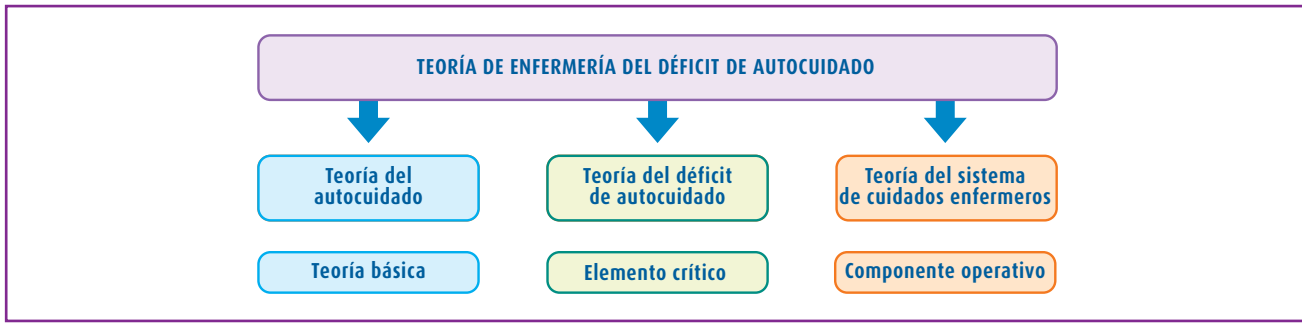


Imagen 8. Componentes de la teoría general

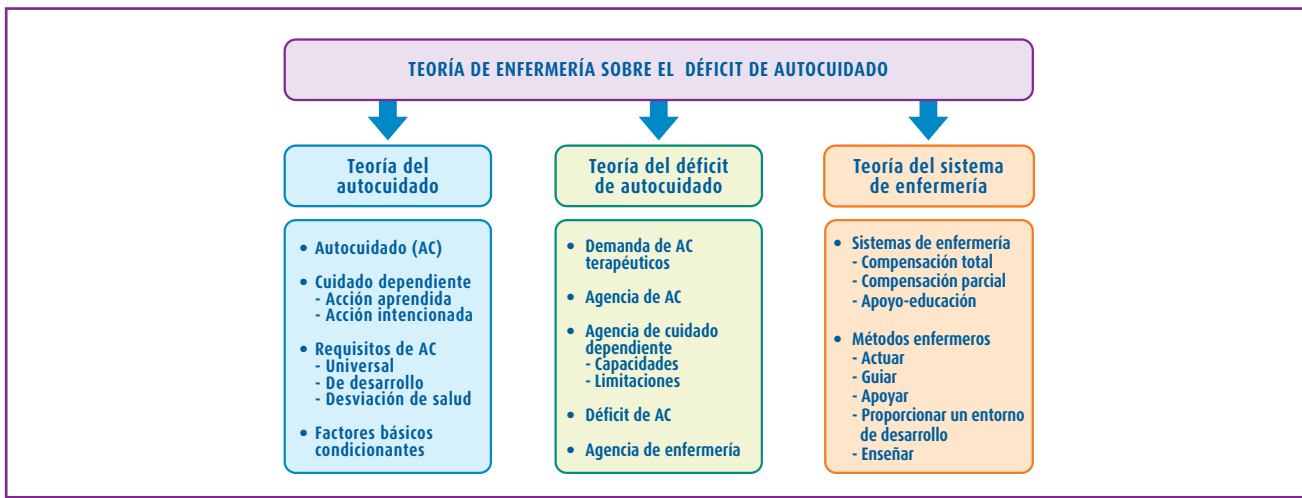


Imagen 9. Elementos de las subteorías

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

Parte de una serie de premisas y proposiciones que apuntan hacia una consideración de los autocuidados como acciones deliberadas y aprendidas:

- Todas las personas tienen habilidades intelectuales, motivacionales y prácticas para el autocuidado y el cuidado dependiente. Además pueden desarrollar e incorporar nuevas habilidades a lo largo de la vida para sus cuidados.
- Las formas de llevarlos a cabo son propias de cada persona y están condicionadas por los valores culturales del grupo social de referencia.
- El autocuidado y el cuidado dependiente requieren acciones intencionadas que varían en función de la tendencia y del repertorio de acciones de cada persona.
- Las personas introducen en su repertorio nuevas formas de autocuidado cuando es necesario. En la teoría del autocuidado, la persona y el entorno representan una unidad caracterizada por el intercambio y la influencia mutuos. La interrelación establecida y la forma en que la persona responde a los requerimientos de autocuidado influyen en su salud. En la Tabla 2 se exponen los conceptos contenidos en esta subteoría.

Orem parte de dos premisas sobre el autocuidado:

- La conducta para con uno mismo, aprendida a través de las relaciones con otros.
- El derecho y la responsabilidad de cada persona: derecho debido a que cuando una persona no puede cuidarse por sí misma ni puede ser ayudada por sus seres cercanos necesita de ayuda social o profesional; responsabilidad que trasciende de uno mismo, ya que a veces se hace para otros.

El autocuidado es la práctica de actividades que las personas maduras o en proceso de maduración inician y realizan, dentro de un marco temporal concreto, en su propio beneficio para lograr el mantenimiento de la vida, su funcionamiento saludable, el continuo desarrollo personal y su bienestar. El concepto de cuidado dependiente es la práctica de actividades que personas responsables y maduras o en proceso de maduración inician y ejecutan en

beneficio de personas socialmente dependientes, durante cierto tiempo o de manera continuada, para el mantenimiento de la vida o la contribución a su salud o bienestar. Los sistemas de autocuidado o de cuidado dependiente tienen la misma finalidad que los cuidados de salud y los cuidados enfermeros. Se describen en el concepto de cuidado las siguientes finalidades:

- Apoyar los procesos vitales y el funcionamiento normal.
- Mantener el crecimiento, la maduración y el desarrollo normales.
- Prevenir o controlar los procesos de enfermedad o de lesión.
- Prevenir la incapacidad o procurar su compensación.
- Promocionar el bienestar. Las acciones de autocuidado se entienden desde la doble perspectiva de acciones aprendidas y acciones intencionadas (Ver Imagen 10):
 - Acción aprendida: requiere comprender que las acciones de autocuidado son producto de los valores culturales de cada persona, en cuanto a la cobertura de los requisitos de autocuidado en condiciones habituales, y precisa conocimientos concretos cuando esta cobertura tiene prescripciones específicas para llevarlos a cabo de la manera adecuada en cada situación. Esto hace que cada persona tenga sus propias formas de valorar la naturaleza de sus requerimientos de autocuidado y de satisfacer las necesidades de éstos.
 - Acción intencionada: este constructo orienta hacia la necesidad de comprender el autocuidado como actividad que persigue una meta o un fin que ha sido identificado antes de emprender la acción.
- Las operaciones estimativas y transicionales: tienen como finalidad producir un autocuidado efectivo. Incluyen los conocimientos que tiene la persona sobre sí misma y su entorno, sobre las condiciones que influyen en las acciones requeridas para el autocuidado y sobre el proceso de toma de decisiones para llevar a cabo las acciones necesarias.
- Las operaciones de producción: se inician con la fijación de objetivos y la elección de acciones pertinentes a lo largo del proceso para su consecución. Requiere el empleo de esfuerzos para satisfacer las demandas de autocuidado, para iniciar y perseverar en las acciones hasta que se consigan los resultados esperados. El esfuerzo se irá empleando (cambiando, reforzando, etc.) de manera que conduzca a la consecución de los objetivos de cuidados.

Tabla 2. Conceptos de la teoría del autocuidado

Autocuidado

Cuidado dependiente

- Acción aprendida
- Acción intencionada:
 - Operaciones estimativas y transicionales
 - Operaciones de control

Sistema de autocuidado

Requisitos de autocuidado

- Universal
- De desarrollo
- De desviación de salud

Factores básicos

- Descriptivos de la persona
- Patrón de vida
- Estado de salud y factores del sistema de salud
- Estado de desarrollo

Requisitos de autocuidado (EIR 05-06, 12)

Los requisitos de autocuidado se dividen en tres categorías: universal, de desarrollo y de desviación de la salud.

Requisitos de autocuidado universal

Son comunes a todas las personas y se requieren a lo largo de toda la vida y en todas las situaciones de salud. En este grupo se incluyen:

- El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
- El mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
- El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.
- La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y evacuación.
- El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

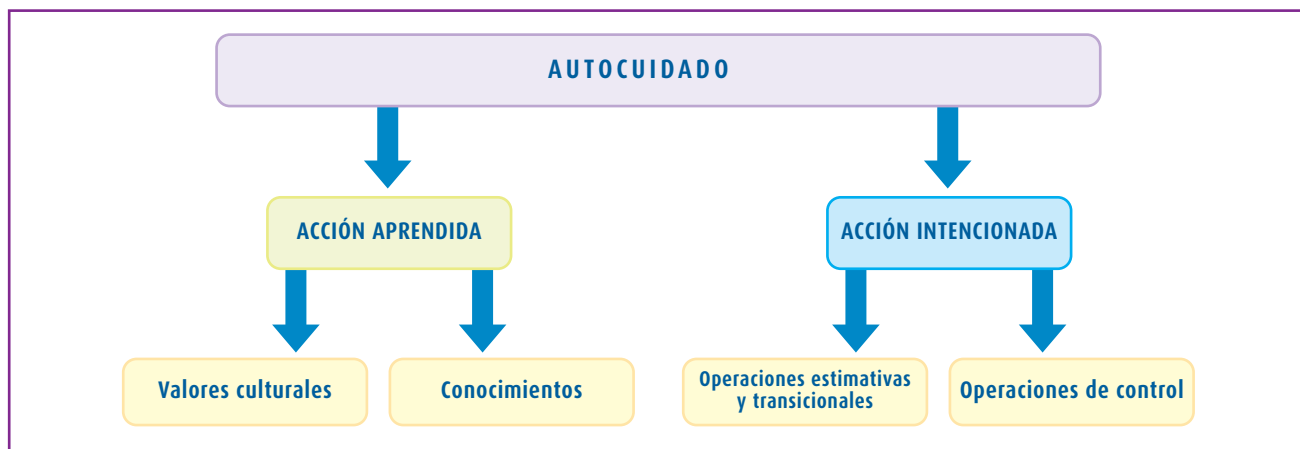


Imagen 10. Componentes de las acciones de autocuidado

- La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

La formulación de un requisito de autocuidado señala:

- El factor (aire, agua, comida, etc.): se deben controlar o manejar para mantener uno o varios aspectos del funcionamiento y del desarrollo (la oxigenación, la hidratación, la nutrición, crear condiciones que apoyen los procesos vitales, tener conciencia de los efectos y resultados de los procesos patológicos, etc.) dentro de los límites compatibles con la vida, la salud y el bienestar de la persona.
- La naturaleza de la acción: el mantenimiento, la provisión, la prevención o la promoción del factor que hay que satisfacer para contribuir a la vida, la salud y el bienestar de la persona.

Requisitos del desarrollo (EIR 00-01, 19)

Estos requerimientos sobrevienen específicamente en un periodo concreto del ciclo vital y se relacionan con las actividades para iniciar y promover el desarrollo en una edad y etapa particular o en un determinado momento del ciclo de la vida. Orem describe dos tipos:

- Creación y mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los de desarrollo; esto es, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la madurez durante las etapas siguientes de la vida:
 - Los estados intrauterinos de la vida y el proceso del nacimiento.
 - La etapa de la vida neonatal, ya sea nacido a término o prematuramente, o nacido con bajo peso o peso normal.
 - Infancia.
 - Las etapas de desarrollo de la infancia, incluyendo la adolescencia y la entrada en la edad adulta.
 - Las etapas de desarrollo de la edad adulta.
 - El embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.
- Provisión de cuidados asociados a los efectos de condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.
 - Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones.
 - Provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones.

Requisitos de desviación de la salud

Estos autocuidados se precisan cuando la persona sufre una enfermedad o lesión y requiere cuidados específicos. Las alteraciones de la salud provocan cambios en las estructuras, el funcionamiento, la conducta y los hábitos de la persona, por lo que pueden hacer a la persona dependiente de otra. Se distinguen seis categorías de requisitos de autocuidado de desviación de la salud:

- Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en cada caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados humanos patológicos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas a una patología.
- Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, en los que se incluyen los efectos sobre el desarrollo.
- Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología o a regular el funcionamiento humano integrado, a corregir deformidades o anomalías o a compensar incapacidades.
- Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico que puedan producir malestar o deterioro, entre los que se incluyen los efectos sobre el desarrollo.
- Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados.
- Aprender a vivir con los efectos de los estados patológicos y los de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con la adaptación de un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuo.

En la Tabla 3 se pueden ver las tres categorías de autocuidados descritos.

Factores básicos condicionantes

Son condiciones internas y externas de la persona que afectan, por una parte, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere y, por otra parte, a las manifestaciones de los requerimientos y a su capacidad para el autocuidado. Se identifican los factores siguientes: la edad, el sexo, el estado de desarrollo, el estado de salud, la orientación sociocultural, los factores del sistema de cuidados, los factores del sistema familiar, el patrón de vida (donde se incluyen las actividades en las que se ocupa regularmente), los factores ambientales y la disponibilidad y adecuación de los recursos. Orem especifica que es una

propuesta abierta a nuevos factores que puedan identificarse. En el desarrollo de la teoría se propone la utilización de los factores básicos condicionantes organizados en cuatro grupos: descriptivos de la persona, patrón de vida, estado de salud y factores del sistema de salud y del estado de desarrollo (Ver Tabla 4).

Descriptivos de la persona

- Edad y sexo.
- La residencia y sus características ambientales.
- Factores del sistema familiar.
- Factores socioculturales.
- Factores socioeconómicos.

Del patrón de vida

Incluyen las medidas de autocuidado habituales que lleva a cabo la persona.

Del estado y factores del sistema de salud

Incluyen el estado de salud fisiológico y psicológico.

Del estado de desarrollo

- Capacidades de autogobierno observadas por la enfermera y descritas por la persona sobre sus condiciones de vida actuales, proyectadas dentro de los entornos físico y social específicos y en las condiciones impuestas del estado de salud. Afectan al grado en el que deberían satisfacerse los requisitos de autocuidado universal y del desarrollo.
- Factores necesarios para el autogobierno o aquellos que lo afectan negativamente, identificados por el paciente o la enfermera. Influye en el grado en el que tendrían que satisfacerse los requisitos de autocuidado universal y del desarrollo.
- Potencial de desarrollo personal: evidenciado por la perspectiva del paciente, los objetivos fijados y la estimación objetiva de su posible desarrollo para la satisfacción de los requisitos del desarrollo y de autocuidado universal.

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Esta teoría es el núcleo central del modelo de cuidados de Orem. Determina

Tabla 3. Requisitos de autocuidado

Universal	Del desarrollo	De desviación de la salud
Mantenimiento de un aporte de aire suficiente	Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo; esto es, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la madurez durante las etapas de la vida	Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en cada caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados humanos patológicos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patologías
Mantenimiento de un aporte de agua suficiente		
Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente	Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente al desarrollo humano:	Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y evacuación		
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	<ul style="list-style-type: none"> • Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones • Provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones 	Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología o a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades, anomalías o a la compensación de incapacidades
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana		
		Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico que producen malestar o deterioro, entre los que se incluyen los efectos sobre el desarrollo
		Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados
		Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con la adaptación de un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuo

Tabla 4. Factores básicos condicionantes

Descriptivos de la persona	Del patrón de vida	Del estado y sistema de salud	Del estado de desarrollo
Edad y sexo	Medidas de autocuidado	Condiciones de salud	Capacidad de autogobierno
Residencia y características	Ocupaciones	Características de salud	Factores de autogobierno
Sistema familiar	Responsabilidades	Características del sistema de salud	Potencial de desarrollo
Socioculturales	Relaciones		
Socioeconómicos	Patrón de vida		

cuándo es necesaria la enfermería y se relaciona con la teoría del autocuidado bajo las siguientes premisas:

- Ocuparse del autocuidado o del cuidado dependiente requiere diferentes habilidades para autorregularse en un entorno.
- Las actividades de autocuidado están influidas por los conocimientos, los valores culturales y el estado de desarrollo y de salud de la persona.
- La organización social dedica recursos para la ayuda a las personas dependientes en la satisfacción de sus cuidados.
- Los servicios de ayuda se organizan según los distintos tipos de dependencia social por edad y estado de salud.
- La enfermería es un servicio de salud, dentro de la organización social, para las personas que se encuentran en una situación de dependencia.

A continuación se describen los conceptos contenidos en la teoría del déficit de autocuidado: demanda de autocuidado, agencia de autocuidado o de cuidado dependiente y la relación de desequilibrio entre estos dos constructos: el déficit de autocuidado, que es lo que justifica y hace necesaria la agencia de enfermería (Ver Tabla 5).

Demanda de autocuidado terapéutico

La demanda de autocuidado se basa en el autocuidado como función reguladora y describe la situación en la que se encuentra la persona en los aspectos estructurales, funcionales y de desarrollo. Los autocuidados son considerados como un elemento fundamental que puede mejorar o producir bienestar en una determinada situación de mal funcionamiento o enfermedad.

Tabla 5. Teoría del déficit de autocuidado

Demanda de autocuidado terapéutico

Cálculo de la demanda

Diseño de la demanda

Variaciones en la demanda

Agencia de autocuidado

Agencia de cuidado dependiente

Capacidades

Facultades de la agencia de autocuidado

Limitaciones

Interferencias en las acciones

Déficit de autocuidado

Agencia de enfermería

Cálculo de la demanda de autocuidado terapéutico (Ver Tabla 6)

- Identificar y formular un requisito de autocuidado y su relación con alguno de los aspectos del funcionamiento (oxigenación, nutrición, eliminación, etc.) y desarrollo humano, y la frecuencia con la que deberían hacerse las acciones de autocuidado.
- Identificar las condiciones humanas y ambientales que permiten satisfacer el requisito o lo dificultan.
- Determinar los métodos o tecnologías que se sabe o se supone que son válidos de acuerdo a las condiciones humanas y ambientales existentes.
- Establecer los grupos y secuencias de acciones que deberían realizarse.

Las demandas de autocuidado terapéutico se determinan al priorizar:

- Aquéllas esenciales para el mantenimiento de los procesos vitales.
- Las demandas que previenen las complicaciones de la enfermedad o lesión.
- Las demandas dirigidas a mantener la salud y promover el funcionamiento humano.
- Aquéllas que tienen como finalidad el bienestar en las circunstancias en las que se encuentra la persona.

Diseño de demanda de autocuidado terapéutico

Sirve para establecer relaciones entre los componentes de las acciones de autocuidado en un marco espaciotemporal: para las 24 h del día de la persona. Consiste en relacionar las acciones dirigidas a la satisfacción de las demandas de los diferentes requisitos de autocuidado, con el fin de hacer coincidir los esfuerzos y compatibilizar las acciones con las actividades de la vida diaria.

Variaciones en la demanda de autocuidado terapéutico

Se relacionan con cada uno de los requisitos desde los que se realiza el cálculo de la demanda y con los requerimientos para los cuidados de salud desarrollados en el concepto de cuidados de salud y sistemas de autocuidado. Se consideran:

- De prevención primaria: autocuidados terapéuticos que tienen como finalidad la prevención de enfermedades específicas, el mantenimiento o la promoción de la salud, la contribución al desarrollo humano y la búsqueda y la participación activa en el cuidado proporcionado por los profesionales de la salud.
- De prevención secundaria o terciaria: autocuidados terapéuticos derivados de situaciones de enfermedad problemas de desarrollo, que demandan cuidados o que afectan a las demandas de acciones de autocuidado universal.

Tabla 6. Proceso para el cálculo de la demanda de autocuidado terapéutico

Funcionamiento, desarrollo y bienestar humano	Requisito de autocuidado	Métodos y tecnologías que se necesitan para satisfacer los requerimientos de autocuidado	Acciones de autocuidado
	Acciones de autocuidado		Demanda de autocuidado terapéutico
	Condiciones humanas y ambientales		
Ejemplo: Contribuir a la función de oxigenación	A través del mantenimiento de un aporte de aire suficiente adecuado a los factores básicos condicionantes	Mantener la cantidad y calidad de aire suficiente	Proporcionar bienestar
		Mantener las estructuras y funciones que participan en la oxigenación	Permanecer en posición semisentada, 4 h por la mañana y 4 h por la tarde Utilizar un incentivador respiratorio 5 min cada hora Aspirar secreciones cuando se precise

Agencia de autocuidado

Este concepto está íntimamente ligado con el de autocuidado y se describe como la habilidad adquirida por la persona madura o en proceso de maduración de conocer y satisfacer sus requerimientos continuos mediante acciones deliberadas, con un propósito concreto, para el desarrollo de su propio funcionamiento y en su crecimiento.

La formulación del concepto de agencia de autocuidado se expresa en las proposiciones siguientes:

- Es una cualidad humana adquirida y compleja.
- Representa la capacidad de la persona para ocuparse de operaciones esenciales para su vida.
- El ejercicio de la agencia de autocuidado da como resultado un sistema de acciones dirigidas a la regulación del entorno.
- Puede conceptualizarse como el repertorio de acciones de una persona.
- Representan las habilidades y limitaciones que tiene una persona.
- Las condiciones y factores del entorno condicionan el desarrollo y ejercicio de la agencia de autocuidado.
- Las personas están sujetas a necesidades secuenciales en el tiempo para el ejercicio de la agencia de autocuidado.
- Es una capacidad estimativa y productiva para el autocuidado.

Agencia de cuidado dependiente

Ligado a los conceptos de cuidado dependiente y agencia de autocuidado, se describe como las capacidades desarrolladas o en proceso de desarrollo de las personas para conocer y cubrir las demandas de autocuidados terapéuticos de personas socialmente dependientes de ellas o para regular el desarrollo o ejercicio de la agencia de autocuidado de estas personas. Para que la agencia de cuidado dependiente desempeñe su papel de manera adecuada, es necesario que tanto ésta como la persona que recibe la ayuda acepten y asuman sus roles.

Capacidades de autocuidado

Son las habilidades desarrolladas por la agencia de autocuidado para realizar de manera efectiva, dentro

del marco temporal adecuado, la investigación, el juicio y la toma de decisiones, y las operaciones reguladoras o de tratamiento necesarias para mantener su propio funcionamiento y desarrollo dentro de las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar. El desempeño de las tres operaciones de autocuidado descansa en el conocimiento, las habilidades y la motivación específicos para el autocuidado, y en el conjunto de capacidades y disposiciones humanas fundamentales.

Limitaciones de autocuidado

Conjunto de influencias humanas y ambientales restrictivas, dentro de los marcos temporales, para el desempeño personal de la investigación, el juicio y la toma de decisiones y la producción de operaciones de autocuidado. Las limitaciones para el autocuidado son manifestaciones de lo que impide a la persona desarrollar la acción para proporcionarse la cantidad y calidad de autocuidados que necesita en las condiciones presentes y futuras.

Se diferencian limitaciones de tres tipos: limitaciones de conocimiento, de juicios y toma de decisiones y de acciones para el logro de resultados.

Por ejemplo, para mantener un aporte de alimentos suficiente, en un estado de salud condicionado por una diabetes, la agencia de autocuidado debe tener conocimientos sobre lo que es una alimentación completa en esa situación, formular juicios y tomar las decisiones para llevar a cabo una alimentación suficiente y ocuparse en cursos de acción para el logro de los resultados. Además, tener los conocimientos requiere conocer lo que hay que saber y dónde buscarlo, enjuiciar y tomar decisiones para conocerlo y ocuparse de ello y realizar las acciones necesarias para adquirir el conocimiento sobre la alimentación que precisa. Como se puede observar, el proceso que requiere la acción intencionada es, a su vez, el mismo de cada una de las partes que componen la acción (Ver Tabla 7).

Concretar con exactitud la demanda de autocuidado terapéutico y las limitaciones de la agencia de autocuidado, o agencia de cuidado dependiente, es imprescindible para determinar los juicios sobre el déficit de autocuidado, para diseñar los sistemas de enfermería apropiados y para seleccionar los métodos de ayuda adecuados. Como se verá posteriormente con el concepto de persona expresado, el primer objetivo será desarrollar la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente y, sólo cuando ésto no sea posible, cubrir la demanda de autocuidado (Ver Tabla 8).

Déficit de autocuidado

Es la relación que se establece entre las propiedades humanas de la demanda de autocuidado terapéutico y la agencia de autocuidado, en la que los elementos de las capacidades de autocuidado desarrolladas dentro de la agencia no son operativos o adecuados para conocer y satisfacer algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o prevista. Para identificar ese déficit se requiere un proceso diagnóstico por parte de la enfermera para determinar:

- La demanda de autocuidado terapéutico del enfermo.
- La limitación en la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente para cubrir la demanda de autocuidado terapéutico.
- La razón o naturaleza del déficit de autocuidado.
- La ayuda que requiere la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente.

Tabla 7. Curso de la acción intencionada

Capacidad de búsqueda del conocimiento necesario	Conocimiento para la fórmula de juicios y la toma de decisiones	Conocimiento para buscar lo necesario y ocuparse de los cursos de acción
Hacer juicios y tomar decisiones para conocer lo que se necesita	Hacer juicios y tomar decisiones para hacerlo	Hacer juicios y tomar decisiones para ocuparse de los cursos de acción
Ocuparse en cursos de acción para lograr lo que se necesita conocer	Ocuparse en cursos de acción para lograr formular los juicios y tomar las decisiones necesarias	Ocuparse en cursos de acción para el logro de resultados
Conocimiento sobre lo que se requiere	Hacer juicios y tomar decisiones sobre lo que se requiere	Ocuparse en cursos de acción para el logro de los resultados que se requieren

Tabla 8. Cálculo de la demanda de autocuidados

Demanda de autocuidado	Agencia de autocuidado
Cálculo de la demanda de autocuidado	Agencia de cuidado dependiente
Diseño de la demanda de autocuidado	Capacidades: Facultades de la agencia de autocuidado
Variaciones en la demanda de autocuidado	Limitaciones: • Conocimientos • Hacer juicios y tomar decisiones • En el curso de la acción
La demanda de autocuidado terapéutico es mayor que la agencia de autocuidado	

- Las capacidades de la persona que deben protegerse.
- El potencial y deseos de la persona para la realización de sus autocuidados: el aumento de sus conocimientos, la enseñanza de las técnicas que requieran sus autocuidados y la incorporación de medidas esenciales en sus actividades de la vida diaria.

Agencia de enfermería

Son las capacidades desarrolladas por las personas educadas como enfermeras que las facultan para representarse a sí mismas como tal y, dentro del marco de una legítima relación interpersonal, para actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus demandas de autocuidado. Es la característica que capacita a las personas para cubrir la posición de enfermera en los grupos sociales.

Las competencias y habilidades especializadas para satisfacer los requisitos de autocuidado constituyen la agencia de enfermería. Como concepto teórico, es el resultado de los trabajos de los miembros del Nursing Development Conference Group.

El producto de la agencia de enfermería es el diseño de un sistema de enfermería con el fin de que la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente sean operativas y adecuadas a la demanda de autocuidado para satisfacer la totalidad o partes de esa demanda, o bien para que sea cubierta por la agencia de enfermería. Su conceptualización se desarrolla en la teoría del sistema de enfermería.

Clasificación de las situaciones enfermeras

La agencia de enfermería es necesaria cuando existe déficit de autocuidado. Éstos pueden ser muy variados y se corresponden con los diferentes requisitos de autocuidado.

Orem propone una clasificación de situaciones de enfermería según el estado de salud de la persona. Considera en ella la presencia o ausencia de enfermedad, la lesión, la incapacidad, los cambios en la imagen, el estado general de salud y las necesidades del ciclo vital. El sistema de clasificación propuesto se desarrolla en los siete grupos siguientes (Ver Tabla 9).

TEORÍA DEL SISTEMA DE ENFERMERÍA (EIR 03-04, 67)

La existencia de un déficit es la razón que legitima la necesidad de cuidados enfermeros. Las personas con limitaciones o incapacidades para cubrir sus requisitos son los pacientes que corresponden a las enfermeras, ya que necesitan ayuda para cubrir las demandas de autocuidado (Ver Tabla 10).

Sistema de enfermería

Los sistemas de enfermería describen lo que deben ser las acciones enfermeras. Se identifican tres tipos:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores.
- Sistemas parcialmente compensadores.
- Sistemas de apoyo-educación.

Sistemas totalmente compensadores (EIR 08-09, 60)

Se necesitan cuando el enfermo no puede tener ningún papel activo en la realización de sus autocuidados debido a su estado de incapacidad o limitación. En este caso, la enfermera actúa en lugar del paciente, tomando las decisiones más adecuadas para él y ejecutando el autocuidado.

Se distinguen tres subsistemas:

Tabla 9. Clasificación de las situaciones enfermeras

Cambios derivados del ciclo vital
Recuperación de la enfermedad, superación o compensación de sus efectos
Enfermedad o trastorno de origen indeterminado
Efectos genéticos o del desarrollo o estado biológico del niño de bajo peso al nacer
Regulación de tratamiento de enfermedad, trastorno o lesión indeterminados
Restauración, estabilización o regulación del funcionamiento integrado
Procesos que han interrumpido el funcionamiento humano integrado

Tabla 10. Teoría del sistema de enfermería

Sistema de enfermería
Totalmente compensadores
Parcialmente compensadores
Apoyo-educación
Métodos enfermeros
Actuar por otra persona
Guiar a otro
Apoyar a otro
Proporcionar un entorno que fomente el desarrollo
Enseñar a otro

- Personas incapacitadas para realizar cualquier acción intencionada.
- Personas conscientes y con capacidad para tomar decisiones, pero que no pueden o no deben realizar acciones que requieran movimientos y manipulaciones.
- Personas incapacitadas para tomar decisiones, pero que pueden ser capaces de realizar alguna medida de autocuidado

Sistemas parcialmente compensadores

En este caso, tanto el paciente como la enfermera participan en el autocuidado. El grado de participación de cada uno depende de la situación del paciente: de las limitaciones que tenga para llevar a cabo las acciones que requiere (tanto si las limitaciones son consecuencia de la situación de la persona como si se han prescrito), de los conocimientos y habilidades requeridas y de la disposición psicológica. Los roles del paciente y la enfermera son complementarios. La enfermera sustituye las limitaciones del enfermo y éste acepta la ayuda de la enfermera y se hace cargo de algunas acciones de autocuidados.

Sistema de apoyo-educación

Llamado también sistema de apoyo-desarrollo, es adecuado para situaciones en las que el paciente es capaz de realizar, o debería aprender a hacer,

medidas de autocuidado terapéutico orientadas interna o externamente, pero no puede hacerlas sin ayuda. Este sistema es apropiado cuando el paciente puede llevar a cabo las medidas de cuidados pero necesita guía, soporte, enseñanzas o un entorno que favorezca su desarrollo (Ver Tabla 11).

Métodos de ayuda

Orem los describe como métodos comunes en todas las situaciones de ayuda: actuar para otra persona o hacer algo por ella, guiarla, apoyarla, proporcionarle un entorno que fomente su desarrollo y enseñarla. Desde el punto de vista enfermero los conceptualiza como “secuencias de acciones que las enfermeras llevan a cabo para superar o compensar las limitaciones asociadas a los problemas de salud de las personas que atienden” (Ver Tabla 12).

- Actuar por otra persona o hacer algo por ella.
- Guiar a otro.
- Apoyar a otro.
- Proporcionar un entorno de desarrollo.
- Enseñar a otro.

Ver el cuadro resumen en la Imagen 11.

Tabla 11. Roles del paciente y la enfermera

Roles	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo-educación
Enfermera	Lleva a cabo el autocuidado del paciente Compensa la incapacidad del paciente Apoya y protege al paciente	Ejecuta algunas medidas de autocuidado para el paciente Compensa las limitaciones del paciente para su autocuidado Atiende al paciente en todo cuanto sea preciso Regula la agencia de autocuidado	Regula el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado
Paciente		Ejecuta algunas medidas de autocuidado Regula el ejercicio y desarrollo Acepta los cuidados y asistencia de la enfermera	Realiza el autocuidado Regula el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado

Tabla 12. Sistemas de enfermería y métodos de ayuda

Sistemas de enfermería	Métodos de ayuda
Totalmente compensatorio	Actuar por otro Guiar a otro Apoyar a otro Proporcionar un entorno que fomente el desarrollo
Parcialmente compensatorio	Actuar por otro Guiar a otro Apoyar a otro Proporcionar un entorno que fomente el desarrollo Enseñar a otro
Apoyo-educación	Guiar a otro Apoyar a otro Proporcionar un entorno que fomente el desarrollo Enseñar a otro

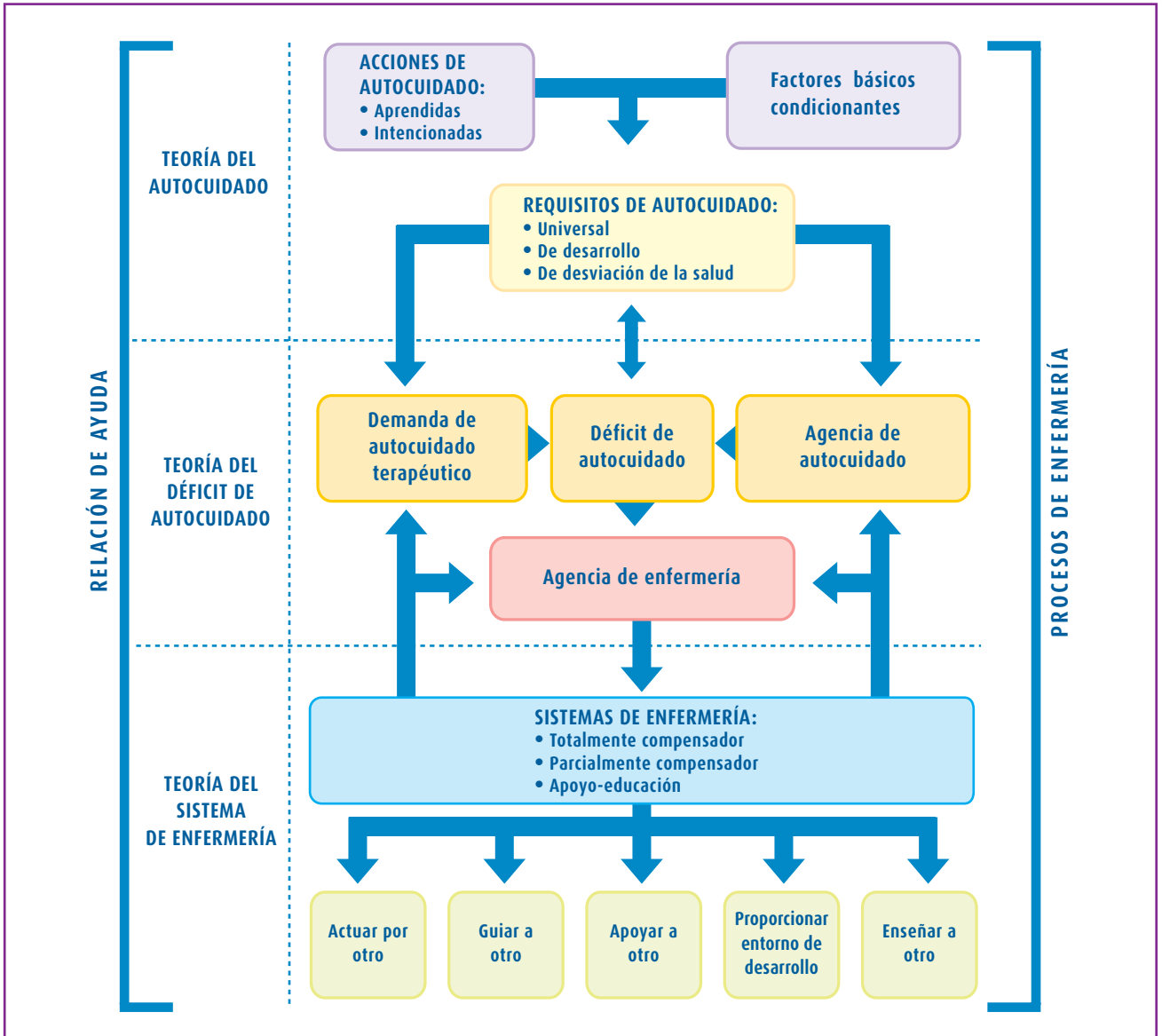



Imagen 11. Teoría de enfermería del déficit de autocuidado

 Te conviene recordar...

- 4 En este apartado se ha desarrollado el modelo de cuidados de Orem. La elección de éste para ser tratado de manera amplia responde a que, como se ha podido comprobar, es una estructura teórica con un alto nivel de desarrollo; es descriptiva, explicativa y predictiva. Además, es una propuesta teórica adaptable a la realidad en todos los campos de la práctica enfermera y permite analizar e interpretar estas realidades según los distintos constructos del modelo.
- 4 Para el análisis aquí expuesto han sido consultadas diferentes publicaciones sobre el modelo de Orem escritas por distintas autoras, que vienen a recoger, interpretar y reinterpretar los conceptos y constructos desarrollados por ella. Fundamentalmente se ha consultado la obra *Nursing: Concepts of Practice*, en la que Orem desarrolla los conceptos teóricos, las premisas y las proposiciones que establecen las relaciones entre los constructos teóricos, el proceso y las habilidades para su aplicación en la práctica.
- 4 A lo largo del desarrollo del modelo se han tratado de explicitar las relaciones existentes entre los diferentes enunciados:
 - En la teoría del autocuidado, el concepto de persona expuesto por Orem adquiere todo su significado para comprender su concepto de autocuidado y de requisito de autocuidado, mientras que el concepto de entorno adquiere un significado especial para comprender el significado e importancia de los factores básicos condicionantes. El concepto de salud es necesario para comprender el concepto de requisito de autocuidado.
 - Esta teoría ofrece los elementos para la comprensión de por qué son necesarios los cuidados para las personas, además de las áreas de la persona y su entorno en las que son necesarios. Las conceptualizaciones expresadas se refieren a las personas en general, en cualquier etapa de la vida y situación de salud.
 - En la teoría del déficit de autocuidado, el concepto de persona vuelve a adquirir significado para comprender el concepto de agencia de autocuidado y agencia de cuidado dependiente, y el concepto de salud para interpretar la demanda de autocuidado terapéutico y el déficit de autocuidado.
 - En la teoría del sistema de enfermería se desarrollan los conceptos que adquieren significado en las acciones de cuidado. En el apartado del proceso de enfermería se expone la sistematización de las intervenciones enfermeras fundamentadas en las conceptualizaciones expresadas en el modelo.



BIBLIOGRAFÍA

- Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Elsevier; 2007.
- Kéroauc S, Pepin J, Ducharme F, Duquete A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
- Riehl-Sisca J. Modelos conceptuales de enfermería. Barcelona: Doyma; 1992.
- Orem DE. Modelo de Orem. Las enfermeras y el saber enfermero. Madrid: AEED; 1988.
- Orem DE. *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby; 2001.
- Orem DE, Vardiman E. Autocuidado y salud mental. Una perspectiva de la enfermería. Madrid: Asociación de Enfermería en Salud Mental; 1989.

6 El proceso de cuidar y su instrumento metodológico

EL PROCESO DE CUIDAR

Se trata de establecer el puente entre “forma de pensar” y “forma de hacer” y reunir ambas en lo que se definirá como “proceso de cuidar” (Ver Imagen 1). De este modo atravesar el puente se convierte en una acción imprescindible en el desarrollo de la disciplina enfermera cuya base es el proceso de cuidar.

Se puede afirmar que el ejercicio profesional de la enfermería requiere un instrumento metodológico que ayude a llevar a cabo el proceso de cuidar y ordene y cohesionese las acciones que dicho proceso comporta a la vez que

permita dejar constancia de las acciones realizadas, posibilite su evaluación y facilite alcanzar el fin perseguido (Ver Imagen 2).

Acciones que comporta el proceso de cuidar

Este proceso exige una secuencia de acciones encadenadas, cohesionadas e interdependientes (Ver Tabla 1) que respondan a un fin y que no tengan fin (Ver Imagen 3): el fin es conseguir el máximo nivel de bienestar de las personas a las que se cuida y además no tienen fin porque hasta el último momento de la vida los seres humanos necesitan cuidados; del mismo modo que se necesita ayuda para venir a este mundo, se necesita para salir de él.

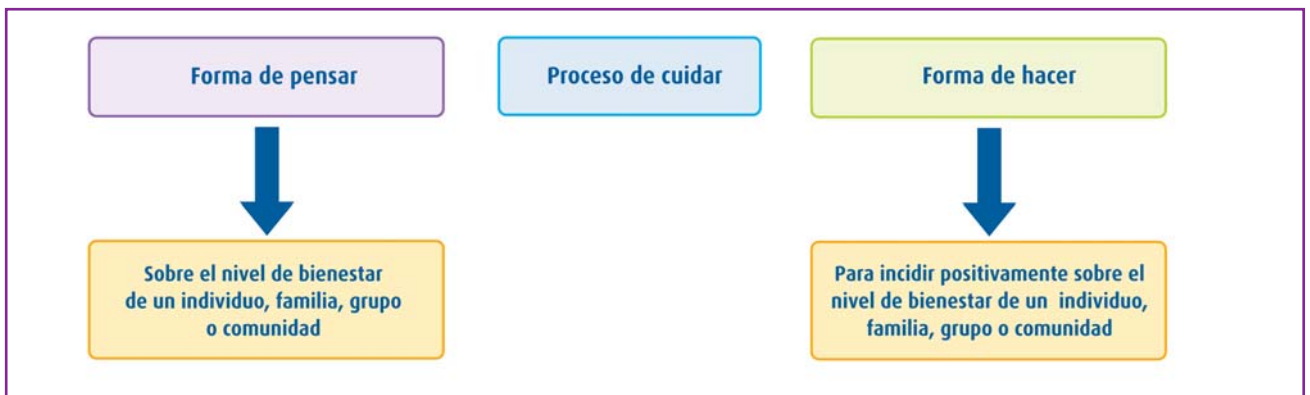


Imagen 1. Construcción del proceso de cuidar

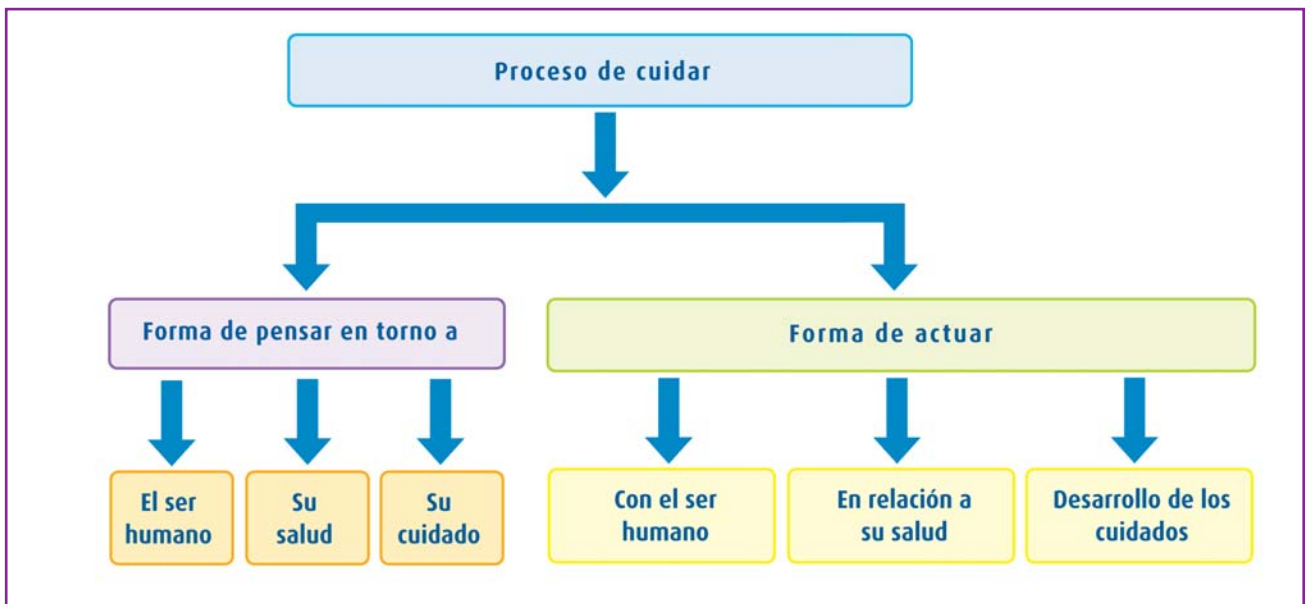


Imagen 2. Proceso de cuidar en enfermería

Tabla 1. Acciones que comporta el proceso de cuidar

- Identificar la necesidad de cuidado
- Establecer el tipo de cuidado requerido
- Determinar la capacidad del sujeto para cuidarse a sí mismo
- Evaluar la manera de satisfacer dicho cuidado
- Determinar la delegación de acciones
- Considerar el carácter ético del proceso de cuidar
- Ejecutar las acciones
- Evaluar los resultados



Imagen 3. Características de las acciones del proceso de cuidar

Te conviene recordar...

- 4 Se ha tratado de aunar en la expresión “proceso de cuidar” la forma de pensar y de hacer en enfermería.
- 4 Se ha pretendido mostrar que lo verdaderamente relevante en la actuación de la enfermera es el fin que persigue esta acción y el destinatario o destinatarios de la misma.
- 4 De este modo resultará más sencillo comprender el instrumento metodológico para el cuidado, que es simplemente una herramienta disponible para poder llevar a cabo el proceso.

EL INSTRUMENTO METODOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON EL MÉTODO CIENTÍFICO (EIR 08-09, 8)

La aplicación del método científico es una práctica común en todas las disciplinas.

Debido al interés que tiene se recoge un cuadro comparativo entre la utilización del método científico por parte de las enfermeras y por parte de los médicos (Ver Tabla 2).

Su análisis permitirá posteriormente referirse al proceso de atención de enfermería como una simple pero eficaz herramienta que sólo llevará a donde se quiera llegar.

Nombre, definición y partes del instrumento metodológico

En el apartado anterior se ha señalado que la aplicación del método científico al proceso de cuidar en enfermería ha originado el proceso enfermero (PE). Es ne-

Tabla 2. Comparación del proceso enfermero y el proceso médico

Proceso enfermero		Proceso médico	
Valoración	<ul style="list-style-type: none"> • Recogida de información: historia de enfermería, examen físico y resultados de laboratorio • Análisis de datos subjetivos, objetivos y otros: determinación de signos y síntomas y consideración de cuáles no lo son; supresión de los datos irrelevantes. Análisis del significado de aquellas manifestaciones que informan de las respuestas del sujeto • Identificación de la fortaleza o debilidad del paciente 	Valoración	<ul style="list-style-type: none"> • Recogida de información: historia, examen físico, resultados de laboratorio y radiográficos, otros • Análisis de datos: determinación de signos y síntomas y consideración de cuáles son normales y cuáles no; supresión de los datos irrelevantes. Análisis del significado de aquellas manifestaciones referidas a las funciones del organismo
Posible etiología	Identificación de las causas posibles del o de los problemas	Posible etiología	Identificación de las causas y clasificación en las categorías diagnósticas
Preparación de la hipótesis	Problemas compatibles con las manifestaciones	Preparación de la hipótesis	Enfermedades compatibles con los signos y síntomas identificados Acotación de los mismos
Verificación	Obtención de datos más específicos utilizando diversos métodos de recogida de datos	Verificación	Obtención de datos más específicos con exámenes y estudios posteriores, análisis de tejido, etc.
Diagnóstico de enfermería	Formulación de una hipótesis sobre la situación del sujeto, describiendo la manera en la que éste responde a esa situación o patología	Diagnóstico médico	Identificación y etiquetado de la enfermedad. Si ésta no puede ser identificada, se actúa sobre los signos y síntomas

Tabla 2. Comparación del proceso enfermero y el proceso médico (continuación)

Proceso enfermero	Proceso médico
Plan de enfermería Identificación de los objetivos asociados a los problemas identificados	Pronóstico Proyección de los resultados esperados
Intervención de enfermería Determinación de los tratamientos de enfermería que resolverán, reducirán o prevendrán las necesidades del paciente	Tratamiento médico Determinación y administración del tratamiento que curará las enfermedades específicas del paciente
Evaluación Determinación y descripción de los criterios de evaluación de los objetivos Comprobación del grado de cumplimiento de los mismos	

cesario que el empleo del proceso enfermero vaya acompañado y guiado por un modelo de cuidados gracias al cual se conseguirá orientar la valoración y determinar la respuesta de la persona; establecer los objetivos de cuidados y diseñar, aplicar y evaluar las actividades necesarias para conseguir dichos objetivos.

Definición del PE (EIR 93-04, 103)

Como respuesta a la pregunta ¿qué es el proceso de enfermería?, Alfaro (2007) dice: “Básicamente, el proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales. Consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación”.

A modo de síntesis el proceso enfermero tiene como características que:

- Es sistemático, no deja nada al azar.
- Es dinámico, permanece en continuo cambio.
- Es interactivo, permite la colaboración constante entre la enfermera y el paciente.
- Es flexible, se adapta a cualquier circunstancia de cuidados.
- Requiere un modelo conceptual que le dé sentido.
- Se orienta a unos objetivos claros y precisos.
- Es un elemento esencial para la historia de salud de los sujetos objeto de cuidados.

Desde la perspectiva de análisis fundamentalmente teórico se podría afirmar que el PE es esencialmente necesario porque:

- Mejora la calidad de la atención prestada.
- Satisface plenamente las exigencias que la ley reclama del sistema sanitario.
- Consigue el desarrollo profesional y el crecimiento disciplinar.

Partes del instrumento metodológico del cuidado: el proceso enfermero (Ver Tabla 3)

- La recogida de datos: búsqueda de la información necesaria para llevar a cabo el proceso de cuidar en enfermería.
- El análisis y la interpretación de los datos: proceso que permite llegar al diagnóstico.
- La planificación: respuesta del profesional para poder satisfacer las necesidades del sujeto.
- La ejecución: intervenciones enfermeras o aplicación del plan establecido.
- La evaluación: apreciación de los resultados obtenidos y puesta al día de todo el proceso.

Tabla 3. Ventajas del PE

- Mejora la calidad de la prestación de los cuidados
- Permite considerar al sujeto en su totalidad y diversidad
- Ayuda a conseguir la autonomía profesional
- Favorece la investigación
- Posibilita una comunicación efectiva entre los profesionales

Te conviene recordar...

- 4 La complejidad del ejercicio profesional de la enfermería ha quedado centrada a partir del significado de los términos proceso y cuidar. Se ha querido destacar el componente de ejercicio de pensar que contiene el proceso de cuidar y el tipo de pensamiento que exige. Sólo el modo de pensamiento denominado crítico permitirá abordar y resolver con éxito el proceso de cuidar.
- 4 La propuesta de actividades que deben estar contenidas en el proceso de cuidar sirven para ver, de un modo más próximo, la conexión existente entre las acciones de dicho proceso, y permite expresar la necesidad de contar con un instrumento metodológico que ayude a los profesionales a realizar satisfactoriamente el proceso de cuidar.
- 4 El valor fundamental de este instrumento metodológico es su consideración como una herramienta. El profesional de enfermería necesita, para poder utilizarla adecuadamente, conocer su modo de uso y sus prestaciones y tener como referente un modelo de cuidados o un patrón que oriente y guíe la acción de dicha herramienta.
- 4 Se ha visto también cómo el proceso enfermero incorpora una serie de acciones cuya aplicación en la práctica será conjunta, si bien pueden ser estudiadas separadamente, de modo que se produce un solapamiento entre las acciones que configuran cada una de las etapas.

 **Te conviene recordar... (continuación)**

- 4 Es importante destacar que el uso de este instrumento metodológico permite obtener una información sobre el proceso de cuidar que es fundamental para la investigación y para el desarrollo disciplinar.



BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2007.
- Benavent A, Camaño R, Cuesta A. Metodología en enfermería. Valencia: Universidad de Valencia; 1999.
- Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 2002.
- Nightingale F. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. Barcelona: Salvat; 1990.

7 Juicio diagnóstico

Se pueden diferenciar en esta etapa tres fases a través de las cuales se llega a alcanzar el objetivo propuesto: fase de recogida de datos, fase de análisis y de síntesis y fase de identificación de la respuesta (Ver Imagen 1).

DEFINICIÓN DE VALORACIÓN (EIR 05-06, 07)

“Un método sistemático de recogida de datos que consiste en la apreciación del sujeto con el fin de identificar las respuestas que manifiesta con las diversas circunstancias que le afectan” Benavent, Camaño y Cuesta (1999).

Si se define la valoración como la recogida de datos que permite hacer una apreciación del sujeto, ésta conducirá a la identificación de sus respuestas por lo que se estará designando la valoración como un proceso dentro del mismo proceso (Ver Imagen 2):

- Recogida de datos.
- Análisis y síntesis.
- Identificación de la respuesta.

Fase de recogida de datos (EIR 93-94, 110; 02-03, 31)

Cabe preguntarse qué tipo de datos se necesitan; para dar una respuesta es preciso saber:

- Cuál es el objetivo.
- Quién es el objeto de los cuidados.

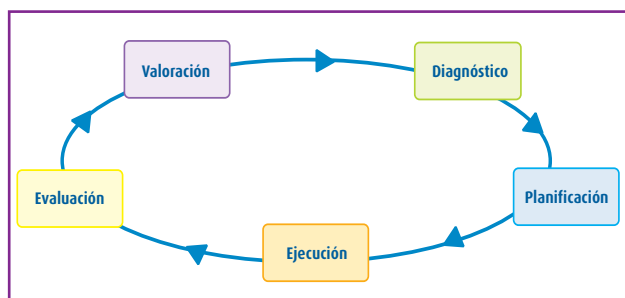


Imagen 1. Etapas del proceso de cuidados

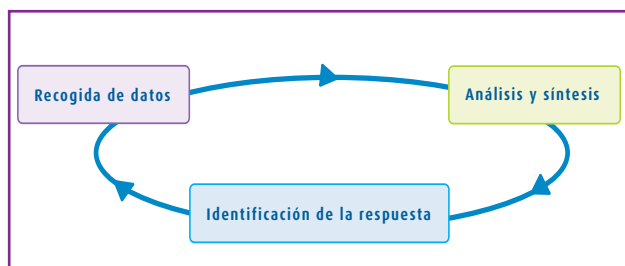


Imagen 2. Proceso de valoración

- Cuál es el modelo de cuidados que se escoge.
- De dónde se podrán obtener dichos datos.
- Cómo se podrán recoger, es decir, qué métodos se deben utilizar para recoger adecuadamente los datos.
- Cómo se dejará constancia de ellos, es decir, cómo se procederá a su registro para que puedan ser revisados y analizados por el resto de los miembros del equipo.

Sólo la utilización de un modelo de cuidados permite concretar mejor qué información se necesita saber del sujeto y ayuda a mantener el objetivo a lo largo de todo el proceso.

Por ejemplo, si se utiliza el modelo de Henderson, la recogida de datos tendrá como base las 14 necesidades enunciadas en su modelo, porque lo que se quiere saber es:

- Cuál es el nivel de satisfacción de estas necesidades.
- Dónde radica la dificultad, si la hay, para la satisfacción de las necesidades por parte del individuo.
- En qué necesita ayuda.
- Cómo puede ayudarlo la enfermera.

Si se toma como referente el modelo de Orem, la recogida de datos se realizará en torno a los denominados requisitos de autocuidados universales, de desarrollo o de desviaciones de salud. El objetivo en este caso será identificar:

- La habilidad del sujeto para el autocuidado.
- La existencia de un déficit de autocuidado.
- Los requerimientos de autocuidados que precisa.
- El sistema de enfermería que se empleará en la atención al sujeto: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o educativo y de apoyo.

Si se utiliza el modelo de Rogers, la recogida de datos se orientará a:

- Reconocer la organización de los campos de energía del sujeto.
- La interacción entre los campos para la identificación del estado de salud del sujeto.
- La capacidad de las enfermeras para favorecer o controlar estas interacciones con el objeto de conseguir el mayor nivel de bienestar para el sujeto.

Además de los modelos, y como consecuencia del desarrollo de la taxonomía diagnóstica de enfermería, Gordon formula una propuesta de valoración organizada en lo que denomina patrones funcionales de salud. La valoración de estas configuraciones de comportamiento que ocurren de forma secuencial en el transcurso del tiempo proporciona al profesional una base de datos elemental, con independencia de la edad, del nivel de cuidados o del trastorno médico, y conduce directamente a la identificación del diagnóstico. Los patrones funcionales de salud propuestos por Gordon son:

- Percepción-manejo de la salud.
- Nutricional-metabólico.
- Eliminación.
- Actividad-ejercicio.
- Sueño-descanso.
- Cognitivo-perceptual (EIR 04-05, 105).
- Autopercepción-autoconcepto.
- Rol-relaciones.
- Sexualidad-reproducción.
- Adaptación-tolerancia al estrés.
- Valores-creencias.

Se podría decir que una enfermera, para poder iniciar el proceso de cuidados, necesita conocer del sujeto:

- Su identidad.
- Su estado de salud.
- La percepción que tiene de su situación.

El registro de los datos y el tipo de datos obtenidos permiten encuadrar la individualidad y globalidad del sujeto. Por tanto, la recogida de datos deberá ser completa y atenta a todos los focos de atención que presentan los individuos desde la perspectiva de la enfermera (Ver Tabla 1).

Fase de análisis y síntesis

Analizar y sintetizar la información significa:

- Agrupar y clasificar los datos.
- Comparar los datos recogidos con los considerados “normales”.
- Contrastar vacíos e incongruencias en los datos.

Tabla 1. Características generales de los datos

Completos	Todos los focos de atención que presentan los individuos para los profesionales de la enfermería
Contrastados	Los datos se contraponen a los de otras fuentes
Registrados	Uso de instrumentos adecuados para cada caso concreto
Sistematizados	De forma que no se pierda la perspectiva del sujeto y permitan recuperar la información de una manera fácil y rápida
Actuales	Revisión y verificación continua de la información recogida
Comprensibles	Los datos se expresarán en un lenguaje comprensible para todos los miembros del equipo, para garantizar así la comunicación y posibilitar la investigación a partir de los mismos

JUICIO DIAGNÓSTICO (EIR 93-94, 10; 05-06, 08)

Cuando la enfermera ha recogido datos en torno a las necesidades básicas, los autocuidados, los patrones funcionales de salud, los factores cuidativos, etc., y procede al análisis y a la síntesis de la información obtenida, se encontrará con la necesidad de expresar cuál es la conclusión a la que ha llegado después del proceso de valoración.

Esa expresión, a través de la cual el profesional emite un juicio sobre la situación que identifica en el sujeto, es el diagnóstico enfermero (DE).

El DE surge de la necesidad de etiquetar las respuestas que las enfermeras identifican y tratan en los individuos, las familias o las comunidades, referidas a su salud y su bienestar.

Nacimiento y desarrollo del diagnóstico enfermero

Gebbie y Lavin, a principios de los años 70, reconocieron la necesidad de un sistema de clasificación de los diagnósticos de enfermería y participaron en la Conferencia Nacional de Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería de EEUU en el año 1973, en la Escuela de Enfermería de St. Louis (Missouri). El objetivo de aquella conferencia fue el desarrollo de una clasificación de diagnósticos que recogiera todas las situaciones de cuidados sobre las que actúa la enfermera.

Estas conferencias nacionales consolidaron las líneas de investigación abiertas en torno al diagnóstico y salió a la luz una primera lista de diagnósticos que bianualmente ha ido revisándose e incrementándose. Ya en 1982, lo que se inició como conferencias restringidas al ámbito de EEUU se amplió para dar cabida a todos los países de Norteamérica y, de este modo, se constituyó la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*.

Es en la III Conferencia de la NANDA cuando se constituye un grupo de enfermeras teóricas, dirigidas por Callista Roy, con el fin de elaborar una clasificación estructurada de los diagnósticos y poder así crear una taxonomía. Del trabajo de este grupo salió la propuesta de utilizar como referencia el concepto de hombre unitario (*unitary man*): “El campo energético del ser humano se manifiesta por características específicas o partes del hombre unitario (entendido como un todo) y se identifica por los nueve patrones de respuesta humana”.

Posteriormente se da forma a la primera taxonomía, que estudia y observa los diferentes niveles de abstracción de las etiquetas diagnósticas, y modifica su terminología y la estructura en los nueve patrones de respuesta humana. Esta clasificación fue aprobada en la VII Conferencia de 1988 y dio lugar a la taxonomía I de la NANDA.

Definición de diagnóstico enfermero

El análisis de las diferentes definiciones permite destacar los siguientes aspectos:

- Respuestas humanas ante problemas de salud: el diagnóstico será una síntesis de cómo el sujeto responde frente a las situaciones que afectan a su salud. El término respuesta significa: manifestación de un cambio físico; expresión de los sentimientos o de los comportamientos ante una determinada situación de salud; descripción del modo de relacionarse del sujeto con su entorno, etc. Por tanto, el diagnóstico enfermero responderá a la consideración del sujeto como un ser holístico.
- El juicio procede de una valoración y, por tanto, es el resultado de un proceso de razonamiento o de un pensamiento crítico.
- La respuesta del sujeto, entendido como individuo, como familia o como grupo: el diagnóstico de enfermería no sólo expresará respuestas individuales, sino que también puede expresar respuestas del grupo familiar o de la comunidad.
- Responsabilidad y capacitación de la enfermera para el diagnóstico: los profesionales van desarrollándose a medida que la acción de cuidar se consolida como una acción profesional.
- Problemas reales, problemas potenciales o de riesgo: el diagnóstico,

además de mostrar respuestas que deben considerarse como problemas reales, permite evidenciar situaciones que pueden activar, si no se toman las medidas necesarias, futuros problemas.

A modo de síntesis, se puede decir que el diagnóstico enfermero es la descripción de la respuesta que dan el individuo, el grupo o la comunidad ante cualquier circunstancia vital. Esta respuesta es única y está ligada a cada persona. Esto implica ver a la persona como un ser humano integral y, por tanto, tener en cuenta el aspecto físico, psíquico, sociocultural y de desarrollo, lo cual lleva aparejadas situaciones en las que si bien el sujeto no presenta ninguna alteración de tipo físico, su forma de relacionarse con su entorno o la manera de afrontar las etapas de su desarrollo le impiden alcanzar un nivel de bienestar satisfactorio.

EL PROCESO DIAGNÓSTICO

El proceso diagnóstico es para Alfaro (2007) una forma de pensamiento crítico que permite llegar a una conclusión acerca del estado de salud y de la respuesta de una persona a su situación vital.

Diagnóstico enfermero (DE) y diagnóstico médico (DM)

Definido como respuesta, el DE adquiere una variabilidad casi infinita al quedar vinculado al carácter único del ser humano. El diagnóstico médico, expresión de entidades nosológicas que responden a cambios en la estructura o funcionamiento del organismo humano, mantiene un patrón que se podría considerar más estándar (Ver Tabla 2).

Ventajas del diagnóstico enfermero (Ver Imagen 3)

Problemas interdependientes o colaborativos (EIR 96-97, 37; 00-01, 40; 05-06, 09; 08-09, 15)

El término “problema interdependiente” fue sugerido por Carpenito al considerar que, durante el proceso de cuidar, la enfermera llevará a cabo los dos tipos de acciones que dan respuesta a las dimensiones en que ella divide la actuación de estos profesionales:

- Acciones de dimensión independiente: surgen a partir de los diagnósticos enfermeros.
- Acciones de dimensión dependiente: la enfermera las realiza en respuesta a las situaciones diagnosticadas y tratadas por otros profesionales, en las que participa de manera delegada. La realización de este tipo de acciones por parte de la enfermera se hará según la



Imagen 3. Ventajas en el uso de los diagnósticos

capacidad de autocuidado del sujeto o su familia. Es decir, cuando un individuo es capaz de llevar a cabo por sí mismo las órdenes de tratamiento de un profesional de la salud, no es necesaria la intervención de la enfermera.

Alfaro (2007), al referirse a los problemas interdependientes, los define como: “un problema real o potencial que aparece como resultado de complicaciones de la enfermedad primaria, estudios diagnósticos o tratamientos médicos o quirúrgicos y que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades interdependientes o de colaboración de enfermería”.

La taxonomía diagnóstica (EIR 95-96, 28, 29; 05-06, 01, 10)

Cuando se habla de taxonomía diagnóstica se está haciendo referencia a la relación y organización de los diagnósticos por grupos o categorías, pero también a los criterios que se han seguido para establecer dichas categorías y que permiten entender las relaciones que se establecen entre distintos diagnósticos.

Las categorías diagnósticas

Una categoría diagnóstica podría definirse como una descripción detallada del diagnóstico. Dicha descripción incluye (Ver Imagen 4):

Tabla 2. Diferencia entre diagnóstico médico y diagnóstico enfermero

Diagnóstico médico	Diagnóstico enfermero
Describe una patología, circunstancia o situación	Describe la respuesta individual a un proceso
Permanece invariable durante todo el proceso de la enfermedad	Puede variar en función de los cambios en la respuesta del sujeto durante la enfermedad
Guía la práctica médica	Guía el proceso de cuidar en enfermería
Únicamente es aplicable en situaciones de enfermedad de las personas	Puede aplicarse al sujeto como individuo, como grupo o comunidad
Posee una clasificación bien desarrollada y aceptada internacionalmente	Posee una clasificación en proceso de desarrollo y validación en el ámbito internacional
Es complementario al diagnóstico de enfermería	Es complementario al diagnóstico médico
Se refiere a alteraciones fisiopatológicas de la persona	Se refiere a la percepción que tiene la persona de su estado de salud

- Título de la categoría o etiqueta diagnóstica: la expresión de la respuesta del sujeto.
- Definición de la categoría o significado de la etiqueta.
- Características definitorias de la etiqueta: hasta la clasificación 1998-2000, la NANDA diferenciaba las características que definen una categoría diagnóstica en dos tipos, las denominadas mayores y menores. Sin embargo, la falta de investigaciones que evidencien la relación existente entre la aparición de una determinada característica y su respuesta señalada por la etiqueta diagnóstica han hecho que la NANDA decidiera no mantener esa clasificación.
- Factores relacionados: procesos, situaciones o circunstancias que pueden afectar a la persona y ocasionarle la respuesta que quedará indicada por la etiqueta.

Formato de registro y tipos de diagnósticos enfermeros

Formato de registro

Fue Gordon quien propuso una fórmula para el registro de los diagnósticos, conocida como "formato PES". El acrónimo PES se refiere a las iniciales de las tres partes que componen el enunciado diagnóstico:

- P: problema o respuesta que presenta el sujeto.
- E: etiología o factor relacionado que está ocasionando la respuesta.
- S: signos y síntomas o manifestaciones del problema o respuesta.

A continuación, y a modo de ejemplo, se transforma en un enunciado diagnóstico este formato PES:

- P: manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar; nexo de unión: relacionado con (r/c).
- E: dificultades económicas; nexo de unión: manifestado por (m/p).
- S: la madre indica que el tipo de leche maternizada que toma el niño no es el recomendado.

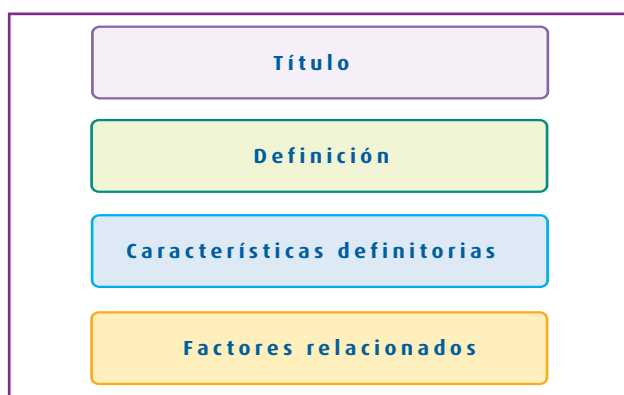


Imagen 4. Categorías diagnósticas

El registro de este diagnóstico quedaría del siguiente modo:

"Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar r/c dificultades económicas m/p la madre indica que el tipo de leche maternizada que da al niño no es el recomendado".

Tipos de diagnósticos enfermeros

Alfaro menciona tres tipos de diagnósticos de enfermería (Ver Tabla 3 e Imagen 5):

- Diagnóstico posible o de sospecha: cuando la enfermera no puede, al no haber encontrado las características definitorias del problema o la respuesta, enunciar un diagnóstico real pero su experiencia y su intuición la llevan a sospechar la presencia de dicho problema o respuesta.
- Diagnóstico real: recoge una respuesta actual y presente en el sujeto, que el profesional observa al encontrar durante la valoración signos y síntomas que son características definitorias del problema.
- Diagnóstico potencial: señala la presencia de factores relacionados que pueden desencadenar respuestas no deseadas que en el momento presente todavía no se han producido. La enfermera llega a este juicio cuando, a partir de la valoración, identifica la presencia de dichos factores.

En la asamblea de la NANDA de 1980 se incluyen en la taxonomía diagnóstica los nuevos tipos de diagnóstico siguientes:

- Diagnóstico de bienestar o de cuidados de salud: etiquetas que señalan situaciones en las que el sujeto presenta un potencial de salud que merece ser fomentado por la enfermera. Por ejemplo: "enfrentamiento familiar: potencial de desarrollo".
- Diagnóstico de síndrome: permiten al profesional nombrar respuestas complejas de la persona que incluyen varios diagnósticos reales y potenciales. Por ejemplo: "síndrome de desuso", "síndrome postraumático", "síndrome de estrés por traslado", etc.

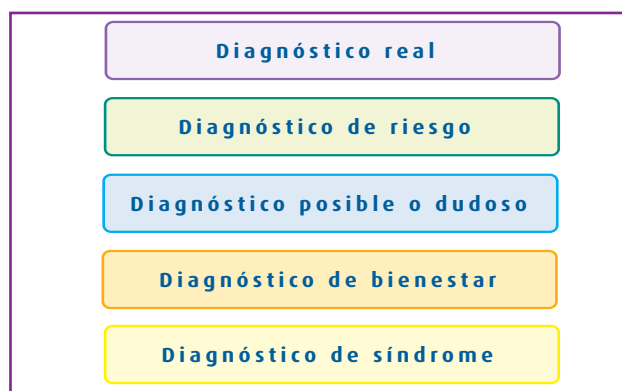



Imagen 5. Diagnósticos de enfermería

Tabla 3. Tipos de diagnósticos

Possible, dudoso o de sospecha	Real	De riesgo
Existe algún síntoma, pero no son excluyentes	Signos y síntomas que evidencian que el problema existe	No existen los signos y los síntomas que el problema evidencia
	Factores etiológicos o concurrentes conocidos	Presencia de factores de riesgo que pueden contribuir a la aparición del problema
Inicio de la verificación del diagnóstico	Instaurar el plan de cuidados	Instaurar el plan de cuidados y hacer énfasis en las acciones de prevención y de control de los factores de riesgo

 Te conviene recordar...

- 4 El diagnóstico, pese a la importancia que tiene, no es el fin del proceso de cuidados. Un buen diagnóstico es clave para obtener una buena calidad en el proceso, pero éste engloba también acciones de valoración, de planificación, de ejecución y de evaluación que, junto con el diagnóstico, permiten la excelencia en el proceso de cuidar.
- 4 El reciente desarrollo del diagnóstico en enfermería es un elemento que se ha señalado como causa del elevado carácter descriptivo de los enunciados diagnósticos. Una prueba de ello es la incorporación que la NANDA ha hecho de los llamados diagnósticos de síndrome. Este tipo de diagnósticos puede ser muestra de la madurez que poco a poco va alcanzando la taxonomía y que posibilita el empleo de expresiones más concisas para señalar situaciones complejas que hasta ahora requerían el enunciado de distintos diagnósticos.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2007.
- Benavent A, Camaño R, Cuesta A. Metodología en enfermería. Valencia: Universidad de Valencia; 1999.
- Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 2002.
- Nightingale F. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. Barcelona: Salvat; 1990.

8 Juicio y acción terapéutica: planificación, ejecución y evaluación

JUICIO TERAPÉUTICO: ETAPA DE PLANIFICACIÓN

Definición de planificación (EIR 03-04, 89; 06-07, 08)

Como síntesis se podría decir que la planificación (Ver Tabla 1):

- Analiza los resultados de la etapa de diagnóstico para tratar de establecer una prioridad de atención e identificar aquellos diagnósticos que implican un mayor riesgo para la vida y para el bienestar del sujeto.
- Incorpora una propuesta de posibles soluciones a los diagnósticos identificados.
- Establece los patrones que permitirán evaluar el resultado de las acciones realizadas y su efecto en el sujeto.
- Recoge las acciones concretas y adecuadas a cada sujeto para poder resolver los diagnósticos.

Fases de la planificación

Fase de priorización

La prioridad debe establecerse basándose en tres criterios:

- Los problemas existentes o inminentes que ponen en peligro la vida del sujeto deberán tratarse como prioridad 1 y, por lo tanto, la atención deberá ser inmediata.
- Los problemas potenciales que ponen en peligro la vida del sujeto deberán tratarse como prioridad 2.
- La percepción del sujeto sobre sus problemas de salud: este último criterio, que está considerado como prioridad 3, es fundamental para aquellos autores que señalan como factor de gran importancia para el juicio de prioridades tener en cuenta los intereses de los sujetos. Dichos intereses estarán matizados por la comprensión que el sujeto tenga de la situación en la que se encuentra, por los valores, pensamientos y sentimientos sobre la forma de resolver los problemas de salud y por su capacidad para resolverlos.

Alfaro (2007) propone como criterios de priorización la jerarquía de Maslow y señala (EIR 96-97, 89; 05-06, 02):

Tabla 1. Características de la etapa de planificación

- Gran capacidad de relación
- Alto nivel de experiencia en el proceso de cuidar
- Capacidad para reconocer las percepciones del sujeto
- Intuición
- Iniciativa
- Capacidad de valoración de conjunto



Imagen 1. Prioridad 4: problemas que afectan a la autoestima

- Las necesidades fisiológicas: aquellos problemas que interfieren en este campo tendrán la prioridad 1.
- La seguridad y la protección: los problemas que perjudican este campo ostentan la prioridad 2.
- El amor y la pertenencia: tendrán la prioridad 3.
- La autoestima: ostentarán una prioridad 4 (Ver Imagen 1).
- La autorrealización: aquellos problemas que interfieren en la capacidad para llegar a ella tendrán la prioridad 5.

La prioridad objetiva está fundamentada en criterios basados en valores fundamentales, según Alfaro (2007) (Ver Tabla 2):

- Protección de la vida.
- Alivio y prevención del sufrimiento.
- Corrección y prevención de las disfunciones.
- Búsqueda del bienestar.

Tabla 2. Criterios de priorización

Valores profesionales

- Protección de la vida
- Alivio y prevención del sufrimiento
- Corrección y prevención de las disfunciones
- Búsqueda del bienestar

Percepción del sujeto sobre sus problemas

Fase de formulación de los objetivos (EIR 96-97, 91, 08-09, 16; 09-10, 16)

El objetivo señala (Ver Tabla 3):

- Una dirección para seleccionar las estrategias que se deben seguir y el orden de las mismas.
- Una base para el diseño de la estrategia que incluya los materiales que se necesitan y el método que se va a seguir.
- Los recursos para resolver el problema con los que cuentan tanto la enfermera como el sujeto.

Clasificación de los objetivos (Ver Tabla 4)

Estos se clasifican atendiendo:

- Al tipo de acción o de cambio que expresa.
- Al tipo de modificación en la conducta del sujeto que se espera obtener.
- Al sujeto que llevará a cabo la acción que expresa el objetivo.
- Al tiempo que se considera necesario para alcanzar dicho objetivo.

Criterios para la formulación de los objetivos (Ver Tabla 5)

Tabla 3. Propuestas de definición de los objetivos

Autora	Año	Definición de objetivos
Alfaro	1992	Son la tarea más importante en la etapa de planificación Son los pilares del plan de cuidados Dirigen las actuaciones Son un factor de motivación
Iyer	1994	Independientemente de cómo se denominen los objetivos, su propósito es el mismo y se concreta en definir la manera en que la enfermera y el paciente saben que la respuesta humana identificada en el diagnóstico ha estado impedida, modificada o corregida
Murray	1996	Para definir qué es un objetivo, recoge la propuesta de la Asociación Americana de Enfermería: "meta esperada y medida centrada en el paciente"
Phaneuf	1999	La proyección de una intención que se expresa mediante la descripción del comportamiento que se espera de la persona o de un resultado que se desea obtener después de haber empleado una serie de medios

Tabla 4. Clasificación de los objetivos

<p>Tipo de acción o cambio que expresan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos de restitución • Objetivos de mantenimiento • Objetivos de conservación 	<p>Sujeto que realizará la acción que expresa el objetivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos de proceso: personal de enfermería • Objetivos de resultado: el receptor de los cuidados
<p>Modificación en el comportamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de competencia cognitiva de la persona • Nivel de competencia psicomotora • Nivel de competencia afectiva 	<p>Tiempo necesario para alcanzar el objetivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo a corto plazo • Objetivo a medio plazo • Objetivo a largo plazo

Tabla 5. Criterios para la formulación de los objetivos

Valorar los estándares de enfermería propios del lugar donde se realice la acción	Marco legislativo Código deontológico Protocolos de actuación
El objetivo siempre estará en el problema enunciado	El objetivo recogerá siempre la primera parte del diagnóstico (etiqueta diagnóstica) Estará referido a un cambio o a un mantenimiento de la respuesta identificada
El objetivo indicará cuándo se espera que se consiga	El tiempo es un elemento necesario e imprescindible en el diagnóstico real pero opcional en el de riesgo y de bienestar
Será conciso y claro	Un objetivo no puede estar sujeto a interpretaciones por parte de las personas implicadas en el proceso Expresará una sola acción, dado que acciones de diferentes competencias pueden tener tiempos distintos de consecución
Medibles y observables	Tendrá criterios claros de cómo van a ser evaluados Siempre, cuando se formulen, estará claro el parámetro por el cual se medirá su consecución
Serán realistas	Ajustados a los recursos del sujeto: situación económica, inteligencia, nivel físico y emocional Del profesional: grado de formación, nivel de autonomía, disponibilidad Del centro sanitario: equipos, instalaciones, personal

Fase de determinación de las actividades (EIR 94-95, 26)

Aquí se definen las actividades o intervenciones de enfermería como las estrategias específicas diseñadas para un sujeto concreto con el fin de evitar complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual y fomentar, conservar y restaurar la salud. Pueden ser de dos tipos:

- Autónomas de cuidados enfermeros.
- Enfermeras autónomas, relacionadas con los cuidados técnicos y médicos.

Igualmente, se identifican cuatro tipos de intervenciones de enfermería:

- Manejo del entorno: estas intervenciones están relacionadas con el establecimiento de un ambiente terapéutico seguro.
- Intervenciones iniciadas y ordenadas por el médico.
- Intervenciones iniciadas por la enfermera y ordenadas por el médico.
- Intervenciones iniciadas y ordenadas por la enfermera.

Para Alfaro (2007) la enfermera dirige el diseño de sus intervenciones hacia:

- La realización de valoraciones que le permitan identificar nuevos problemas y ver el estado de los ya existentes.
- La educación sanitaria.
- El asesoramiento del sujeto en los procesos de toma de decisiones.
- La consulta con otros profesionales de la salud y derivación del paciente si se considera que el problema lo requiere.
- La realización de acciones específicas de tratamiento para eliminar o reducir los problemas.
- La ayuda al sujeto en la realización de actividades por sí mismo.

Características de las intervenciones (Ver Tabla 6)

Procedimiento para la determinación de las actividades

Los protocolos o planes de cuidados estandarizados son instrumentos de gran

valor pero se entiende que deben ser utilizados en el proceso de cuidados enfermeros como guías de orientación y nunca como sustitutivos del proceso de planificación. Una utilización indiscriminada de estos planes podría resultar negativa, si se parte del criterio de individualización del proceso de cuidar en enfermería.

Actualmente el desarrollo en la gestión sanitaria de los denominados GDR o grupos de diagnósticos relacionados conducen al diseño de planes de cuidados estandarizados.

Los proyectos de investigación sobre objetivos e intervenciones de enfermería (NIC y NOC) también llevan hacia el desarrollo y la utilización de estos planes de cuidado. Caminar en esta dirección no debe hacer olvidar el objetivo de individualización de los cuidados a través del proceso de cuidados enfermeros.

Fase de registro del plan

Al hacer referencia al proceso de cuidados enfermeros, se hablaba de la necesidad de registrar las acciones que se llevan a cabo durante el proceso de cuidar en enfermería. Esta necesidad responde a dos objetivos:

- La necesaria comunicación entre los miembros del equipo de atención.
- La responsabilidad que los profesionales tienen en el desarrollo del conocimiento enfermero.

Tabla 6. Características de las intervenciones

- Consecuentes con el plan global
- Ambiente seguro y terapéutico
- Individualizadas y ajustadas
- Realistas

Te conviene recordar...

- 4 La planificación es una etapa en la que predominan las acciones de pensar: se piensa sobre los diagnósticos para determinar su prioridad, en la capacidad del sujeto, en los recursos, en el problema y en su etiología para formular los objetivos y por último, en cuáles serán las acciones que permitirán obtener los resultados esperados. La utilización de planes de cuidado estandarizados, aunque es de ayuda en la fase de determinación de actividades, no exime de esas acciones de pensar, puesto que siempre será necesario comprobar y confirmar que el plan que se quiere utilizar es adecuado para el paciente.
- 4 Cabe destacar la importancia que asume el sujeto durante esta etapa. Si se decía que es protagonista de todo el proceso de cuidados enfermeros, aquí adquiere mayor relevancia; su participación en el establecimiento de prioridades y la necesidad de consensuar con él los objetivos de resultado y las actividades confirman su importancia.

ACCIÓN TERAPÉUTICA: ETAPA DE EJECUCIÓN (EIR 03-04, 91; 06-07, 08)

Durante la etapa de planificación, la enfermera decide qué tipo de acciones son las adecuadas para obtener los resultados esperados; pues bien, durante la ejecución lo que hará será llevar a cabo estas acciones, de manera que cuando se registran la planificación y la ejecución, con frecuencia, se produce lo que puede parecer una duplicación de los registros.

Realmente no existirá tal duplicidad, puesto que mientras el registro de la planificación expresa acciones de futuro y marca directrices de actuación, el

registro de la ejecución, expresado en términos de presente o de pasado, permite comprobar cuáles de las intervenciones programadas se han llevado a cabo finalmente y si se ha producido algún cambio entre lo programado y lo realizado. Al mismo tiempo, el registro de la ejecución incluirá todo aquello que haya acontecido, y sea relevante, durante la realización de las acciones.

Definición y fases

Se puede definir esta etapa como el momento en el que la enfermera lleva a cabo las actividades programadas en la etapa de planificación o, como afirma Kozier (2005): "es poner en acción las estrategias enumeradas en el plan de

atención; es la acción de enfermería que permite llegar al resultado deseado de los objetivos del cliente”.

Se pueden distinguir en ella tres fases:

- Fase de preparación.
- Fase de intervención.
- Fase de documentación o de registro.

La ejecución de las actividades de enfermería incluye:

- Realizar directamente una actividad para el paciente.
- Ayudar al paciente a realizar una actividad por sí mismo.
- Supervisar al paciente (o a la familia) mientras realiza una actividad por sí mismo.
- Educar al paciente (o a la familia) sobre sus cuidados de salud.
- Asesorar al paciente (o a la familia) en las elecciones que debe hacer en torno a la búsqueda y a la utilización de los recursos de salud adecuados.
- Control (valoración) para detectar posibles complicaciones o problemas.

Etapa de evaluación

La evaluación es una acción continua y formal que está presente a lo largo de

todo el proceso de cuidados enfermeros; es parte integral de cada una de las etapas, está presente en todas ellas y se puede relacionar con:

- La valoración: que en sí misma es una evaluación inicial del sujeto.
- El diagnóstico: puesto que se evalúan los datos para comprobar que la etiqueta diagnóstica se ajusta a los mismos.
- La planificación: en cuya fase de priorización se solicita evaluar los diagnósticos formulados, la percepción del sujeto, los recursos de los que se dispone, etc., para identificar el orden en que se deben atender los problemas o las respuestas.
- La ejecución: en la fase de preparación se remite a la evaluación de las etapas anteriores, circunstancia que se repite incluso durante la fase de realización, en la que se pide a la enfermera que compruebe que lo que está a punto de realizar todavía es válido.

Fase de modificación del plan

El ajuste del plan, es decir, del proceso de cuidados enfermeros, puede llevar en esta fase a:

- Suprimir aquellos diagnósticos que han quedado resueltos.
- Enunciar nuevos diagnósticos.
- Priorizar, establecer nuevos objetivos y programar intervenciones.
- Modificar el tiempo establecido en los objetivos de resultado.
- Mantener la ejecución de las actividades.

Te conviene recordar...

- 4 La ejecución, a pesar de quedar definida por algunos profesionales como “etapa reina”, no puede hacer olvidar que el protagonismo de todo el proceso de cuidados enfermeros lo ostenta el sujeto.
- 4 Se debe insistir en la importancia de los registros, sin olvidar que se hará un buen registro siempre y cuando se lleve a cabo el proceso de cuidar siguiendo la metodología del proceso de cuidados enfermeros.
- 4 Evaluar y valorar son dos caras de la misma moneda y posiblemente lo que provoca y mantiene esa continua interrelación entre las etapas del proceso de cuidados enfermeros. La evaluación ha de verse como una acción de efecto incentivador tanto para el sujeto como para la enfermera. Su efecto inmediato es mostrar la mejora que el sujeto ha experimentado en cuanto a su salud y a su bienestar y, consecuentemente, si el proceso de cuidar ha sido realmente adecuado y efectivo.



BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2007.
- Benavent A, Cernaño R, Cuesta A. Metodología en enfermería. Valencia: Universidad de Valencia; 1999.
- Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 2002.
- Kozier B, Erb G, Blais K. Fundamentos de enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2005.
- Nightingale F. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. Barcelona: Salvat; 1990.

9 Descripción y análisis de las clasificaciones NANDA, NOC y NIC

CLASIFICACIÓN NANDA (EIR 98-99, 38; 08-09, 9, 14, 55, 56; 09-10, 10 15)

Estructura

Se hace referencia a la clasificación NANDA II, presentada en la decimocuarta conferencia de la NANDA en abril del año 2000. En la actualización del año 2007 de *NANDA International*, se recogen los 188 diagnósticos que quedan incluidos en los 148 conceptos diagnósticos identificados hasta el momento.

Dominio

Representa el nivel más abstracto de la clasificación. En la clasificación de la NANDA se presentan 13 dominios con su correspondiente definición:

- Promoción de la salud.
- Nutrición.
- Eliminación.
- Actividad/reposo.
- Percepción/cognición.
- Auto percepción.
- Rol/relaciones.
- Sexualidad.
- Afrontamiento/tolerancia al estrés.
- Principios vitales.
- Seguridad/protección.
- Confort.
- Crecimiento/desarrollo.

Clase

Representa un nivel intermedio de organización dentro de la clasificación: la clase identifica aspectos específicos dentro de un dominio (Ver Imagen 1).

La clasificación presenta 47 clases integradas en los distintos dominios, con su correspondiente definición.

- Promoción de la salud:

- Toma de conciencia de la salud.
- Manejo de la salud.

- Nutrición:
 - Ingestión.
 - Digestión.
 - Absorción.
 - Metabolismo.
 - Hidratación.
- Eliminación:
 - Sistema urinario.
 - Sistema gastrointestinal.
 - Sistema tegumentario.
 - Función respiratoria.
- Actividad/reposo:
 - Reposo/sueño.
 - Actividad/ejercicio.
 - Equilibrio de la energía.
 - Respuestas cardiovasculares/respiratorias.
 - Autocuidado.
- Percepción/cognición:
 - Atención.
 - Orientación.
 - Sensación/percepción.
 - Cognición.
 - Comunicación.
- Auto percepción:
 - Auto concepto.
 - Autoestima.
 - Imagen corporal.
- Rol/relaciones:
 - Roles del cuidador.
 - Relaciones familiares.

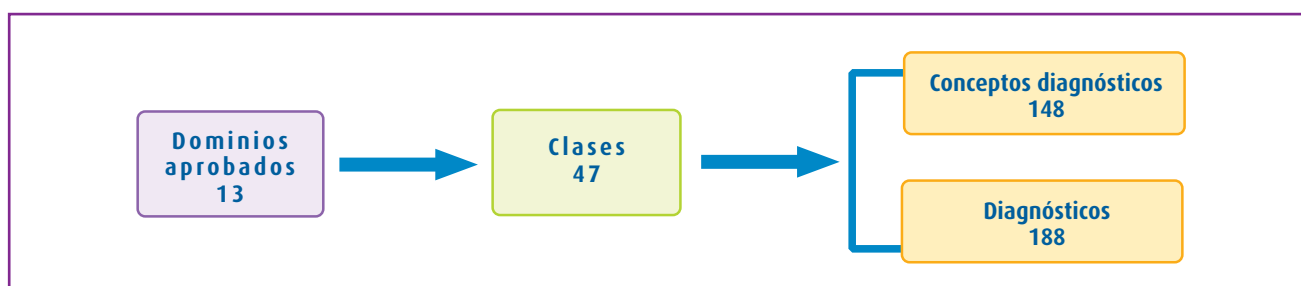


Imagen 1. Estructura de la taxonomía NANDA II

- Desempeño del rol.
- Sexualidad:
 - Identidad sexual.
 - Función sexual.
 - Reproducción.
- Afrontamiento/tolerancia al estrés:
 - Respuesta postraumática.
 - Respuestas de afrontamiento.
 - Estrés neurocomportamental.
- Principios vitales:
 - Valores.
 - Creencias.
 - Congruencia de las acciones con los valores/creencias.
- Seguridad/protección:
 - Infección.
 - Lesión física.
 - Violencia.
 - Peligros ambientales.
 - Procesos defensivos.
 - Termorregulación.
- Confort:
 - Confort físico.
 - Confort ambiental.
 - Confort social.
- Crecimiento/desarrollo:
 - Crecimiento.
 - Desarrollo.

Te conviene recordar...

4 La clasificación NANDA II fue presentada en la decimocuarta conferencia de la NANDA en abril del año 2000. En la actualización del año 2007 de *NANDA International* se recogen los 188 diagnósticos que quedan incluidos en los 148 conceptos diagnósticos identificados hasta el momento.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

La NANDA describe el diagnóstico enfermero desde una perspectiva conceptual; así, es “el juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a los procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales”; y, desde una perspectiva metodológica, como una etiqueta que “proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable”. Distín- gue entre diagnóstico real, de riesgo y de salud.

Concepto diagnóstico

Es el elemento fundamental que le da el significado al diagnóstico y puede estar formado por uno o varios términos. Los conceptos diagnósticos conte- nidos en la taxonomía II son 148.

Un ejemplo de concepto diagnóstico es “manejo del régimen terapéutico”.

Eje

Se define como “la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico”. Los ejes permiten un sistema de ordenación de los diag- nósticos que facilita su estudio, su investigación y su informatización. Los ejes propuestos son siete: concepto diagnóstico, tiempo, unidad de cuidados, etapa de desarrollo, potencialidad, descriptor y topología (Ver Imagen 2).

Tiempo

Se refiere a la identificación en los diagnósticos de la duración de su presen- cia. Los valores considerados en este eje son:

- Agudo: presencia inferior a seis meses.
- Crónico: si la permanencia es superior a seis meses.
- Intermitente: si el diagnóstico se inicia y cesa a intervalos cíclicos.
- Continuo: cuando se produce de manera ininterrumpida durante un determinado periodo de tiempo.

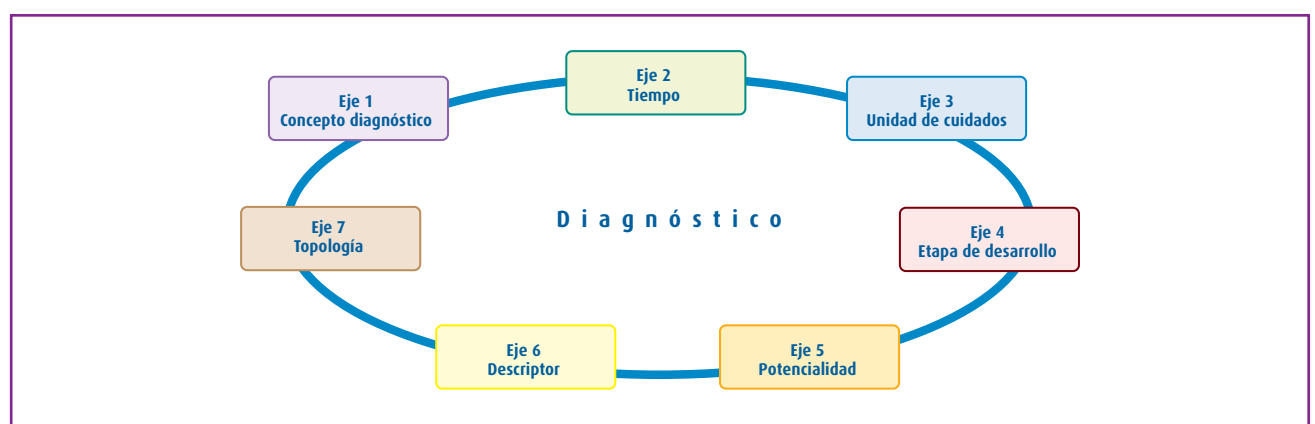


Imagen 2. Ejes de la taxonomía NANDA II

Unidad de cuidados

El eje unidad de cuidados se refiere a la población a la que corresponde el diagnóstico. Los valores descritos en este eje son:

- Individuo: cuando se refiere a una persona concreta.
- Familia: si el diagnóstico corresponde a un grupo de personas, al menos dos, que mantienen relaciones de convivencia (con consanguinidad o no).
- Grupo: cuando el diagnóstico corresponde a un conjunto de personas con un interés común.
- Comunidad: se entiende como un grupo de personas que vive en un mismo lugar y bajo un mismo gobierno.

Etapa de desarrollo

Este eje se refiere a la edad de la persona sobre la que se formula el diagnóstico. Se distinguen los siguientes periodos de edades: feto, neonato, lactante, niño pequeño, preescolar, escolar, adolescente, adulto joven, adulto maduro, adulto, anciano joven, anciano, gran anciano. Un ejemplo de este eje en un diagnóstico sería “conducta desorganizada del lactante”.

Potencialidad

Se refiere al potencial estado de salud que trata de identificarse mediante el diagnóstico. Se describen como valores de este eje:

- Bienestar: se refiere a los diagnósticos que identifican un estado de salud que puede mejorarse y para el que la persona o el grupo presentan una disposición positiva. Un ejemplo de este diagnóstico serían las conductas generadoras de salud.
- Riesgo: se entiende como la posible vulnerabilidad por la existencia de factores que propician la posibilidad de que se produzca un problema o un diagnóstico. Un ejemplo sería el riesgo de cansancio del rol de cuidador.
- Real: cuando existen manifestaciones que evidencian la presencia del problema (p. ej.: un desequilibrio nutricional por exceso).

Descriptor

Este eje se denomina también modificador y con él se pretenden concretar los diagnósticos con juicios de valor que especifican las respuestas observadas. Estos juicios son:

- Anticipado: hecho de antemano, previsto.
- Aumentado: mayor en tamaño, en cantidad o en grado.
- Bajo: contiene menos de lo normal.
- Comprometido: vulnerable a una amenaza.
- Defensivo: usado o tratado de usar como protección ante una amenaza percibida.
- Deficiente: inadecuado en cantidad, en calidad o en grado; no suficiente, incompleto.
- Deplecionado: vacío total o parcialmente, exhausto.
- Desequilibrado: desestabilizado, descompensado.
- Desorganizado: que destruye la disposición sistemática.
- Desproporcionado: incoherente con un estándar.
- Deteriorado: empeorado, debilitado, lesionado, reducido.
- Disfuncional: de funcionamiento anormal, incompleto.
- Disminuido: reducido, menor en número, en cantidad o en grado.
- Disposición para mejorar (sobre los diagnósticos de salud): aumentar en cantidad o en calidad, lograr lo más deseado.

- Efectivo: que produce el efecto deseado.
- Equilibrio: estabilidad, compensación.
- Excesivo: se caracteriza por una cantidad mayor que la necesaria, la deseable o la útil.
- Funcional: de funcionamiento normal y completo.
- Habilidad: capacidad para hacer o para actuar.
- Incapacidad: falta de habilidad para hacer o para actuar.
- Incapacitante: que lo hace impracticable o incapaz, que incapacita.
- Ineficaz: que no produce el efecto deseado.
- Interrumpido: que altera la continuidad o la uniformidad.
- Organizado: que forma una disposición sistemática.
- Percibido: conciencia a través de los sentidos; asignación de significados.
- Retrasado: pospuesto, impedido, retardado.
- Situacional: relacionado con las circunstancias particulares.
- Total: completo, con su máxima extensión o grado.
- Trastornado: agitado o interrumpido, que interfiere.

Topología

Alude a las partes corporales a las que pudiera referirse el diagnóstico. Los valores que lo conforman son:

- Auditivo.
- Cardiopulmonar.
- Cerebral.
- Cutáneo.
- Gastrointestinal.
- Gustativo.
- Intracraneal.
- Membranas mucosas.
- Neurovascular periférico.
- Olfatorio.
- Oral.
- Renal.
- Táctil.
- Urinario.
- Vascular periférico.
- Visual.

Un ejemplo de este eje sería el diagnóstico de “incontinencia urinaria de esfuerzo”. Se incluye un ejemplo de diagnóstico en el que están presentes los diferentes ejes (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Riesgo de deterioro del vínculo entre los padres y el lactante

Eje	Valor
Concepto diagnóstico	Vinculación
Tiempo	No consta
Unidad de cuidados	Familia/padres
Edad	Lactante
Estado de salud	Riesgo
Descriptor	Deteriorado
Topología	No consta

Te conviene recordar...

- 4 La NANDA describe el diagnóstico enfermero desde una perspectiva conceptual; así, es “el juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a los procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales”; y, desde una perspectiva metodológica, como una etiqueta que “proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable”.
- 4 Distingue entre diagnóstico real, de riesgo y de salud.

CLASIFICACIÓN NOC (EIR 08-09, 8)

La utilización de los criterios de resultados para el análisis y la evaluación de la efectividad y la eficacia de los cuidados se remontan a mediados de los años 60, cuando Aydelotte tomó como referente de la calidad de los cuidados “los cambios que se producen en los clientes tanto en el comportamiento como en los aspectos físicos”.

Johnson, Maas y Moorhead (2009), de la Universidad de Iowa, cuentan con un equipo de investigadores, formado en 1991, cuyo objetivo de partida fue “el conceptualizar, denominar, someter a validación y clasificar los resultados que se obtuvieran de las acciones cuidadoras de las enfermeras sobre los clientes”. En este momento la NOC (*Nursing Outcomes Classification*) ha clasificado 330 criterios de resultados.

Estructura

La NOC plantea una clasificación estructurada en tres niveles: dominio, clase y resultado, en la que se muestran diferentes indicadores. Esta clasificación cuenta con 7 dominios, 31 clases y 330 resultados.

Dominio

Es el nivel más abstracto de la clasificación. Con los dominios se pretende identificar y describir los resultados de comportamiento o conducta de la persona relacionados con su salud, desde una perspectiva integral, individual o colectiva.

Los siete dominios recogidos en la NOC son:

- (1) Salud funcional: describe la capacidad y la realización de las tareas básicas de la vida.
- (2) Salud fisiológica: señala el funcionamiento del cuerpo humano.
- (3) Salud psicosocial: señala el funcionamiento psicológico y social.
- (4) Conocimiento y conducta en salud: define las actitudes, la comprensión y las acciones respecto a la salud y a la enfermedad.
- (5) Salud percibida: muestra las impresiones sobre la salud y la asistencia sanitaria del individuo.
- (6) Salud familiar: concibe el estado de salud, la conducta o el funcionamiento en salud de la familia en conjunto o de un individuo como miembro de la misma.
- (7) Salud comunitaria: describe la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o de una población.

Clase

Representa un nivel intermedio de organización dentro de la clasificación y explicita una mayor concreción de los resultados contenidos en cada uno de los dominios.

A continuación se enuncian las clases dentro del correspondiente dominio:

- (1) Salud funcional:
 - (A) Mantenimiento de la energía.
 - (B) Crecimiento y desarrollo.
 - (C) Movilidad.
 - (D) Autocuidado.
- (2) Salud fisiológica:
 - (E) Cardiopulmonar.
 - (F) Eliminación.
 - (G) Líquidos y electrolitos.
 - (H) Respuesta inmune.
 - (I) Regulación metabólica.
 - (J) Neurocognitiva.
 - (K) Nutrición.
 - (a) Respuesta terapéutica.
 - (L) Integridad tisular.
 - (Y) Función sensitiva.
- (3) Salud psicosocial:
 - (M) Bienestar psicológico.
 - (N) Adaptación psicosocial.
 - (O) Autocontrol.
 - (P) Interacción social.
- (4) Conocimiento y conducta en salud:
 - (Q) Conductas de salud.
 - (R) Creencias sobre la salud.
 - (S) Conocimientos sobre la salud.
 - (T) Control del riesgo y seguridad.
- (5) Salud percibida:
 - (U) Salud y calidad de vida.
 - (V) Sintomatología.
 - (e) Satisfacción con los cuidados.
- (6) Salud familiar:
 - (W) Ejecución del cuidador familiar.
 - (X) Estado de salud de los miembros de la familia.
 - (Z) Bienestar familiar.
 - (d) Ser padre.
- (7) Salud comunitaria:
 - (b) Bienestar comunitario.
 - (c) Protección de la salud comunitaria.

Resultado

El resultado, junto con sus indicadores, representa el nivel más concreto de la clasificación. Expresa los cambios o el mantenimiento de la salud de las personas o del grupo, al tiempo que hace referencia a los que se pretenden al-

canzar en las personas o en los grupos con los cuidados enfermeros (Ver Imagen 3).

Codificación de la clasificación NOC

La estructura de codificación que emplea la NOC se basa en la utilización de una numeración y del alfabeto:

Para los dominios utiliza números enteros del 1 al 7, para las clases las letras del alfabeto en mayúscula (A-Z) y las minúsculas para las clases que van apareciendo como consecuencia de las investigaciones posteriores, y para los resultados cuatro dígitos (a partir de 0001). Para cada una de las clases se ha adjudicado un intervalo de cien valores, lo que permite codificar nuevos resultados sin tener que modificar la estructura de la clasificación (Ver Tabla 2).

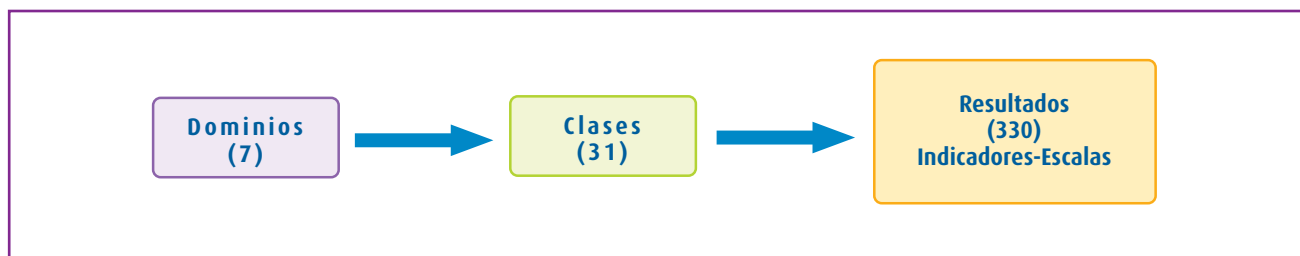


Imagen 3. Estructura de la taxonomía NOC

Tabla 2. Desarrollo de la clasificación NOC

Dominio: conocimiento y conducta en salud (4)

Clase: conocimiento sobre la salud (S)

Resultado que se describe: 1814. Conocimientos: procedimientos terapéuticos

Escala: de ninguno a extenso (i)

Definición: grado de compensación transmitido sobre los procedimientos requeridos en un régimen terapéutico

Conocimientos: procedimientos terapéuticos	Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso
	1	2	3	4	5

Indicadores:

- 181401 Descripción del procedimiento terapéutico
- 181402 Explicación del propósito del procedimiento
- 181403 Descripción de los pasos del procedimiento
- 181404 Descripción de cómo funciona el dispositivo
- 181405 Descripción de las precauciones de la actividad
- 181406 Descripción de las restricciones relacionadas con el procedimiento
- 181407 Descripción de los cuidados adecuados del equipamiento
- 181408 Ejecución del procedimiento terapéutico
- 181409 Descripción de las acciones apropiadas durante las complicaciones
- 181410 Descripción de los posibles efectos indeseables
- 181411 Otros

(4): Código de dominio (S): Código de clase
 1814: Código de resultado (i): Código de escala del resultado
 181401 al 181411: Código de indicadores

Te conviene recordar...

- 4 La *Nursing Outcomes Classification* (NOC) es la relación ordenada de los resultados de aquellas actuaciones que las enfermeras llevan a cabo en el desempeño de su papel cuidador o, dicho de otra manera, una clasificación normalizada completa de los resultados del proceso enfermero.

CLASIFICACIÓN NIC (EIR 04-05, 108; 08-09, 96)

La *Nursing Interventions Classification* (NIC) es la relación ordenada de las actuaciones que las enfermeras llevan a cabo en el desempeño de su papel cuidador o, como señalan McCloskey y Bulechek (2009), “la clasificación de intervenciones enfermeras es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería”.

Estructura

La clasificación propuesta por McCloskey y Bulechek consta de tres niveles: campo, clase e intervención. Se especifican 7 campos, 30 clases y 514 intervenciones con sus correspondientes actividades.

Campo

Es el nivel de mayor abstracción de la clasificación. Cada campo trata de dar unidad al conjunto de cuidados relacionados con un aspecto de la persona o del grupo. Los campos recogidos en la clasificación y su definición son los siguientes:

- (1) Fisiológico básico: cuidados que apoyan el funcionamiento físico.
- (2) Fisiológico complejo: regulación homeostática del organismo.
- (3) Conductual: funcionamiento psicosocial y adaptativo en el estilo de vida.
- (4) Seguridad: protección contra los peligros.
- (5) Familia: unidad familiar.
- (6) Sistema sanitario: uso eficaz de los sistemas de prestación de asistencia sanitaria.
- (7) Comunidad: salud de la comunidad.

Clase

Representa un nivel intermedio de concreción dentro de la clasificación. La clase recoge un conjunto de intervenciones relacionadas con los cuidados de cada uno de los campos. Las 30 clases que recoge la clasificación NIC en los siete campos son (Ver Imagen 4):

- (1) Fisiológico básico:
 - (A) Control de la actividad y del ejercicio.
 - (B) Control de la eliminación.
 - (C) Control de la inmovilidad.
 - (D) Apoyo nutricional.
 - (E) Fomento de la comodidad física.
 - (F) Facilitación de los autocuidados.
- (2) Fisiológico complejo:
 - (G) Control de electrolitos y equilibrio ácido-base.
 - (H) Control de fármacos.
 - (I) Control neurológico.
 - (J) Cuidados perioperatorios.
 - (K) Control respiratorio.

- (L) Control de piel/heridas.
- (M) Termorregulación.
- (N) Control de la perfusión tisular.
- (3) Conductual:
 - (O) Terapia conductual.
 - (P) Terapia cognitiva.
 - (Q) Potenciación de la comunicación.
 - (R) Ayuda para hacer frente a las situaciones difíciles.
 - (S) Educación de los pacientes.
 - (T) Fomento de la comodidad psicológica.
- (4) Seguridad:
 - (U) Control en casos de crisis.
 - (V) Control de riesgos.
- (5) Familia:
 - (W) Cuidados de un nuevo bebé.
 - (Z) Cuidados de crianza de un nuevo bebé.
- (6) Sistema sanitario:
 - (Y) Medición del sistema sanitario.
 - (a) Gestión del sistema sanitario.
 - (b) Control de la información.
- (7) Comunidad:
 - (c) Fomento de la salud de la comunidad.
 - (d) Control de riesgos de la comunidad.

Intervención

La intervención representa junto a las actividades el nivel de mayor concreción de la clasificación. La NIC recoge un total de 514 intervenciones. Cada intervención se describe en la clasificación con su respectiva definición, con la relación de actividades que la componen y con la bibliografía en la que se apoya. A modo de ejemplo se puede ver la que corresponde a la intervención de cuidados de la incontinencia intestinal (Ver Tabla 3).

Codificación de la clasificación NIC

El código para el nivel de campo es un número entero del 1 al 7, para la clase es el alfabeto registrado en letra mayúscula de la A a la Z hasta nombrar las 26 primeras clases y se retoma de nuevo el alfabeto pero en minúsculas para nombrar las cuatro clases restantes. Para codificar las intervenciones se ha elegido un número de cuatro cifras y a cada clase se le han asignado 200 números. Para codificar las actividades o las acciones concretas, McCloskey y Bulechek proponen añadir al código de la intervención un decimal para cada una de las actividades que incorpore una intervención.

En la Imagen 5 se puede ver un ejemplo en relación al contenido de la Tabla 3. El código que se produce es el siguiente: 1B0410.01.

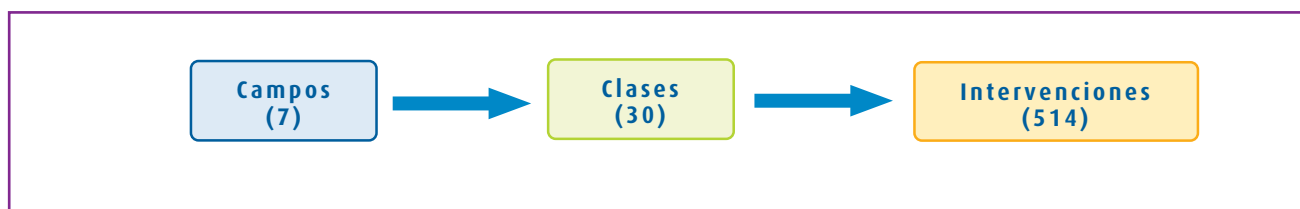


Imagen 4. Estructura de la taxonomía NIC

Tabla 3. Intervención de cuidados en la incontinencia intestinal (NIC)

Campo 1. Fisiológico básico

Clase B. Actuación ante la eliminación

Intervención que se describe. 0410. Cuidados de la incontinencia intestinal

Definición: estimulación de la continencia intestinal y mantenimiento de la integridad de la piel perianal

Actividades:

- Determinar la causa física o psicológica de la incontinencia intestinal
- Explicar la etiología del problema y la base de las acciones
- Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal con el paciente y la familia
- Examinar los procedimientos y los resultados previstos en el paciente
- Instruir al paciente y a la familia para que lleven un registro de la defecación, si es preciso
- Lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien después de cada deposición
- Emplear preparados de detergentes no iónicos para la limpieza, si es necesario
- Utilizar polvos y cremas en la zona perianal con precaución
- Mantener la cama y la ropa de cama limpias
- Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal, si procede
- Vigilar por si se produjera una evacuación intestinal adecuada
- Controlar la dieta y las necesidades de líquidos
- Estar alerta por si hubiera efectos secundarios a la administración de medicamentos
- Vaciar la bolsa rectal, si es necesario
- Controlar pañales de incontinencia, si es necesario
- Proporcionar pantalones de protección, si procede

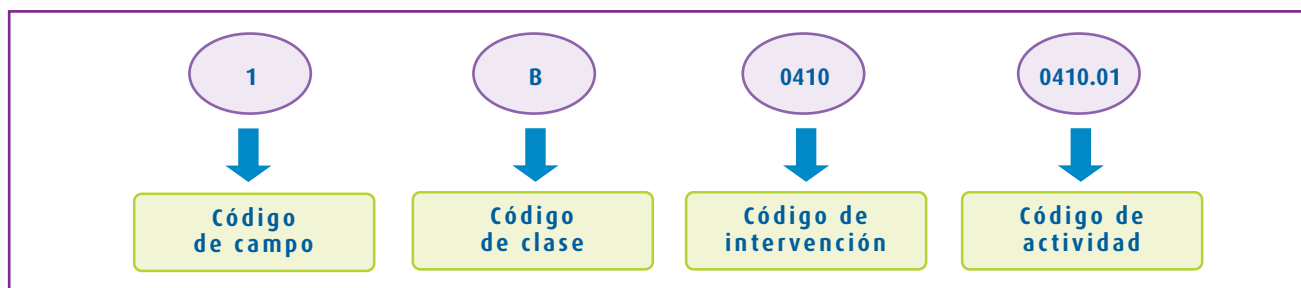


Imagen 5. Representación de la clasificación NIC

RELACIÓN ENTRE LAS CLASIFICACIONES

La relación que se establece entre las tres clasificaciones indicaría, para un

diagnóstico enfermero o problema de salud, una intervención enfermera (NIC) dirigida al logro de un resultado esperado (NOC) (Ver Imágenes 6 y 7 y Tablas 4 y 5).

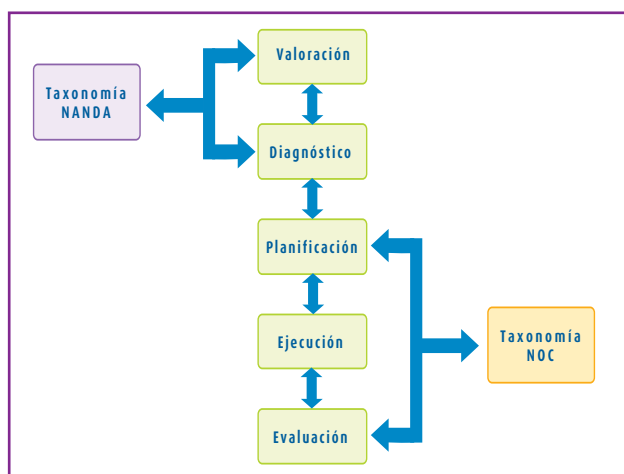


Imagen 6. Categorías diagnósticas

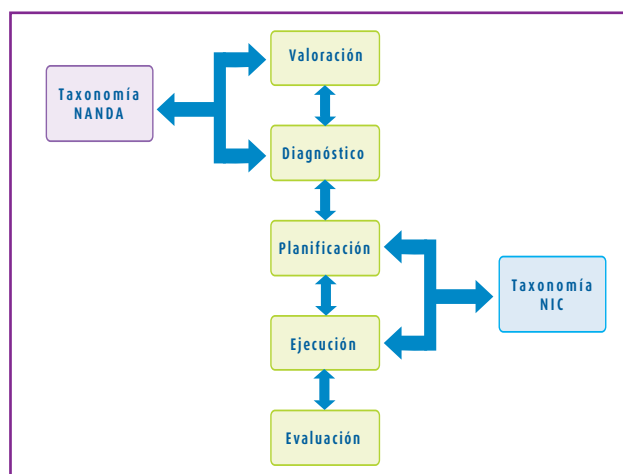


Imagen 7. Diagnósticos de enfermería

Tabla 4. Utilización conjunta de las taxonomías NANDA y NOC

Diagnóstico NANDA: deterioro del patrón de sueño
Definición: trastornos de la cantidad y de la calidad del sueño (suspensión de la consciencia periódica natural) limitados en el tiempo
Resultados sugeridos:

- Bienestar
- Descanso
- Control de la ansiedad
- Sueño

Resultados opcionales adicionales:

- Adaptación psicosocial: cambio de vida
- Nivel de comodidad
- Eliminación urinaria
- Participación en actividades de ocio
- Estado respiratorio: ventilación
- Soledad
- Nivel de dolor
- Respuesta a la medicación
- Eliminación intestinal
- Equilibrio emocional


Tabla 5. Utilización conjunta de las taxonomías NANDA y NIC

Diagnóstico NANDA: deterioro del patrón de sueño
Definición: trastornos de la cantidad y de la calidad del sueño (suspensión de la consciencia periódica natural) limitados en el tiempo
Intervenciones de la clasificación NIC sugeridas para la solución del problema:

- Actuación ambiental: comodidad
- Actuación ante la demencia
- Administración de medicamentos
- Control del medio ambiente
- Inducción del sueño
- Potenciación de la seguridad
- Prescripción de medicamentos
- Terapia de relajación simple
- Uso de medicamentos

Intervenciones de la clasificación NIC opcionales o adicionales:

- Actuación ante el dolor
- Ayuda con los autocuidados: aseo
- Baños
- Cambio de posición
- Potenciación de la capacidad de afrontar situaciones difíciles
- Fomento del ejercicio
- Masaje simple
- Medicación
- Control de la energía

 **Te conviene recordar...**

- 4 La relación que se establece entre las tres clasificaciones indicaría, para un diagnóstico enfermero o problema de salud, una intervención enfermera (NIC) dirigida al logro de un resultado esperado (NOC).



BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermería: definiciones y clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier; 2007.