



Manual CTO de Enfermería

Enfermería fundamental

Autor

Raúl Lozano Alonso

Revisión técnica

Saturnino Mezcua Navarro

ÍNDICE

ENFERMERÍA FUNDAMENTAL

TEMA 1. HISTORIA DE LA ENFERMERÍA	5
1.1. Civilizaciones antiguas	5
1.2. Grecia Clásica	7
1.3. La Roma precristiana	8
1.4. Las aportaciones del cristianismo: los cuidados vocacionales	9
1.5. Los primeros hospitales cristianos	10
1.6. Edad Media	10
1.7. Edad Moderna	13
1.8. Edad Contemporánea	14
1.9. Siglos xx y xxi	16
TEMA 2. MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA	19
2.1. Metaparadigma enfermero	19
2.2. Clasificación de los modelos y teorías enfermeras	21
2.3. Desarrollo de los principales modelos de enfermería	23
TEMA 3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)	33
3.1. Encuadre del Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	33
3.2. Etapa de valoración	34
3.3. Etapa de diagnóstico	37
3.4. Etapa de planificación	45
3.5. Etapa de ejecución	49
3.6. Etapa de evaluación	49
3.7. Conclusión	50
3.8. Casos de proceso de atención de enfermería	50
- BIBLIOGRAFÍA	52

Aspectos esenciales

1	El proceso de atención de enfermería es un método científico que incluye cinco etapas: valoración, diagnóstico, plan de cuidados, ejecución y evaluación.
2	La enfermera puede nombrar dos tipos de situaciones de una persona sobre las que puede intervenir: diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
3	La NANDA describe los diagnósticos enfermeros reales agrupando sus categorías por etiqueta, definición, características definitorias y factores relacionados.
4	Los diagnósticos enfermeros pueden ser formulados a través del formato PES de M. Gordon, donde la P es el problema, la E es la etiología y la S son los signos y síntomas.
5	Los conceptos metaparadigmáticos de los modelos de cuidados son la persona, la salud, el entorno y el cuidado (o la enfermería).
6	La teoría del déficit de autocuidado de Orem incluye conceptos clave como son la demanda de autocuidado y la agencia de autocuidado, de cuidado dependiente y de enfermería.
7	D. Orem agrupa los requerimientos de cuidados de la persona en los grupos de autocuidado universal, de desarrollo y de desviación de la salud.
8	Los conceptos clave del modelo de V. Henderson son la independencia y la dependencia, basado en el potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.
9	Kêrouac agrupa las corrientes de pensamiento enfermero de dos formas: en seis escuelas y en tres paradigmas que son: categorización, integración y transformación.
10	M. Gordon destaca en el ámbito de la metodología enfermera por su aportación de los patrones funcionales de la salud, para la valoración y del formato PES para el diagnóstico.

TEMA 1

HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

Las grandes estudiosas de la historia de la enfermería coinciden en vincular las prácticas cuidadoras desde sus orígenes a la mujer como proveedora fundamental. Este dato se debe considerar en todo momento, en paralelo con el hecho de que la mujer tenía prohibido históricamente cualquier tipo de formación reglada por lo que sus conocimientos se consideraban empíricos.

En el ámbito del cuidado a las propias mujeres, las comadronas tuvieron el monopolio de la atención al parto hasta el siglo XVII.

El grupo de mujeres conocido como **mujeres sanadoras** cuidaban a enfermos en la Edad Moderna preparando hierbas medicinales. Su conocimiento se transmitía de madres a hijas.

Por su parte, las nodrizas realizaron desde el siglo X hasta el siglo XV su trabajo de forma remunerada.

1.1. CIVILIZACIONES ANTIGUAS

Se inicia el estudio de la historia de la enfermería, analizando las principales culturas de la humanidad, anteriores al nacimiento de Cristo. Son aquellas culturas superiores, pioneras de los grandes conceptos y conocimientos en curación y cuidados, que tenían en común considerar la enfermedad como castigo divino.

1.1.1. Mesopotamia

Las civilizaciones mesopotámicas muestran una continuidad cultural respecto a la medicina y a otras ciencias. Con el rey Hammurabi (1800 a.C.) comienza el Imperio Babilónico, época en la que se recopiló la primera regulación jurídica escrita que se conserva, un compendio de las leyes y costumbres de la cultura asirio-babilónica. Entre ellas se recogían las leyes que regulaban la tarea del médico o de la persona cuidadora.

La magia, los sacrificios y las plantas medicinales, los baños, los masajes y algunas prácticas quirúrgicas son los procedimientos usados por esta cultura para la curación de las enfermedades, que se consideraban un castigo de los dioses, por lo que sólo se intervenía cuando eran leves, dejando a su suerte a los casos graves para no contravenir el designio divino.

Apenas se menciona el papel del cuidador, pero se cree que esta labor era llevada a cabo por esclavos, sirvientes, y mujeres en el hogar. Desde el año 700 a.C. ejercían parteras y nodrizas.

1.1.2. Antiguo Egipto

También en esta cultura se consideraba la enfermedad como un castigo divino. Las prácticas de los cuidados quedaron descritas en los diferentes papiros hallados:

El más extenso de ellos es el papiro de Ebers (1550 a.C.). En su contenido se encuentran preparados caseros contra la peste, cuidados de la piel, dientes, etc. Este papiro constituye el libro completo de medicina más antiguo del mundo. Cita 700 sustancias del reino animal, vegetal y mineral que se usaban como medicamentos. También hay encantamientos y conjuros verbales.

El papiro de Edwin Smith (1500 a.C.) describe técnicas de vendajes. Se divide en partes del cuerpo y sólo se conserva el referente a las partes superiores.

El papiro de Kahom (1850 a.C.) trata sobre aplicaciones vaginales.



Figura 1. A la izquierda, Hammurabi recibiendo sus leyes del dios Sol y a la derecha, un pasaje del papiro de Ebers

Los papiros de Hearst, Londres y Berlín incluyen tratamientos de enfermedades anales.

Los médicos en la cultura egipcia heredaban la profesión, y todos ellos se especializaban en partes concretas del cuerpo estudiando un tipo de enfermedad de forma monográfica. Se desarrolló la cirugía, en la que se empleaban sustancias anestésicas. Sólo se aceptaba tratar a los enfermos que pudieran sanar. Solían atender en viviendas particulares o a domicilio.

Las reinas egipcias poseían conocimientos de medicina además de existir referencia sobre distintas mujeres médicas y cuidadoras, libres y esclavas, encargadas de la atención del enfermo y de la preparación de medicamentos.

Es muy probable que los cuidados de enfermería fueran la principal responsabilidad de la madre o de las hijas en la casa.

La obstetricia la practicaban las parteras, que constituían un grupo profesional reconocido.

No se sabe si había hospitales. La mujer era la encargada del mantenimiento del grupo familiar, incluida la higiene, la alimentación y los remedios básicos.

1.1.3. Palestina

La cultura palestina ha llegado a nosotros mediante narraciones históricas en el Antiguo Testamento. Los judíos han sido unos cronistas excepcionales que concedieron gran importancia a su historia. Abrazaron la religión monoteísta y una filosofía vital teocéntrica, por lo que la enfermedad y la muerte eran un castigo de Dios. Es por ello que las oraciones y el ayuno eran fundamentales para lograr la curación.

En el *Pentateuco* (Antiguo Testamento) se tratan indirectamente temas de medicina.

En esta cultura se dictaron normas de carácter higiénico y preventivo de las enfermedades (fueron los pioneros de los conceptos de cuarentena y de contagio). Los médicos tenían diferentes categorías: sacerdote médico, médico y cirujano. El papel de la matrona está reconocido. Débora sería la primera enfermera matrona conocida (era la nodriza de Rebeca, a la que atendió en los partos y

cuidó en sus últimos años). También se la considera la primera enfermera citada en la Historia de los Cuidados (capítulo 24 del *Génesis*).

Los xenodochias o xenodochion, alojamientos de peregrinos en el pueblo hebreo, son los predecesores de los hospitales en el cristianismo.

1.1.4. Antigua India

Los textos que permiten conocer la medicina india son de dos tipos, unos religiosos y otros puramente mágicos.

Los Vedas (*veda*: saber, conocimiento) son textos religiosos que comenzaron a ser redactados antes del 1500 a.C. Están formados por cuatro libros. En ellos se encuentran referencias sobre las enfermedades y la fertilidad.

Las funciones del equipo sanitario se describen en el *Kaviratna* (documento hindú). En él se le pide al cuidador que tenga cuatro cualidades: conocimiento para la preparación de medicamentos, astucia, dedicación al paciente y pureza. Estos cuidadores eran hombres jóvenes, supeditados al médico y sólo en situaciones excepcionales los cuidados eran llevados a cabo por mujeres ancianas (Tabla 1).

En esta cultura, se describieron numerosas enfermedades y la cirugía estaba perfeccionada. Se utilizaba para anestesiarse a los pacientes: la belladona, el cannabis y la hipnosis. También se realizaba la vacunación por escarificación. También se aplicó el calificativo *mellitus* (como la miel) a la diabetes, cuyos síntomas consistían en languidez, sed y mal aliento.

ENFERMEDAD = CASTIGO DE DIOSES				
Mesopotamia	Antiguo Egipto	Palestina	Antigua India	Antigua China
CÓDIGO DE HAMMURABI - Magia - Sacrificios - Plantas medicinales - Masajes - Prácticas quirúrgicas	PAPIRO EBERS (1550 a.C.) - Preparados caseros: - Pestes - Cuidados de la piel - Cuidados de los dientes PAPIRO EDWIN SMITH (1500 a.C.) - Técnicas vendajes PAPIRO KAHOM (1850 a.C.) - Aplicaciones vaginales	ORACIONES/AYUNO - Pentateuco - Normas higiénico-preventivas - Categorías - Sacerdote médico - Médico/cirujano <i>Xenodoquion</i>: precursor hospital - Débora: primera enfermera matrona	VEDAS: - Enfermedad/fertilidad REENCARNACIÓN/KARMA KAVIRATNA - Funciones equipo sanitario - Cualidades enfermera: - Conocimiento/preparación medicamentos - Astucia - Dedicación al paciente - Pureza - Mayoritario hombres BELLADONA, CANNABIS, HIPNOSIS	YING/YANG

Tabla 1. Antiguas culturas

1.2. GRECIA CLÁSICA

Aunque el concepto de enfermedad en la Grecia Clásica al principio fue similar al asirio (castigo divino), fue evolucionando hasta simultanearse con la búsqueda de causas naturales y de traumatismos: los griegos fueron los primeros en establecer una conexión entre el ambiente social (trabajo, costumbres, etc.), el ecológico (geografía, agua, alimentos...) y la salud.

Las parteras llegaron a alcanzar un gran prestigio. Las leyes de Atenas estipulaban que la comadrona debía haber sido madre y haber superado la edad de procrear. Existían dos tipos de matronas según su nivel de conocimiento y su especialización:

Comadronas de habilidad y experiencia superior, a las cuales se les consultaba en los partos difíciles.

Las que ayudaban exclusivamente en los partos normales.

La mitología griega presenta a Esculapio como el más importante sanador.

Se construyeron templos conocidos por sus curaciones, de los cuales Epidauros es el de mayor renombre; en él no se admitían enfermos incurables ni mujeres a punto de dar a luz.

Otras instituciones en las que se sanaban enfermos son: el *Xenodochium*, parecido al de los hebreos, donde se podía dormir, y el *latrion* o *latreion*, que era la consulta privada del médico, generalmente instalada en su propia casa. A ésta acudían a curarse heridas, a que se les diagnosticara determinada afección o a tratarse de una enfermedad, y no se podía dormir en él. Con el nacimiento de la Edad de la Razón (siglos VI al IV a.C.) se fue desarrollando la medicina racional en manos de filósofos como Tales de Mileto, Pitágoras, Platón y Sócrates. Aparecieron los médicos técnicos, como Hipócrates de Cos, llamado el Padre de la Medicina, que abordó en sus escritos (*El Corpus Hippocraticum*) el tratamiento, diagnóstico y el código ético de la práctica médica, junto con acertadas descripciones anatómicas. Su fisiología se basa en la teoría humoral.

No hay referencia acerca del papel de las enfermeras en esta época. Según Shryrock (1959) *las mujeres griegas no podían ser iniciadas en los misterios de ningún arte*, por lo que se supone que los cuidados enfermeros eran realizados por hombres. En cambio, sí eran habituales las parteras, que proporcionaban los cuidados obstétricos.

INSTITUCIONES	PERSONAJES
• Templos (Epidauros) • <i>Xenodochium</i> • <i>latrion</i> (cuidado ambulatorio)	• Homero (Iliada, Odisea) • Esculapio (sanador) • Filósofos: - Tales de Mileto - Pitágoras - Platón • Hipócrates: - Diagnóstico, tratamiento, código ético - Padre de la medicina

Tabla 2. Cuidados enfermeros (hombres) en la Grecia Clásica

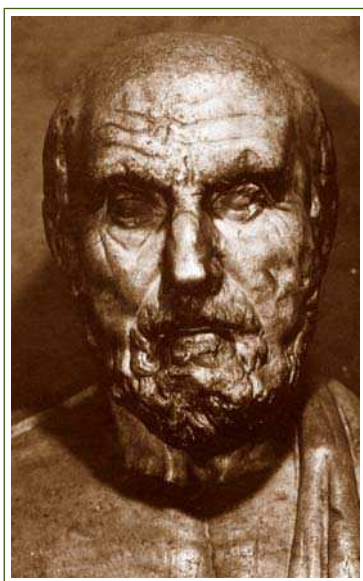


Figura 2. Hipócrates

1.3. LA ROMA PRECRISTIANA

El nacimiento de Roma se sitúa en el año 753 a.C. La medicina romana utilizaba la magia, la religión y las prácticas populares. Los romanos fueron un pueblo guerrero y expansionista, que tras la conquista de Grecia, absorbieron gran parte de los conocimientos y tradiciones del pueblo conquistado. La medicina siguió siendo practicada por el médico griego esclavo, el *servus medicus*. Los médicos más notables de esta época fueron los siguientes:

- **Dioscórides Pedanio:** escribió un gran compendio de la farmacología de su época, su *Materia Médica*, en el siglo I d.C., con múltiples preparados a base de hierbas medicinales.
- **Cornelio Celso** (25-30 a.C. a 45 d.C.): se cree que no practicaba la medicina, pero en su obra acumuló y sistematizó muchos conocimientos médicos y gozó de gran influencia. Escribió acerca de la historia de la medicina y describió detalladamente procedimientos quirúrgicos, la ligadura de vasos y los signos de inflamación, rubor, tumor, dolor y calor, que aún hoy se consideran vigentes. Destaca su descripción de los síntomas de la apendicitis.
- **Galeno de Pérgamo** (131-201 d.C.): nació en Pérgamo, y allí estudió y ejerció de médico de gladiadores en un gimnasio pergameno, hasta que a los 33 años se fue a Roma, donde alcanzó la fama y fue médico de aristócratas y emperadores. Escribió numerosos tratados, cuya influencia llegó hasta la época medieval que versan acerca de casi todos los campos del saber médico: anatomía y fisiología, semiología, patología, terapéutica, higiene, etc. Recoge y desarrolla la teoría humoral ya existente en varios de sus tratados (los temperamentos). Su principal obra, *Arte médica*, supone el principal manual de medicina de la época. Colaboró en la lucha contra la epidemia de peste que asolaba al ejército romano.

Las mujeres en esta época poseían conocimientos de hierbas curativas y de hierbas con fines abortivos, por lo que frecuentemente eran acusadas de envenenadoras.

En mayor medida que los avances médicos, la aportación más importante de esta cultura son los trabajos de higiene pública: desagües, baños públicos, acueductos, necrópolis. Otro importante legado de esta cultura fue el Derecho Romano, que es la base de la legislación actual.

Los romanos cuidaban extraordinariamente a sus soldados. Se crearon hospitales militares o *valetudinaria*, en los cuales la asistencia era proporcionada por médicos y boticarios. En menor número se crearon hospitales para civiles y otros para esclavos.

Los *nosocomi* constituían los enfermeros de los hospitales de campaña (*valetudinaria*). Podían ser esclavos y entre sus funciones estaba la del traslado de heridos desde el campo de batalla hasta la retaguardia.

La atención del parto era una tarea exclusiva de la mujer.

1.4. LAS APORTACIONES DEL CRISTIANISMO: LOS CUIDADOS VOCACIONALES

En el año 320 d.C., el emperador Constantino IV, con el Edicto de Milán, proclamó el cristianismo como religión oficial del Imperio, por lo que la salud y el cuidado de la misma adquieren un valor religioso, al ser un mandato evangélico que brinda la oportunidad de redención al cuidador.

Al inicio del cristianismo, el fomento del consuelo en la asistencia al enfermo y del moribundo suponía el principal aspecto que caracterizaba el cuidado del enfermo. Los cuidados de los enfermos pasaron a ser responsabilidad de los obispos, produciéndose una importante estructuración jerárquica.

ROMA	CRISTIANISMO
Médicos notables: - Dioscórides: <i>Materia medica</i> - Hierbas medicinales - Celso - Características de la inflamación, calor, dolor, rubor y tumor - Galeno - Cirujano	Cristianismo: Papel activo de la mujer soltera o viuda
Principal aportación: - Higiene pública - Derecho romano	Organizaciones femeninas: - Diaconisas: Febe, primera enfermera visitadora - Viudas y vírgenes - Matronas: - Marcela: madre de las monjas - Fabiola: <i>Nosocomium</i> - Paula: primera en enseñar enfermería como arte diferenciado
Instituciones: <i>Valetudinaria</i>: hospital militar <i>Nosocomi</i>: enfermeros, ordenanzas - Hospitales para civiles y otros para esclavos	Organizaciones masculinas: Parabolani
	Edificios: - Diakonia: habitaciones en casas para la hospitalidad y el cuidado del enfermo <i>Xenodocheion</i>: precursor del hospital moderno - San Basilio el Grande; 370 en Cesárea

Tabla 3. Cuidados de la antigua Roma

Puede considerarse que la futura profesión enfermera comienza su proceso de institucionalización basándose en el cristianismo. Simultáneamente, se otorga un papel activo a la mujer soltera o viuda para cuidar a los enfermos y a los débiles conformando una serie de organizaciones altruistas y filantrópicas. Ejemplos de ello son los siguientes:

- Las **diaconisas**: fue la primera organización de mujeres que trataban de aportar cuidados con carácter caritativo y vocacional. De hecho, algunos autores las consideran "las primeras enfermeras de la historia". Febe es la primera diaconisa y enfermera visitadora de la historia. Ejercían funciones asistenciales, docentes y auxiliares en las comunidades primitivas cristianas.
- Las **viudas** trabajaban con enfermos y pobres. Se les otorgaba ese nombre por deferencia, no porque sus maridos hubieran muerto.
- Las **vírgenes** era otra organización de mujeres, aunque se cree que estaban más relacionadas con labores eclesiásticas que con el cuidado de enfermos.
- Las **matronas romanas** (siglo IV d.C.) eran un grupo escaso, pero muy poderoso, una auténtica élite de mujeres con gran poder económico. En ocasiones donaban sus propias casas y fortunas para el cuidado de los pobres, manteniendo hospitales y albergues de pobres y extranjeros con su propio dinero. La más famosa de estas matronas fue Marcela, conocida como madre de las monjas, que convirtió su palacio en un monasterio y es considerada la iniciadora de la vida monástica femenina en la Iglesia de Occidente.

La creación del *nosocomium* (lugar para el cuidado de los enfermos) se debe a Fabiola (Figura 3), que convirtió su palacio en el primer hospital de Roma.

Otra matrona destacada fue Paula, una de las mujeres más cultas de esta época. Ayudó a San Jerónimo a traducir al latín las Escrituras, versión conocida como la Vulgata. Fundó una serie de hospitales en el camino a Belén; en los que además de dirigirlos, cuidaba personalmente a los enfermos. Se cree que fue la primera en diseñar un sistema de instrucción específica para las mujeres dedicadas al cuidado, es decir, fue la primera en enseñar la enfermería como arte diferenciado.



Figura 3. Fabiola

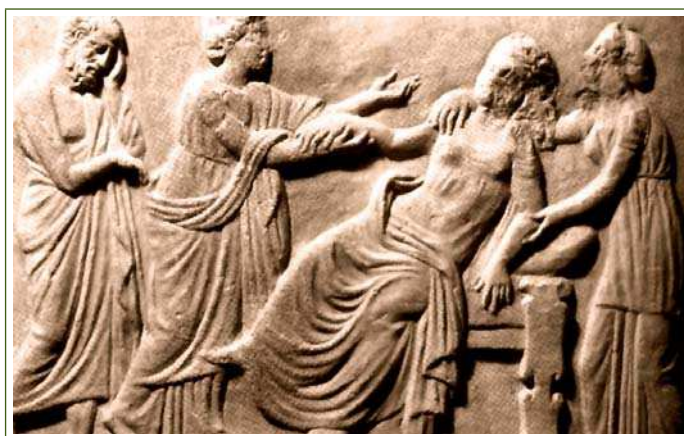


Figura 4. Cuidados a las mujeres en la civilización romana

La hermandad de los parabolani fue una de las organizaciones masculinas existentes en Roma. Se originó en Cartago hacia el siglo III, cuando la peste negra azotó toda el área mediterránea, acudiendo voluntariamente a atender a los enfermos. El nombre designa literalmente a aquellos que arriesgan su vida al cuidado de los enfermos. Al parabolani se le puede considerar como el primer antecedente cristiano de "enfermero varón".

1.5. LOS PRIMEROS HOSPITALES CRISTIANOS

Al asumir los obispos la responsabilidad del cuidado de los enfermos, se habilitaron habitaciones en casas particulares para la hospitalidad y el cuidado de los mismos, los *diakonia*. En un principio no se trataba más que de hogares privados en los que las diaconisas asistían a aquellos pacientes de su distrito que no tenían hogar. Cuando éstos fueron insuficientes, se potenció el *xenodochium*, predecesor del hospital moderno, que era atendido por matronas y diaconisas. Uno de los más importantes fue el fundado por San Basilio, obispo de Cesárea, en el año 370 d.C., que disponía de varias dependencias para viajeros, enfermos, huérfanos, leprosos, etc.

Los primeros cristianos combinaron la hospitalidad con el servicio desinteresado, dando lugar a un sistema efectivo de cuidados enfermeros.

La conexión íntima entre el hecho de cuidar y la iglesia perduró hasta el siglo XII. *Un hospital era una institución eclesíástica, no médica. Servía para el cuidado más que para la curación* (Seymer).

1.6. EDAD MEDIA

1.6.1. Alta Edad Media

Las guerras, las grandes epidemias y los desastres naturales provocaron la decadencia de la cultura latina, por lo que hoy se conoce la Alta Edad Media como la época oscura. En este periodo, la iglesia se convirtió en una institución bien organizada y su dominio sobre la sociedad fue indiscutible. Surgieron tres grandes movimientos simultáneos, en un intento de poner remedio al caos que reinaba en la época:

- **El feudalismo.**
- **El islamismo.**
- **El monaquismo:** este movimiento interesa especialmente en el ámbito del desarrollo de la medicina y de los cuidados. El caos de la época y la peligrosidad de la vida llevaron a numerosos hombres y mujeres con orientación espiritual a los monasterios. Las prestaciones que se ofrecían eran similares a las del feudalismo, contribuyendo al mismo tiempo en la reconstrucción cultural, ya que los monasterios fueron el único reducto donde pervivió la cultura clásica y el estudio, y se convirtieron en centros de gran influencia.

San Benito de Nursia (428-547) fundador de la orden de los Benedictinos, creó un monasterio, en Montecassino, y la regla benedictina *ora et labora*, que fue ejemplo a seguir durante algunos siglos. Con ello consiguió estabilidad ante el caos y de esta forma los monasterios se convirtieron en centros de influencia y de cultura. Utilizaban sus conocimientos de medicina y botánica para cuidar enfermos, al mismo tiempo que ofrecían cobijo y hospitalidad a los que no tenían hogar.

Los primeros centros en los que se atiende a los enfermos son los propios monasterios, en la enfermería. Con el paso del tiempo, el cuidado de éstos se convirtió en un deber primordial de la comunidad, construyéndose un hospital en edificios más reducidos, separados del lugar donde vivían los monjes.

Las órdenes monásticas femeninas se desarrollaron en paralelo a las masculinas. Los monjes ejercían la enfermería en pabellones de hombres y las monjas lo hacían en el de mujeres. Debido al ideal monástico de la humildad, a partir del siglo VII se decidió que vistieran un uniforme sencillo, llevando velo las mujeres.

El significado que adoptó el cuidar no debe alejarse del marco filosófico cristiano; las personas que dedicaron su vida a la práctica de ofrecer cuidados tenían la obligación de aceptar los votos religiosos de castidad, pobreza y obediencia.

En la Alta Edad Media había poca distinción entre enfermería y medicina. Los cuidados que se proporcionaban consistían principalmente en alimentar a los enfermos. Así, la alimentación era la base de los cuidados en los hospitales medievales. Tres hospitales medievales que se ubicaron fuera de los muros monásticos fueron:

- El *Hôtel Dieu de Lyon* (542). Sus primeras cuidadoras fueron mujeres laicas penitentes y viudas.
- El *Hôtel Dieu de París* (650). En el que al principio las cuidadoras fueron seglares, pero posteriormente se organizaron en una regla monacal, fundando la orden de las Agustinas.
- El *Hospital del Santo Spiritu de Roma* (717), creado expresamente para el cuidado del enfermo.

La escuela de Salerno

Esta escuela fue una de las primeras universidades de medicina. Se calcula que comenzó su funcionamiento hacia el siglo *x*, y la leyenda dice que se fundó por cuatro médicos: uno árabe, uno judío, uno griego y uno latino. Estuvo abierta a mujeres, entre ellas Trótula, que impartía clases y escribió un tratado de ginecología.

1.6.2. Baja Edad Media

Este periodo supuso el final de la época oscura. La desvinculación de los individuos de las unidades protectoras, el establecimiento de las tribus bárbaras, el comercio (promotor del desarrollo de las ciudades) y los avances tanto en la arquitectura como en la medicina, la imprenta y las artes crearon una época de entusiasmo y de optimismo.

Las Órdenes de los Cruzados

Durante el siglo *xi* comenzaron a producirse numerosos movimientos de peregrinación a Palestina (a los conocidos como *Santos Lugares*). El recorrido de este trayecto por los civiles suponía una aventura arriesgada en la que resultaba fácil enfermar o ser herido por algún malhechor. Para evitar estas consecuencias, surgen grupos de caballeros feudales que conforman órdenes militares destinadas a ayudar y a atender a hombres y mujeres que realizan este recorrido. La principal aportación de estas órdenes militares a la enfermería actual ha sido la jerarquización de los servicios de enfermería (poseían gran autonomía y numerosos recursos).

La invasión de Palestina por los turcos supuso la aparición de la orden militar conocida como Orden de los Cruzados.

Estas órdenes combinaban la religión, el militarismo y la caridad. Todas se designaban con el nombre de Hospitalarios y estaban formadas por nobles, sacerdotes y hermanos sirvientes, que eran los que llevaban a cabo los cuidados. De entre ellas, las más destacables son las siguientes:

- **Los Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén:** también se les conoce como caballeros u Orden de Rodas y Malta.
- Existió una rama femenina, subordinada a las comunidades de hombres, y que servía en el hospital de Santa María Magdalena. Dicha rama desapareció cuando la orden abandonó Jerusalén.
- **Los Caballeros Teutónicos:** además de los tres votos religiosos, se obligaban a cuidar de los enfermos.
- Las normas hospitalarias fueron copiadas de los Caballeros de San Juan y la organización militar de los Templarios.
- En Alemania se creó además una orden de mujeres, denominadas cososores o hermanas laicas para realizar específicamente tareas hospitalarias y que vivían fuera del recinto monástico, no siendo consideradas miembros de pleno derecho: *...el cuidado del ganado y de los enfermos del hospital lo realiza mejor el sexo femenino...* (Seymer, 1932).
- **Los Caballeros de San Lázaro:** es la orden más antigua; se cree que se originó a partir del hospital construido por San Basilio en Cesárea, el cual disponía de una casa separada para los leprosos. La lepra era considerada un problema social y los enfermos eran recluidos en lazaretos (en honor a Lázaro, el leproso resucitado por Jesús). Los miembros de esta orden no sólo eran guerreros de las cruzadas, sino que ellos mismos habían sido enfermos de lepra, y el cuidado de los leprosos se convirtió en su razón de ser.

Las órdenes mendicantes

La propagación de las enfermedades dio lugar a la agrupación social para las labores de enfermería. El fervor religioso aumentó y, de esta forma, surgieron las órdenes religiosas de misioneros que dependían de la mendicidad para su sustento, por lo que se les otorgó el nombre de mendicantes. Las más representativas fueron las siguientes:

- **La Orden Franciscana (frailes menores):** fundada por San Francisco de Asís. Su rama femenina, las Clarisas, fue iniciada por Santa Clara de Asís, bajo la guía de San Francisco, originando la Segunda Orden de Hermanas Menores.
- **Los Dominicos:** orden fundada por Santo Domingo de Guzmán.
- **Los Terciarios de San Francisco y Santo Domingo:** las órdenes terceras fundadas por San Francisco y Santo Domingo eran para laicos de ambos sexos que vivían en sus casas, pero que cada

Pregunta Clave

*El fundador del monacato oriental que, en el siglo *iv*, crea una regla destinada a atender a los enfermos y que contempla la creación de hospitales, fue:*

- a) San Basilio.
- b) San Benito.
- c) Obispo Masona.
- d) San Agustín.
- e) San Isidro.

día practicaban la caridad. Destaca como personaje importante Santa Isabel de Hungría (franciscana), la más renombrada de las enfermeras que cuidaban a los enfermos en el domicilio y en los hospitales y Santa Catalina de Siena (dominicana).

- **Las órdenes seglares o laicas.**

Las órdenes seglares o laicas

Estas órdenes aparecieron en diversos países de Europa; eran órdenes semirreligiosas dedicadas a la enfermería que contribuyeron en su desarrollo y dieron un paso adelante en la secularización de la misma. La más representativa y la primera en aparecer fue la orden de las Beguinas (mujeres santas), asociación femenina que adoptó una forma de vida con eminentes rasgos religiosos. Fundadas por María de Oignes en Lieja, se organizaban en celdas cerca de un hospital, abadía o leprosería y trabajaban para mantenerse, dedicando su vida al cuidado de pobres y de enfermos, especializándose en la atención a leprosos.

Este sistema organizativo y la enseñanza de los “cuidados enfermeros” que realizaban ha sido clave en el desarrollo de la profesión enfermera. Hacían voto de castidad, pero podían abandonarlo si querían. Este grupo actuaba independientemente de la Iglesia y por ello, en los siglos XII y XIII, fueron controlados por la misma ante el temor a las herejías. Clemente V, en el concilio de Viena de 1311, condenó la organización bajo pena de excomunión, aunque posteriormente fueron rehabilitadas y aún existen hoy en día.

Otras órdenes seglares fueron los Hermanos hospitalarios de San Antonio y las ya mencionadas Hermanas del *Hôtel Dieu* de París, las Agustinas, que son previas a las hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl.

A la vez que se construían hospitales en la mayoría de las ciudades europeas, también se iban desarrollando nuevas universidades con sus escuelas de medicina. Las supersticiones heredadas del mundo antiguo seguían siendo habituales. Los médicos consultaban tanto los libros de medicina como los horóscopos.

En esta época, el progreso de la medicina se debió: al uso de medicamentos, sangrías, exámenes de orina y la posibilidad de diseccionar cadáveres; los conocimientos de anatomía que de ello se derivaron dieron paso a la publicación del primer libro de anatomía por Mondino de Luzzi (1275-1326).

La obligación de poseer la titulación estatal para el ejercicio de esta profesión (año 1140, Sicilia) propició que los médicos necesitaran formación antes de poner en práctica sus conocimientos. Comparativamente, la enfermería no recibía ningún adiestramiento específico, a pesar del colectivo tan numeroso de personas (seglares y laicas) de ambos sexos que se dedicaban a cuidar enfermos.

ALTA EDAD MEDIA: ÉPOCA OSCURA (S. v - S. x)			BAJA EDAD MEDIA (1000-1500)	
FEUDALISMO	MONAQUISMO	ISLAMISMO	ÓRDENES DE LAS CRUZADAS	ÓRDENES RELIGIOSAS MENDICANTES
	San Benito de Nursia (428-547) - Benedictinos: <i>ora et labora</i> - Medicina y botánica - Construcción de un hospital Instituciones hospitalarias en España: - Mérida s.vi - Oviedo: › H. San Nicolás › H. San Justo - Tuñón: hospedería para pobres y peregrinos Votos religiosos de castidad, pobreza y obediencia	- Guerra Santa - Rhaces - Avicena - Hospitales: - Bagdad - Córdoba	- Caballeros hospitalarios de San Juan de Jerusalén. Mercaderes italianos Jerusalén 1050, masculino. - Santa María Magdalena, femenino - Hospital de La Valetta, Malta, 1575 - Caballeros teutónicos - Alemania, masculino - Hermanas laicas, femenino - Caballeros de San Lázaro, leprosos: - Rama femenina, no hay información	- Orden franciscana, masculina, San Francisco de Asís (1182-1226), leprosos: - Clarisas, femenina. Santa Clara de Asís - Terciarios, mixta. Santa Isabel de Hungría - Dominicos: - Santo Domingo de Guzmán - Terciarias: - Santa Catalina de Siena - Órdenes seglares: - Beguinas
- Fuera de los muros monásticos: - <i>Hôtel Dieu de Lyon</i> (542) - <i>Hôtel Dieu de París</i> (650) - <i>Hospital del Santo Spirito de Roma</i> (717) - Santa Catalina y San Bartolomé de Londres - Escuela médica de Salerno			España: construcción del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona	

Tabla 4. Edad Media (siglo v - siglo xv)

Se construyeron numerosos hospitales, pero empeoraron las condiciones de los enfermos en los mismos, ya que en muchos casos se los hacinaba.

Durante el siglo XIV, el continente europeo y el Reino Unido estuvieron azotados por enfermedades catastróficas: la peste negra, la enfermedad del sudor y la lepra.

1.7. EDAD MODERNA

La caída de Constantinopla en 1453 a manos de los turcos supone el paso en la historia de la humanidad de la Edad Media a la Edad Moderna. Ésta, a su vez, se dividió en tres etapas: el Renacimiento (siglo XVI), el Barroco (siglo XVII), y la Ilustración (siglo XVIII).

Existen además varios hechos importantes que condicionaron la evolución del conocimiento e influyeron en la historia de los cuidados: la aparición de la imprenta en 1440, el descubrimiento y la conquista de América, que enriqueció al continente europeo, la Reforma, promovida por Martín Lutero, que crea su nueva doctrina, el Protestantismo, y por último, la reacción de la Iglesia Católica: la Contrarreforma. Todos estos acontecimientos se vieron acompañados de cambios en la estructura social, lo que supuso la aparición de un nuevo estamento dueño de gran riqueza: la burguesía.

En 1517 se produjo la revolución protestante: la Reforma. El movimiento religioso que de esta revolución se derivó, el Protestantismo, impulsado por Martín Lutero, tuvo como resultado la división entre las personas que cuidaban enfermos hasta entonces, basándose en el Cristianismo.

La mayoría de hospitales del bloque luterano, dirigidos por órdenes religiosas católicas, fueron cerrados al ser expulsados de las instituciones religiosas dedicados a cuidar y no ser reemplazados. En la religión protestante prima la fe sobre la caridad para la salvación del alma por lo que los cuidados perdieron su sentido “salvador”.

Los hospitales fueron entregados a las mujeres laicas que “necesitaban” trabajar, en contraposición a la orientación vocacional-caritativa de la religión católica. La dispersión de las órdenes religiosas provocada por la reforma protestante, produjo la llamada *época oscura de la enfermería*, hecho que llevó a la decadencia de la enfermería en los países protestantes, situación que no se superará hasta la aparición de los trabajos de Florence Nightingale, a finales del siglo XIX.

La respuesta de la Iglesia católica ante este movimiento surgió del Concilio de Trento. La asistencia a los enfermos fue un tema importante a tratar, llegándose a considerar esta tarea como un deber cristiano, por lo que la práctica de los cuidados continuó en los países católicos. A raíz de este Concilio se impulsaron nuevas órdenes religiosas:

- **San Juan de Dios (1495-1550):** fundó en Granada el primer hospital de los Hermanos de la Misericordia (también llamados Hermanos de San Juan de Dios), dedicándose al cuidado de los enfermos mentales, aunque posteriormente también se hizo cargo de los niños enfermos. Esta Orden religiosa fue la primera y más significativa que se consagró a los cuidados de enfermería en España (1538), y en ella ya se encontraban muy bien definidas las funciones de todos los cuidadores (organigrama según el reglamento de 1540). Asimismo, la atención que se otorgaba al enfermo moribundo era otra característica relevante de esta orden.
- **La Orden de los Hermanos Obregones** es, al igual que los Hermanos de San Juan de Dios, una orden básica en el desarrollo de la enfermería en general, y en particular en España. Fue fundada por Bernardino de Obregón y destacó por la publicación en 1617 de un manual para enfermeros titulado *Instrucción de enfermeros*. Se puede considerar la primera obra escrita por un enfermero.
- **San Camilo de Lelis (1550-1614):** creó en Italia la Orden de los Ministros de los enfermos.
- **San Vicente de Paul (1576-1660):** (Figura 5) nació en Francia y está considerado un precursor de la enfermería. Se instaló cerca del *Hôtel Dieu de París*, y acudía diariamente al hospital para atender a enfermos. Movilizó a un grupo de damas laicas para la asistencia en domicilio fundando las Hijas de la Caridad. De este grupo salió Santa Luisa de Marillac, que llegó a ser la principal colaboradora de San Vicente y fue la primera supervisora de estas enfermeras, viajando por distintas provincias para seleccionar candidatas. Sólo a los veinte años de su fundación, San Vicente permitió que las integrantes de esta orden empezaran a hacer votos y se convirtieran en una congregación religiosa, denominándose Congregación de las Hermanas de la Caridad, renovándolos cada año. A estas religiosas se les exigía por primera vez en la

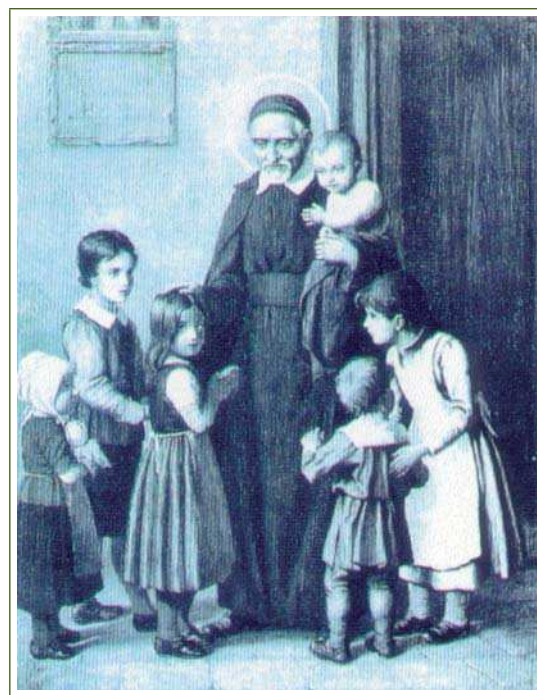


Figura 5. San Vicente de Paul

historia saber leer, escribir y recibir una preparación basada en la experiencia hospitalaria y en las visitas domiciliarias, realizando una labor asistencial completa. Tenían obligación de llevar uniforme, que consistía en una túnica azul grisácea, un cuello blanco almidonado y un tocado en forma de alas por el que se las distinguía. La cofia de las enfermeras es una antigua reminiscencia de este tocado.

- Otra orden fue **La Orden de la Visitación de María**, hermanas terciarias franciscanas de San Francisco de Sales (1567-1622), entre las cuales destacó Juana de Chantal.

1517 LA REFORMA	CONCILIO DE TRENTO
Hospitales laicos Decadencia de la enfermería	Cuidado de los enfermos es una obligación cristiana Órdenes: • San Juan de Dios (1495-1550): orden de los Hermanos de la Misericordia, Hospital en Granada • San Camilo de Lelis (1550-1660): orden de los Ministros de los Enfermos, Italia • San Vicente de Paul (1576-1660): precursor de la enfermería, Francia • Hermanas de la Caridad: Santa Luisa de Marillac: - Saber leer y escribir - Experiencias hospitalarias - Visitas domiciliarias
DECADENCIA HASTA EL S. XVII. JOHN HOWARD, ELISABETH FRY	

Tabla 5. Edad Moderna. Renacimiento y Reforma

El cuidado a los enfermos en el Nuevo Mundo fue tratado bajo las directrices que los colonizadores estaban acostumbrados a seguir en sus países de origen. Las tierras colonizadas por franceses y españoles siguieron atendiendo a los enfermos mediante organizaciones religiosas, al contrario de lo que ocurrió en lo que hoy día es EE.UU., donde, continuaron empleando los esquemas culturales de tradición protestante (Inglaterra), tuvieron un vacío en los cuidados de enfermería. La ausencia de estos cuidados caritativos favoreció posteriormente la creación de escuelas de enfermeras a finales del siglo XIX, con la contratación de enfermeras sirvientes. Este hecho contribuyó al inicio del nacimiento de una disciplina.



Figura 6. Formación práctica de los médicos en el Renacimiento

El gran renacimiento de la cultura dejó de lado el cuidado de los enfermos. La enfermería, entre los años 1500 y 1860 llegó a un periodo de decadencia en el que carecía de posición social, hasta el punto de que incluso las órdenes religiosas se estancaron en el ámbito de la disciplina.

Los hospitales eran contruidos con falta de iluminación natural y con grandes salas repletas de enfermos en las que la higiene era olvidada.

Fue en el siglo XVIII, con el agravamiento de los males de la sociedad, cuando se adquirió una mayor concienciación de la importancia de la enfermería.

1.8. EDAD CONTEMPORÁNEA

Se considera que la Edad Moderna de la Historia finalizó con la Revolución Francesa (1789-1799), momento en el cual se inicia lo que se denomina Edad Contemporánea.

En este periodo se construyen los nuevos hospitales por pabellones, y en ellos se centra la asistencia.

Elizabeth Fry (1780-1845) tuvo un papel importante en el desarrollo de la enfermería. Viajó por Europa inspeccionando el estado de las cárceles, y sus recomendaciones acerca de la cárcel de Newgate fueron seguidas por la mayor parte de Europa. En cuanto a la enfermería, opinaba que debía ser una actividad remunerada, que podía ser llevada a cabo por mujeres laicas. Visitó al matrimonio Fliedner y, a su vuelta a Inglaterra, creó el Instituto Bishopgate para la enseñanza de la enfermería, aunque la preparación no estuvo a la altura del Kaiserswerth.

El nacimiento de la enfermería moderna se gestó en el Instituto de diaconisas de Kaiserswerth (Alemania), creado por el pastor protestante Theodor Fliedner en 1836. A partir de aquí se inicia un nuevo desarrollo de la enfermería con la aparición de primeros manuales de enfermería escritos por enfermeros.

Fliedner, impresionado por la labor de E. Fry en la prisión de Newgate y con la experiencia acumulada en las visitas a hospitales y casas de caridad atendidas por diaconisas (cuidadoras en la época del cristianismo y retomadas por las iglesias protestantes en el siglo XIX) creó, junto a su esposa, un pequeño hospital con una escuela de formación para estas mujeres.

Las diaconisas vivían en el instituto, que era supervisado por la señora Fliedner, y realizaban las tareas domésticas del mismo, además de atender el hospital. Se les exigía un certificado de buena salud y de moralidad, y la formación era de tres años, con rotaciones de prácticas en las unidades del hospital y con el uso de uniforme obligado. Estos requisitos han permanecido en vigor en España hasta finales del siglo XX.

El Instituto de Diaconisas de Kaiserwerth fue la primera organización protestante para el servicio de la enfermería.

El movimiento se extendió rápidamente por Alemania y se conoció por toda Europa. Esta práctica de cuidar fue la base para la elaboración de un nuevo sistema de enfermería a cargo de F. Nightingale.

1.8.1. Florence Nightingale

Nació el 12 de mayo de 1820 en Florencia (Italia), en el seno de una familia acomodada inglesa.

En su juventud se familiarizó con la enfermería de las órdenes religiosas católicas en Roma; las hermanas de la caridad en Alejandría, Grecia, Berlín y, posteriormente, llegó a Kaiserswerth en 1850, donde estuvo durante dos semanas.

Un año después, repitió la visita a Kaiserswerth, llegando a la conclusión de que allí la preparación de la enfermera era incompleta y la higiene de los enfermos inadecuada. Seguidamente estudió durante unos meses la obra de las Hermanas de la Caridad de París.

De regreso a Londres ocupó su primer cargo de enfermera (un centro de damas sin casa e institutrices enfermas), consiguiendo crear una institución modélica durante el año que permaneció allí. Tuvo la oportunidad de participar en la gestión de esta institución, e introdujo algunas comodidades para las ingresadas, como campanillas para llamar, agua caliente e incluso un ascensor. Es en ese momento cuando intenta por primera vez organizar una escuela de enfermeras, pero topa con la negativa de la Junta de Gobierno inglés.

Un hecho marcó la trayectoria como enfermera de Florence Nightingale: la guerra de Crimea. En esta contienda, los soldados ingleses tenían grandes carencias en lo que se refiere al cuidado de sus heridas, mientras que los soldados franceses contaban con la ayuda de las hermanas de la Caridad para prestarles cuidados. Ante esta necesidad nacional, el secretario de guerra británico, Sir Herbert, decidió enviar un contingente de mujeres enfermeras dirigidas por Florence Nightingale a los hospitales militares.

Las malas condiciones de las salas de los hospitales en Turquía, la aglomeración de soldados enfermos, la poca higiene y la mala alimentación hacían que la disentería y la fiebre fueran complicaciones habituales.

Florence se ofreció voluntaria para ir en primer lugar a Escutari, un suburbio de la actual Estambul, donde organizó un departamento de enfermería y remodeló el hospital de barracas. Las innovaciones que llevó a cabo se basaron en la mejora de la higiene, la alimentación, la ventilación, la iluminación, etc. Entre otras cosas, se instalaron ebullidores y lavaderos de ropa y se habilitaron cocinas dietéticas. Con ello la mortalidad pasó del 40% al 2%, aproximadamente en poco tiempo.

Florence Nightingale utilizó conocimientos de estadística para demostrar la necesidad de la mejora de los cuidados médicos en los hospitales militares y civiles. Su lucha por la reforma sanitaria se vio recompensada con la elaboración de un código sanitario para el ejército; de forma que a partir de ese momento, las medidas preventivas se antepusieron a las medidas curativas y se aplicaron las reformas.



Figura 7. Florence Nightingale

SIGLO XIX THEODOR FLIEDNER (1836): INSTITUTO DE DIACONISAS DE KAISERSWERTH (ALEMANIA): HOSPITAL CON ESCUELA DE FORMACIÓN	
Florence Nightingale (1820-1910): - Notas sobre enfermería, 1859 - Define qué es la profesión y función de la enfermera	1828. Henri Dunant; - Cruz Roja - Recuerdos de Solferino 1901 Premio Nobel de la Paz
Nightingale Training School of Nurses, 1860: 3-4 años de formación	Asociación internacional independiente Ayudar al necesitado
Estandarización de los registros de enfermería en hospitales	1870. Primera intervención: Guerra Franco/Prusiana
	1872. España, Guerra Carlista
	1917. Cuerpo de Damas de la Cruz Roja Española

Tabla 6. Siglo XIX

En 1860 se inauguró la *Nightingale Training School of Nurses*, situada en el hospital de St. Thomas, que contó con el primer programa organizado de formación para enfermeras. Las alumnas estaban en régimen de internado y su instrucción duraba de tres a cuatro años. En la residencia de alumnas se extremó la vigilancia y la disciplina, lo que garantizaba a los padres la buena reputación de sus hijas, intentando romper así con la fama de las enfermeras en el periodo oscuro de esta profesión.

El libro *Notas sobre enfermería, qué es y qué no es* (1859) se utilizó como libro de texto. En él se describe la concepción que tenía Nightingale de la enfermería. Es el primer escrito de enfermería que define qué es la profesión y cuál es la función de la enfermera. La concepción Nightingale supone la consideración de la enfermería como una opción profesional.

Otra aportación importante de su obra es la estandarización de los registros en los hospitales. Escribió también documentos acerca de la administración de hospitales, la sanidad, estadística e incluso el sufragio de la mujer.

1.9. SIGLOS XX Y XXI

La humanidad vive, en el siglo XX, el progreso más importante de toda su historia. Numerosos avances médicos y técnicos han acompañado a sucesos como guerras (Primera y Segunda Guerra Mundial), desnutrición y enfermedades (epidemias de gripe, tuberculosis y, posteriormente, la hepatitis y el SIDA).

A principios de este siglo, la sociedad española, en proceso de cambio, sigue necesitando una asistencia sanitaria que modifique las deficiencias sociales existentes. La Iglesia española continúa manteniendo su prestigio y tiene un papel protagonista en la enseñanza, el culto y la asistencia social.

Con los planteamientos del nuevo estado burgués, que ya habían triunfado en el occidente europeo, entran en pugna la nueva moral burguesa (busca la felicidad dentro de este mundo) con el carácter de la mentalidad cristiana tradicional española.

La enfermería como disciplina va a surgir como resultado de la evolución dentro de la sociedad de la actividad de cuidar, dando un carácter profesionalizado al cuidado.

Pregunta Clave

¿Cuál de los siguientes no es un elemento del Código Deontológico elaborado por el Consejo Internacional de Enfermería?

1. La enfermera y las personas.
2. La enfermera y la práctica.
3. La enfermera y la profesión.
4. La enfermera y sus compañeros de trabajo.
5. La enfermera y el sistema de salud.

1.9.1. Escuelas de enfermería

En el paradigma epistemológico, es decir, en la teoría del conocimiento, en lo que se refiere a la doctrina de los fundamentos y métodos del conocimiento científico, se debe tener en cuenta, que el conocimiento es el producto de la relación entre el sujeto (quién conoce) y el objeto (lo conocido).

Epistemológicamente, se puede afirmar que la enfermería es una disciplina científica que posee un objeto particular de estudio y cuerpo propio de saberes. Desde el punto de vista disciplinar, el cui-

dado es el objeto de conocimiento de la enfermería y la noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de la enfermería. Ya en 1965, la Asociación de Enfermeras Americanas (ANA) determinó que los componentes y finalidades de la enfermería eran cuidar y curar.

Leininger afirma que el cuidado profesional añade a las acciones del cuidado genérico un componente científico, esto es, aquellos saberes y acciones de reconocida eficacia utilizados en la asistencia a individuos o comunidades.

Medina muestra un estudio que realizó Leininger sobre el uso recurrente del término cuidado en EE.UU. por la profesión enfermera y médica desde 1860. Como conclusiones de este estudio, se desprende que el término cuidado (objeto de estudio de la enfermería) ha sido utilizado regularmente en la literatura enfermera desde hace más de un siglo. Además, Koldjeski afirma que los cuidados profesionales son un aspecto central de la enfermería y deben ser articulados sistemáticamente en los paradigmas y teorías de la misma.

No obstante, existen autoras estudiosas de la perspectiva epistemológica que coinciden en afirmar que la definición e identificación del objeto de estudio de la enfermería aún no están claras.

Actualmente, el objetivo fundamental de la formación enfermera es el de formar a un profesional con competencias profesionales y metodológicas para poder ocuparse de los cuidados de salud de las personas. De este modo, Benner define la adquisición de competencias en cinco grados:

1. Principiante.
2. Principiante avanzado.
3. Competente.
4. Aventajado.
5. Experto.

Según esta autora, las competencias básicas adquiridas por el estudiante con la formación universitaria, se van completando con la experiencia y con la reflexión permanente.

Recuerda

El acceso al conocimiento por parte de la mujer ha influido claramente en el proceso de profesionalización de la enfermería. La consideración del género, al ser la enfermería una actividad relacionada con lo femenino, se pone de manifiesto debido a que en España no existen escuelas que favorecen en la mujer el desarrollo intelectual hasta mediados del s. XX.

1.9.2. Asociaciones de enfermería

Las asociaciones de enfermería han tenido un papel muy importante en el análisis de la identidad profesional, siendo uno de los principales factores que han contribuido en la profesionalización de la misma.

En 1888 se creó la *British Nurses Association* en Inglaterra por Mrs. Bedford Fenwick quien, con la colaboración de líderes de la enfermería de otros países, fundó en 1899 el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). El CIE es una federación de Asociaciones Nacionales de Enfermeras (ANE) que representa a 128 países de todo el mundo y supone la primera y la más amplia organización internacional de profesionales de la salud.

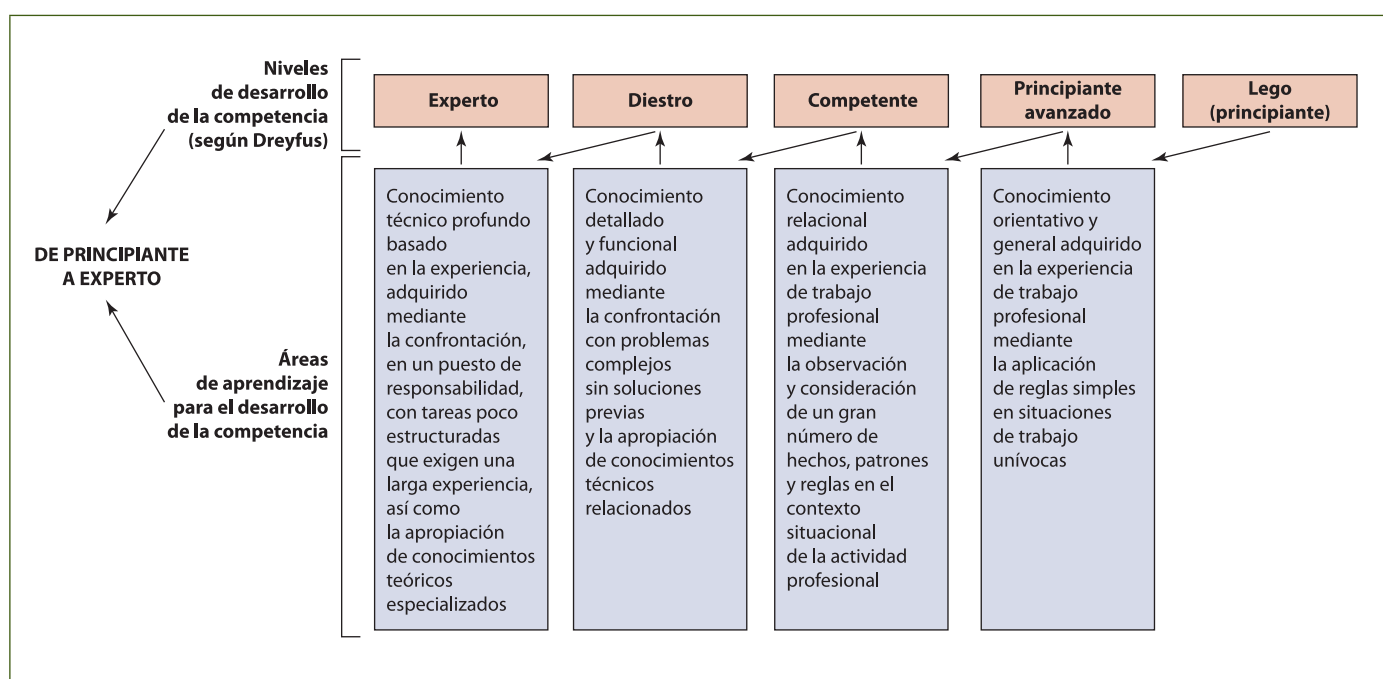


Figura 8. Desarrollo de la competencia profesional

Sus metas clave son las siguientes:

- **Influir en la salud y en la enfermería en el mundo.**
- **Fortalecer las asociaciones nacionales de enfermeras.**

Y sus valores clave son los que aparecen a continuación:

- Liderazgo con visión de futuro.
- Flexibilidad.
- Asociación.
- Realización.

El CIE tiene como objeto fundamental velar por las condiciones laborales de la enfermería y para ello su trabajo tiende a asegurar cuatro puntos cardinales:

- La calidad de la atención de enfermería para todos.
- Unas políticas de salud equilibradas en todo el mundo.
- El avance de los conocimientos de enfermería.
- La presencia en el mundo de una profesión respetada y una fuerza de trabajo de enfermería competente y satisfecha.

Ley de Instrucción Pública (LIP). Practicante y Matrona. 1904	1935. Orden 14 de junio. Cuerpo de Practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria
Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungria. Dr. Federico Rubio Galí. 1896	1941. 21 de mayo. Programa oficial para enfermería en las Facultades de Medicina. Teórico y práctico
Congregación de las siervas de María: ENFERMERÍA. 1915	1944. Ley de bases de Sanidad Nacional: Colegios de Auxiliares Sanitarios: practicantes, matronas, enfermeros
Cuerpo de auxiliares femeninos de la Cruz Roja Española. 1915	1945. Estatutos de Consejo Nacional de Colegios Provinciales de Auxiliares Sanitarios. Tres secciones: practicante, matrona y enfermera. Colegiación obligatoria
Escuela de Enfermeras de Santa Madrona. 1917	1952. 27 de junio. Ayudantes Técnicos Sanitarios. Bachillerato elemental o laboral; Enseñanza teórica y práctica; tres años de formación
Escuela de Enfermeras Auxiliares de Medicina de la Mancomunitat de Catalunya. 1919	1957. Diploma de Asistencia Obstétrica (Matrona)
Escuela de Matronas de Santa Cristina. 1925	1977. Directrices para el plan de Estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. DIPLOMADOS DE ENFERMERÍA
Escuela de Enfermeras de la Casa de Salud Valdecilla. 1929	
Cuerpo de enfermeros especializados en la lucha antituberculosa. 1931	
Tercera Escuela de la Mancomunitat. 1933	
ESCUELAS NORTEAMERICANAS	ASOCIACIONES
1873 <i>Bellevue Training School</i> (Nueva York). <i>Connecticut Training School</i> (New Haven). <i>Boston Training School</i> Basadas en el Modelo Nightingale	Mrs. Bedford Fendwick. 1888. <i>British Nurses Association</i> 1899. Consejo Internacional de Enfermeras
1874 Basada en el Modelo Nightingale, en Canadá, ubicada en el <i>St. Catherine's General and Marine Hospital</i>	Gebbie y Lavin. 1973. <i>National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis</i>
Escuela de Enfermería de la University of Minnesota, Primera escuela Universitaria	1982. NANDA.
Definición del rol enfermero: ANA: 1932, 1937, 1955 Henderson (1955), Peplau (1952)	ESPAÑA
	• Consejo General de Colegios de ATS y Diplomados de Enfermería • 1978. Aprobación de los nuevos estatutos de la organización colegial de ATS y Diplomados de Enfermería • AEED: Asociación Española de Enfermería Docente

Tabla 7. Siglo xx

Así, los ámbitos en los que centra sus actividades el CIE se engloban en tres grandes áreas:

- **El ejercicio profesional de la enfermería:**
 - Clasificación internacional para la práctica de enfermería—CIPE.
 - Práctica avanzada de enfermería y espíritu empresarial.
 - VIH/SIDA.
 - Salud de la mujer.
 - Atención primaria de salud.

- **La reglamentación de la enfermería:**
 - Formación continua.
 - Ética y derechos humanos.
 - Acreditación.
- **El bienestar socioeconómico:**
 - Higiene y seguridad en el trabajo.
 - Remuneración.
 - Planificación de los recursos humanos.
 - Desarrollo de la carrera profesional.

Además, el CIE ofrece el *Código para enfermeras*, que supone el fundamento del ejercicio ético de enfermería en el mundo. Los elementos de este código deontológico son los siguientes:

- La enfermera y las personas.
- La enfermera y la práctica.
- La enfermera y la profesión.
- La enfermera y sus compañeros de trabajo.

Por otra parte, atendiendo a la evolución de las asociaciones enfermeras en el continente americano, cabe destacar la *American Nurses Association (ANA)*, que es la organización profesional de enfermeras en EE.UU.

La *National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis* fue fundada en 1973 por Gebbie y Lavin, con el objetivo de dotar a la enfermería de un lenguaje común y propio, así como identificar y clasificar los diagnósticos de enfermería.

Posteriormente, en 1982 se creó la *NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)*, asociación que continúa trabajando y perfeccionando los diagnósticos de enfermería y la taxonomía diagnóstica propia.

TEMA 2

MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA

2.1. METAPARADIGMA ENFERMERO

La enfermería como disciplina profesional surge como resultado de la evolución dentro de la sociedad de la actividad de cuidar.

Por ello esta disciplina ha necesitado elaborar su propio cuerpo de conocimientos científicos para definir sus actividades y desarrollar su investigación, para perfeccionar la práctica, para definir las actividades enfermeras, su razón de ser, y como guía para la docencia y la investigación. Una de las aportaciones de dicha investigación en enfermería es la de aumentar la calidad de la asistencia al individuo, la familia o la comunidad.

El ser humano en relación con su entorno, sus necesidades de salud y la satisfacción de las mismas y el rol enfermero como profesión autónoma han formado las ideas básicas de dicha investigación científica. Estos conocimientos pueden ser descritos como modelos y teorías conceptuales. Teniendo en cuenta que éstas son el objetivo de todo trabajo científico, se ha de hacer referencia a los siguientes conceptos básicos que serán útiles para la comprensión de la ciencia enfermera:

- La **ciencia** es un *cuerpo unificado de conocimientos apoyados en evidencias reconocidas sobre determinados fenómenos*. En ese sentido, la ciencia de la enfermería son todos los conocimientos relacionados con la disciplina de la enfermería junto con las técnicas y métodos necesarios para adquirirlos. Han de estar basadas en la observación y en la investigación experimental, no sirve cualquier conocimiento intuitivo o suposición no fundamentada. Por tanto, un modelo de enfermería debe reunir una serie de condiciones para ser considerado científico: tiene que basarse en teorías científicas, estar descrito de forma sistemática y ser práctico.
- Un **fenómeno** son todos los *aspectos de la realidad que pueden ser experimentados o sentidos de forma consciente*. Es un objeto o aspecto de la realidad que se conoce mejor a través de los sentidos que mediante el razonamiento o la deducción. Estos hechos son susceptibles de ser explicados científicamente.

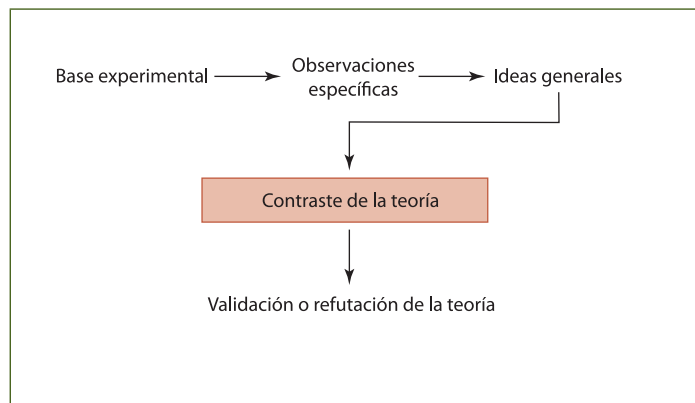


Figura 9. Razonamiento inductivo

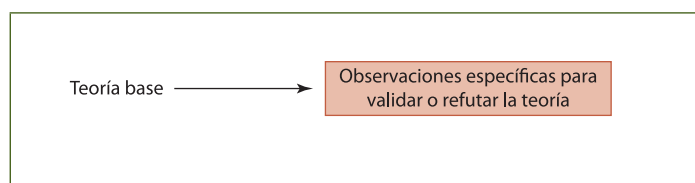


Figura 10. Razonamiento deductivo

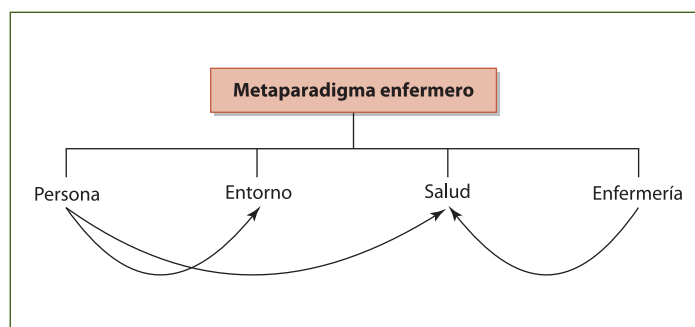


Figura 11. Metaparadigma enfermero

- Un **sistema** es un conjunto de hechos que se interrelacionan para alcanzar una finalidad. Tiene una serie de elementos o partes, cada uno de los cuales tiene unos atributos (la función), unas relaciones entre sí y un ordenamiento de todos ellos. La totalidad posee más funciones que los elementos por separado. Hay un medio que rodea al sistema, así como una finalidad. Un ejemplo de sistema es un hospital.
- Una **disciplina** es una perspectiva única, una forma diferenciada de ver los fenómenos, lo que definitivamente establece los límites y la naturaleza de sus investigaciones (Donaldson y Crowley, 1978). Todas las disciplinas están encuadradas en un marco teórico concreto (toman elementos de distintas teorías propias de esa disciplina, o de macroteorías como la de sistemas), pero poseen elementos propios, que les dan categoría de disciplina independiente. La disciplina enfermera tiene sus propias bases filosóficas que marcan guías para la consecución de sus fines. Los valores, creencias, contenidos y fenómenos de interés forman el área de competencia de la disciplina.
- La **filosofía** crea las asunciones filosóficas que dirigen a los profesionales en la construcción teórica. En otras palabras, se interesa por cosas que no tienen base empírica, demostrable, de forma que todo lo que no se puede probar empíricamente entra dentro de su campo. Cuando se formulan valores, creencias, metas u opiniones, se hace desde el terreno de la filosofía; por tanto, corresponde al filósofo proponer las metodologías con las que se debe obtener el conocimiento científico, de forma que las asunciones o afirmaciones filosóficas son las que orientan cómo y hacia dónde evoluciona la ciencia y la teoría.
- Las **asunciones** son afirmaciones teóricas que unen varios conceptos o explican características de uno concreto. Pueden ser filosóficas y científicas.
- Un **concepto** es una idea de una situación, objeto o propiedad:
 - El **concepto abstracto** es el no observable (constructo) y es independiente del tiempo y del lugar. Un ejemplo es la salud. Esto sería lo opuesto a un concepto concreto, como es el estado de salud de un paciente en un momento determinado.
 - El **concepto empírico** es el observable directa e indirectamente.
 - El **concepto inferencial** se define como aquel que se deduce de otro concepto valor o medición. Por ejemplo, la vejez es un concepto que no es medible ni observable directamente y no es empírico; se deduce a partir de otros datos como la edad, el deterioro físico, etc.
- Una **variable** es un concepto que se hace operacional, lo que significa que puede adoptar diferentes valores, siendo posible que varíe su magnitud (p. ej.: la temperatura).
- Un **modelo** es una idea que se explica mediante una visualización simbólica y física. Puede haber modelos físicos que se asemejan a lo que representan (una bomba de agua podría representar al corazón humano), o es posible que sean verbales, esquemáticos en forma de dibujos, etc. Un modelo conceptual es una abstracción de la realidad, lo que la disciplina puede o debe ser, es una representación estructural de ésta. Están formados por ideas abstractas y generales, los conceptos.
- Una **teoría** es un principio general, de valor científico (una conjetura científica), que dirige la práctica. Está compuesta por un conjunto de frases (proposiciones y conceptos) cuyo objetivo es explicar cómo funcionan los hechos, las interrelaciones de los conceptos entre sí, dando una visión sistemática de un fenómeno que busca predecir, describir y explicarlo. Al construir la teoría se ha de contemplar la relación de ésta con la obtención del conocimiento. Este razonamiento teórico se obtiene mediante:
 - La **intuición**; conocimiento frecuentemente creado en un nivel emocional; nos es útil, ya que lleva a formular hipótesis que pueden desencadenar un proceso analítico.
 - El **razonamiento analítico** conduce al conocimiento científico. Al identificarse el problema, se forman las hipótesis, a la par que un plan para verificarlas; antes de llevarlo a cabo, se analizan los datos y las hipótesis, siendo aceptadas o no en consonancia con los datos obtenidos. El razonamiento inductivo es una categoría del analítico, está basado en la experiencia (de lo particular a lo general) (Figura 9). En cambio, el razonamiento deductivo se inicia a partir de una teoría establecida, y lleva a la búsqueda de casos específicos para contrastarla (de lo general a lo particular) (Figura 10).
 - Un **metaparadigma** es el marco conceptual más global de una disciplina, la matriz, el cuerpo de los conceptos compartidos por una comunidad científica.

2.1.1. Metaparadigma enfermero

Para que la disciplina enfermera pueda desarrollarse como ciencia y como profesión, es imprescindible la relación entre los conceptos o constructos que forman este gran paradigma. Dichos conceptos, conocidos como fenómenos nucleares o metaparadigmáticos son cuatro: cuidado, persona, entorno y salud. Cuando los cuidados enfermeros tienen como finalidad eliminar la enfermedad de la persona, el rol de la enfermera se caracteriza por actuar por la persona, y los cuidados se organizan por tareas, siendo el centro de los cuidados la propia enfermedad:

1. La **persona** es la receptora de los cuidados enfermeros, tanto estando sana como enferma. A este individuo se le contempla bajo una visión holística (interacción entre los aspectos que la componen: biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales) y una humanística (ser con recursos y potencialidades).
2. El **entorno** comprende los factores intrapersonales y las influencias exteriores a la persona.
3. La **salud** está al margen de la existencia de la enfermedad. Una persona sana es la que gestiona su vida con autonomía, aun con la mayor de las incapacidades. La salud es la meta del rol profesional.

La **enfermería** incluiría las *características de la persona que proporciona el cuidado enfermero, siempre en relación interpersonal con el cliente*. Las actividades de los servicios básicos de enfermería se fundamentan en las necesidades universales del ser humano.

2.2. CLASIFICACIÓN DE LOS MODELOS Y TEORÍAS ENFERMERAS

La disciplina enfermera queda descrita en los modelos y teorías enfermeras.

Según Benavent (2009), los modelos y teorías enfermeras son el resultado del examen cuidadoso y crítico que hacen las enfermeras de los fenómenos y hechos que conforman la práctica enfermera, utilizando el método científico.

Una teoría, supone un grupo de conceptos y definiciones que describen y explican un fenómeno.

La principal ventaja de utilizar un modelo conceptual en la práctica es que nos va a facilitar un marco conceptual para el correcto desarrollo del proceso de cuidados.

Estudiando la historia de la enfermería y la evolución de los cuidados, y siguiendo cronológicamente cada una de las teorías enfermeras, es evidente el cambio de orientación que han seguido los cuidados profesionales enfermeros con el paso del tiempo. De esta forma, la evolución de éstos ha seguido cuatro objetivos de actuación: en un principio se centró en el entorno, posteriormente en la enfermedad y más adelante en la persona, para actualmente orientarse hacia la interacción de la persona con su entorno.

Los modelos y teorías de enfermería han sido clasificados en función de diferentes criterios con la finalidad de estudiarlos y compararlos; en este sentido, todas las clasificaciones existentes son válidas y se analizan a continuación.

P. Beck, A. Marriner y la UNED en *Conceptos de enfermería*, en 1981, agruparon los modelos enfermeros en tendencias; esta agrupación queda reflejada en la Tabla 8.

AUTOR	TENDENCIA			
	Ecologista	Existencialista	Cósmica	Sociológica
P. BECK				
A. MARRINER	Humanista	De relaciones interpersonales	De sistemas	De campos energéticos
UNED	Naturalista	Suplencia y ayuda	Interrelación	

Tabla 8. Agrupación de modelos enfermeros en tendencias

Meleis (1991), y posteriormente S. Kérouac, clasificaron los modelos en seis escuelas de pensamiento (Tabla 9):

- **Necesidades:** Henderson, Orem, Abdellah y Paterson.
- **Interacción:** Peplau, Orlando, Travelbee, Wiedenbach y King.
- **Efectos deseables:** Johnson, Hall, Levine, Roy y Neuman.
- **Promoción de la salud:** Allen.

- **Ser humano unitario:** Roger, Newman y Parse.
- **Caring:** Leininger y Watson.

S. Kérouac define la profesión enfermera como una profesión *caracterizada por el cuidado de la persona, que en interacción con su entorno, vive experiencias de salud* y determina la práctica enfermera como la relación particular de los conceptos “cuidado”, “persona”, “salud” y “entorno” y que constituyen el núcleo de la disciplina enfermera.

Esta autora, desarrolló, además, una clasificación de las teorías enfermeras basada en tres paradigmas que analizan los modelos atendiendo a las metodologías y a las teorías que tienen en común entre ellos, considerando la orientación de los cuidados según su evolución en la historia; es decir, teniendo en cuenta en primer término el entorno, posteriormente la enfermedad, para pasar después a la persona y quedarse actualmente una consideración de la interacción entre la persona y su entorno. Esta clasificación es la siguiente (Tabla 9):

- **Paradigma de categorización:** surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades, a partir del siglo xx (Florence Nightingale). El rol del paciente es pasivo.
- **Paradigma de integración:** nace en la década de los años cincuenta. Se tiene en cuenta al individuo integrado en su entorno. Comienzan a aparecer las diferencias entre la disciplina médica y la disciplina enfermera.
- **Paradigma de transformación:** aparece en los años setenta. Cada individuo es único. Se tiene en cuenta el entorno, el universo y la energía.

Una última clasificación realizada por Marriner divide los trabajos teóricos enfermeros en (Tabla 9):

- **Filosofías:** analizan, razonan y exponen un argumento lógico de los fenómenos de la enfermería y su significado.
- **Modelos enfermeros:** abarca aquellos modelos conceptuales de las grandes teorías que fueron pioneras en enfermería. También se conoce como grupo de las grandes teorías.
- **Teorías enfermeras:** se trata de trabajos que proceden de otras disciplinas y que se relacionan con los niveles anteriores (grandes teorías o filosofías).
- **Teorías intermedias:** incluye un grupo de trabajos concretos y específicos, cada uno de un determinado ámbito

MARRINER Y RAILE 1994	S. KÉROUAC 1996	S. KÉROUAC Y COLS. 1996
• Filosofías • Modelos conceptuales • Teorías de nivel medio	• Paradigma de categorización • Paradigma de integración • Paradigma de transformación	• Escuela de necesidades • Escuela de interacción • Escuela de efectos deseables • Escuela de la promoción de la salud • Escuela del ser humano unitario • Escuela del <i>caring</i>

Tabla 9. Evolución histórica

A continuación se exponen a las teorías con el nombre de su teoría, según la clasificación de Marriner:

- **Filosofías:**
 - **Jean Watson:** filosofía y ciencia del cuidado.
 - **M. A. Ray:** teoría de la atención burocrática.
 - **P. Benner:** dominio de la práctica de enfermería clínica.
 - **K. Martinsen:** filosofía de la asistencia.
 - **Katie Eriksson:** teoría del cuidado caritativo.
- **Modelos enfermeros:**
 - **Myra E. Levine:** modelo de la conservación.
 - **Martha E. Rogers:** modelos de los seres humanos unitarios.
 - **D. Orem:** teoría general de enfermería y teoría del déficit de autocuidado.
 - **Imogene King:** marco de sistemas de interacción y teoría de la consecución de objetivos.
 - **Betty Neuman:** modelo de sistemas.
 - **Sor Callista Roy:** modelo de la adaptación.
 - **Dorothy E. Johnson:** modelo del sistema conductual.
 - **A. Boykin y S. Schoenhofer:** la enfermería como cuidado.
- **Teorías enfermeras:**
 - **I. J. Orlando (Pelletier):** teoría del proceso de enfermería.
 - **N. J. Pender:** modelo de promoción de la salud.
 - **M. Leininger:** teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales.
 - **Margaret A. Newman:** modelo de la salud como expansión de la conciencia.
 - **R. R. Parse:** la evolución humana.
 - **Helen C. Erickson, E. M. Tomlin y M. S. P. Swain:** los modelos y modelados de roles.
 - **G. L. Husted:** teoría bioética sinfonológica.

1860. Florence Nightingale	1970. Martha Rogers
1952. Hildegard Peplau	1971. Dorothea Orem - Imogene King
1955. Virginia Henderson	1972. Betty Neuman
1960. Faye Abdellach	1976. Callista Roy
1961. Ida Orlando	1981. Rosemary Parse
1964. Ernestine Wiedenbach	1985. Madeleine Leininger

Tabla 10. Evolución histórica

- **Teorías intermedias:**

- **R. T. Mercer:** adopción del rol maternal-convertirse en madre.
- **M. Mishel:** teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad.
- **P. G. Reed:** teoría de la autotranscendencia.
- **C. L. Wiener y M. J. Dodd:** teoría de la trayectoria de la enfermedad.
- **G. G. Eakes, M. Lermann Burke y M. A. Hainsworth:** teoría del duelo disfuncional.
- **P. Barker:** modelo de la marea en la recuperación de la salud mental.
- **K. Kolcaba:** teoría del confort.
- **Cheryl Tatano Beck:** teoría de la depresión postparto.
- **K. M. Swanson:** teoría de los cuidados.
- **C. M. Ruland y S. M. Moore:** teoría del final tranquilo de la vida.

2.3. DESARROLLO DE LOS PRINCIPALES MODELOS DE ENFERMERÍA

2.3.1. Florence Nightingale. Teoría del entorno

Florence Nightingale está considerada la primera teórica de la enfermería, aunque la metodología utilizada por ella difiere del resto de "teóricas". Sus *Notas sobre enfermería: qué es y qué no es* describen las normas imprescindibles a tener en cuenta en el cuidado enfermero, y hoy en día están totalmente vigentes.

La base de la teoría de Nightingale es el entorno, aunque en sus trabajos nunca mencione este concepto como tal. En sus trabajos como estadista a mitad del siglo XIX, vio la influencia que ejercían sobre la salud de las personas diversos factores: aireación, iluminación, etc. (Figura 12).

Según Nightingale, **el objetivo enfermero es facilitar los procesos de reparación de una persona controlando el entorno**. Los componentes necesarios para lograrlo son los siguientes:

- Ventilación adecuada.
- Calor suficiente.
- Luz idónea.
- Control del ruido y de los efluvios.
- Tranquilidad.
- Dieta.

Cabe resaltar la importancia que dio al hecho de observar al paciente: "la lección práctica más importante que puede darse a las enfermeras es enseñarles a observar qué síntomas indican una mejora..."

El contenido de los cuidados enfermeros que propone Nightingale tenía connotaciones religiosas y militares; con orientación hospitalaria y extrahospitalaria; centrada en la prevención y el fomento de la salud; su propuesta considera el cuidado enfermero como servicio profesional y la enseñanza de las nuevas enfermeras impartida por otras enfermeras con formación superior. La influencia decisiva de Nightingale en la mejora de la administración de los hospitales se debió a sus conocimientos de estadística.

El objetivo de la enfermería es el hecho de que la profesional de enfermería debe colocar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él.

F. Nightingale, pionera en enfermería, se considera la fundadora de la enfermería moderna. Fundó la primera Escuela con programas organizados para la enseñanza de la Enfermería. Tuvieron que pasar cien años hasta que otras teóricas de la enfermería continuaran el camino por ella iniciado.

2.3.2. Hildegard Peplau. Modelo de relaciones interpersonales

Esta enfermera estadounidense publicó su modelo en 1952, volviendo a reimprimirse en 1958. Era una enfermera psiquiátrica, con tendencias psicodinámicas, y le influyó mucho la teoría de las relaciones interpersonales de Sullivan y las ideas de Freud.

Recuerda

Florence Nightingale

PARADIGMA	Categorización
ESCUELA	
TENDENCIA	• Ecologista • Naturalista • Humanista

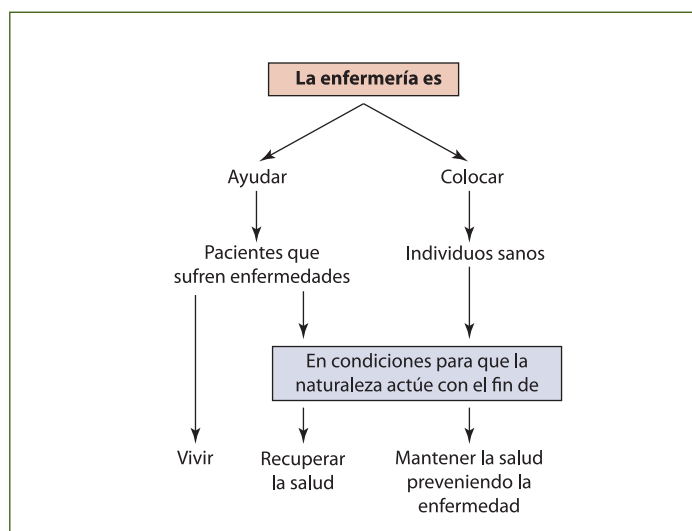


Figura 12. Esquema del modelo de F. Nightingale

Recuerda

Hildegard Peplau

PARADIGMA	Integración
ESCUELA	Interacción
TENDENCIA	• Existencialista • Interrelación • Relaciones interpersonales

Las ciencias de la conducta son la base del **modelo de relaciones interpersonales** elaborado por Peplau. Da gran importancia a la relación enfermera-paciente y describe las intervenciones enfermeras como procesos interpersonales terapéuticos del paciente. Clasifica en cuatro fases dichos procesos (Figura 13):

1. **Fase de orientación:** comienza cuando el paciente expresa una necesidad sentida y permite identificar y evaluar los problemas del paciente.
2. **Fase de identificación:** el cliente conoce la situación y responde de una manera selectiva a las personas que pueden ayudarle. Expresa sentimientos y pensamientos.
3. **Fase de aprovechamiento:** el paciente puede utilizar todos los servicios disponibles según sus necesidades. Es posible que se cree el conflicto de ser dependiente y el logro de ser independiente.
4. **Fase de resolución:** la relación terapéutica finaliza y las diferentes necesidades han sido satisfechas; el paciente se prepara para lograr su independencia, su liberación. En ocasiones, esta fase no coincide con la resolución de la enfermedad.

El paciente atravesaría estas etapas a lo largo del proceso de su enfermedad, que se superponen. Según Peplau, durante las mismas la enfermera desempeña diferentes roles:

- **De persona ajena:** el primer papel que desempeña ante el paciente, esta fase coincide con la de identificación.
- **De persona con recursos.**
- **Docente:** instruye al paciente.
- **Líder:** la enfermera ayuda al cliente a satisfacer sus necesidades, pero cooperando con él.
- **Sustituto:** el paciente asigna a la enfermera un rol de sustituto.
- **Consejero:** asesoramiento por parte de la enfermera en las decisiones.

Recuerda

Virginia Henderson

PARADIGMA	Integración
ESCUELA	Necesidades
TENDENCIA	• Sociológica • Suplencia y ayuda • Humanista

2.3.3. Virginia Henderson. Definición de enfermería y teoría de las necesidades básicas

En 1955 se editó su primera definición de enfermería. En 1966 desarrolló más esta definición en su libro *The Nature of Nursing*. Virginia Henderson consideraba su trabajo una definición más que una teoría, ya que la teoría no estaba de moda en aquella época.

Henderson hizo hincapié en que el cuidado de la enfermera vaya dirigido tanto hacia el individuo sano como al enfermo. El objetivo de sus cuidados de enfermería es lograr que la persona consiga la independencia, ayudándola a satisfacer sus necesidades básicas. Estas necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre el individuo. El concepto de necesidad, según Henderson, no es el de carencia, sino el de un requisito.

Según Henderson, la persona es un todo complejo formado por 14 Necesidades Básicas (modelo que se basó en los escritos del psicólogo Thorndike) que son las siguientes:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.

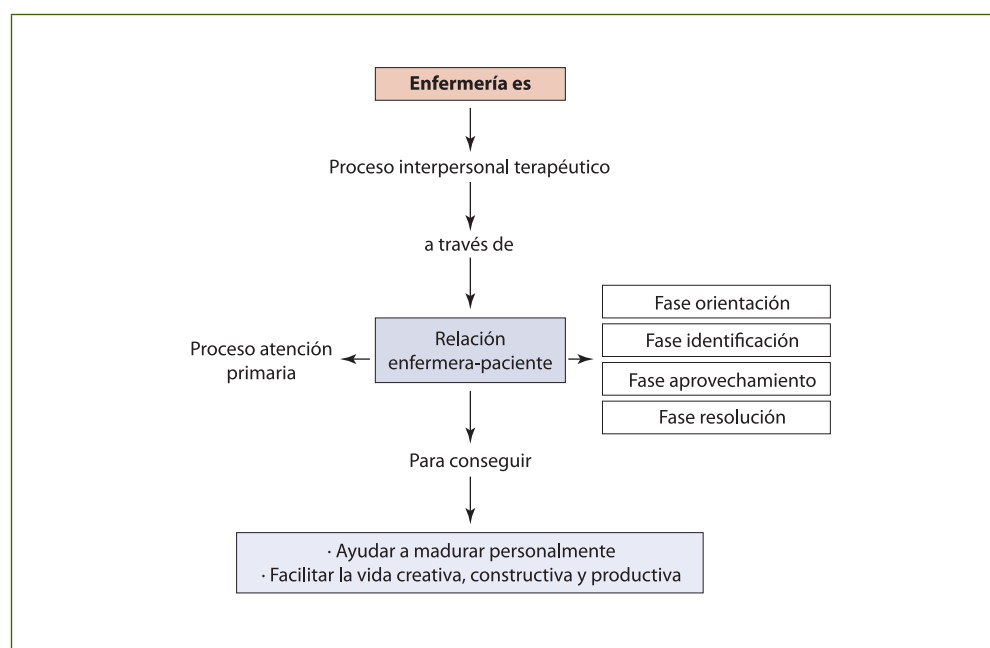


Figura 13. Teoría de Hildegard Peplau

3. Eliminar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una buena postura.
5. Dormir y descansar.
6. Vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Mantener el cuerpo limpio.
9. Prevenir los peligros ambientales.
10. Comunicarse con los demás.
11. Vivir de acuerdo con sus creencias y valores.
12. Trabajar de forma que le proporcione sensación de realización.
13. Jugar o participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo y a una salud normales.

Siguiendo su teoría, los individuos necesitan fuerza, voluntad y conocimiento (causas de la independencia) para realizar las actividades (Figura 14). Por tanto, los obstáculos o las limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades básicas se clasifican en:

- **Falta de fuerza:** capacidad/habilidad física e intelectual de la persona para llevar a cabo las acciones pertinentes a la situación (poder hacer).
- **Falta de conocimientos:** referidos a aspectos de la propia salud, y sobre recursos propios y del entorno (saber qué hacer y cómo hacerlo).
- **Falta de voluntad:** deseo, interés, motivación para iniciar las acciones y mantenerlas (querer hacerlas).

Y, por tanto, la función de la enfermera es la de:

- **Sustituta:** reemplazar lo que le falta al paciente, etc.
- **Ayudante:** cuidado clínico.
- **Compañera:** fomenta una relación terapéutica.

Henderson define la **enfermería** como la *asistencia al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o su recuperación (o a una muerte digna), 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 la independencia de la forma más rápida posible.*

Para la autora, la persona es un ser formado por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Es un ser integral.

Henderson define la **salud** en términos de independencia y el **entorno** como aquellos factores externos que tienen un efecto positivo o negativo sobre la persona.

De acuerdo con el modelo de Virginia Henderson, los cuidados básicos son aquellos que llevan a cabo las enfermeras en cumplimiento de su función propia.

Entre los supuestos principales de la teórica, dentro de su definición de enfermería, Henderson afirma que la enfermera actúa como un miembro de un equipo sanitario y, a su vez, lo hace independientemente del médico pero apoya su plan si hay algún médico de servicio. Esta autora subraya que

Pregunta Clave

La necesidad que tienen los individuos de vivir según sus creencias y valores es parte de la teoría de:

- a) Hildegard Peplau.
- b) Marta Rogers.
- c) Callista Roy.
- d) Virginia Henderson.
- e) Dorothea Orem.

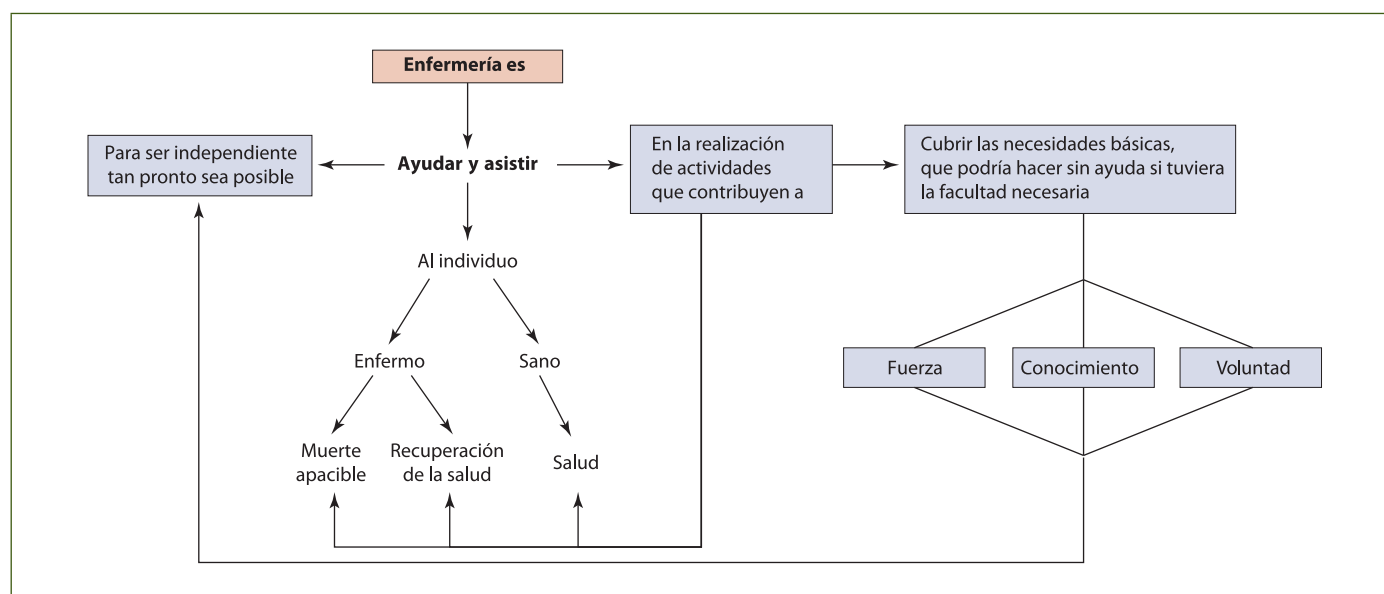


Figura 14. Esquema del modelo de Virginia Henderson

la enfermera (p. ej.: la matrona) puede actuar independientemente y debe hacerlo así si es el profesional sanitario mejor preparado para una determinada situación. Además destaca la importancia de utilizar un plan de cuidados enfermeros por escrito.

En resumen, los cuidados enfermeros se centran en la ayuda a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades, para alcanzar la independencia.

Para Henderson, las necesidades básicas se pueden ver modificadas por distintos factores, que pueden ser de índole permanente, como por ejemplo, la edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física, estado emocional, etc., o de índole variable, como son las patologías que puede sufrir una persona.

Virginia Henderson decía que la educación en enfermería debe ser universitaria y desarrollada hasta el máximo nivel académico. Ella organizó la educación en tres niveles:

- **Primer nivel:** enfocado a conocer las necesidades fundamentales, la planificación de los cuidados y la función de enfermería.
- **Segundo nivel:** ya se accede a los estados patológicos y permanentes. Se aprende a planificar cuidados para satisfacer necesidades y se tienen conocimientos científicos, biológicos, físicos, sociales y de comportamiento.
- **Tercer nivel:** la formación debe de estar centrada en el paciente y en la familia.

El modelo de cuidados de Virginia Henderson sigue siendo vigente en la enfermería actual en cuanto al entendimiento de los cuidados desde la metodología científica.

2.3.4. Faye G. Abdellach. Tipología de los problemas de enfermería

Recuerda

Faye G. Abdellach

PARADIGMA	Integración
ESCUELA	Necesidades
TENDENCIA	• Suplencia y ayuda • Humanista

En 1960 fue editada su tipología de problemas de enfermería. La base principal de su obra es una relación de problemas de enfermería o necesidades de cuidados de salud del cliente. Abdellach contempló, en la elaboración de los 21 problemas, las necesidades físicas, sociales y emocionales del cliente. Para ello se basó en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Aun así, estos 21 problemas están formulados como actividades de enfermería: "promover la actividad adecuada", "crear y/o mantener el entorno terapéutico", "facilitar el mantenimiento de una comunicación verbal y no verbal eficaz", etc. No obstante, Abdellach consideraba que las acciones de enfermería se realizan bajo una dirección médica específica.

Según Abdellach, la manera de solucionar los problemas del cliente es utilizar el proceso de enfermería.

2.3.5. Martha Rogers. Modelo de los seres humanos unitarios

Recuerda

Martha Rogers

PARADIGMA	Transformación
ESCUELA	Ser humano unitario
TENDENCIA	• Cósmica • Interrelación • Campos energéticos

Se publicó su modelo por primera vez en 1970. Es un modelo abstracto (Figura 15). Para su desarrollo, Rogers utiliza los siguientes cuatro conceptos:

- **Campos de energía:** son las unidades básicas que permiten la existencia de los seres vivos y de lo inanimado. El modelo de Rogers habla de dos: el ser humano unitario (campo humano) y el campo de entorno.
La teórica va a definir a la persona como un "sistema abierto en interacción con su entorno". Explica la enfermería como un arte y como una ciencia, que requiere de un aprendizaje. Rogers utiliza el término salud como un valor definido por la cultura o por el individuo y considera el entorno como "un campo de energía irreductible y pandimensional que se identifica por las características evidentes y específicas para cada campo humano".
- **Universo de sistemas abiertos:** según esta idea del universo de sistemas abiertos, los campos energéticos son infinitos, abiertos y mutuamente integrados.
- **Patrones:** son los encargados de identificar los campos de energía, son las características distintivas de cada campo.
- **Tetradimensionalidad:** es un dominio no lineal y sin atributos temporales o espaciales.

Para Rogers, el ser humano es un todo unificado que posee su propia integridad y que es más y distinto que la suma de sus partes. Es un campo de energía dinámico que se integra en los campos de su entorno. El comportamiento humano es sinérgico y el proceso de la vida es homeodinámico. Identificó cuatro principios de la homeodinámica:

- Resonancia.
- Helicidad.
- Reciprocidad.
- Sincronía.

Estos principios han evolucionado desde el inicio de su trabajo hasta su modelo actual, que comprendería:

- Resonancia.
- Helicidad.
- Integralidad.

El fin de la enfermería es promover la armonía entre el hombre y su entorno; los dos son conjuntos irreductibles que contienen campos de energía infinitos, obteniendo el potencial máximo de salud.

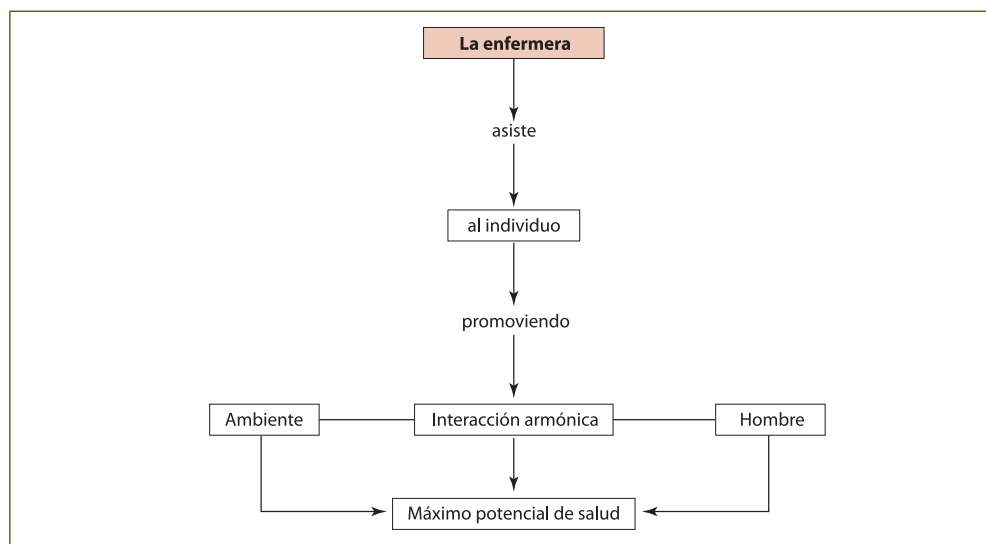


Figura 15. Esquema modelo de Martha Rogers

2.3.6. Dorothea Orem. Teoría del déficit del autocuidado

La base del modelo de Orem consiste en que las personas necesitan cuidados de enfermería cuando no pueden satisfacer los requisitos de su autocuidado, que son específicos para cada periodo de su vida.

Entre los conceptos metaparadigmáticos, Orem define la persona como un ser que tiene capacidades para cuidarse o cuidar de otros y posibilidades para desarrollar capacidades para cubrir necesidades de nuevos cuidados.

Explica el entorno como un conjunto de elementos del medio de la persona que puede ser utilizado por ésta para la realización de cuidados que contribuyen a la salud, al bienestar y al desarrollo humano.

Describe la salud como el estado de la persona que condiciona sus necesidades de cuidados generales y capacidades y habilidades para satisfacerlos, y concibe los cuidados como necesidades que tienen todas las personas a lo largo de toda la vida y que van a contribuir a su salud, bienestar y desarrollo.

Recuerda

Dorothea Orem

PARADIGMA	Integración
ESCUELA	Necesidades
TENDENCIA	· Sociológica · Suplencia y ayuda · Humanista

Conceptos y definiciones de su teoría

1. Autocuidado.

Cuidado dado por y para uno mismo. Son acciones que el hombre necesita realizar para mantener su vida, su salud y su bienestar. "Una forma consciente de cubrir cada individuo sus necesidades básicas. Se trata de una acción personal y deliberada, un comportamiento aprendido a través de relaciones personales comunitarias.

El hombre tiene una serie de requisitos de autocuidado que constan de tres categorías: universales, de desarrollo y de desviación de la salud. La idea de autocuidado requiere tres fases:

- Ser consciente del requerimiento de la acción.
- Toma de decisión, que precisa ser capaz de pensar en la relación causa-efecto.
- Actuar, que requiere estar motivado a hacerlo, ser capaz de persistir en el curso de la acción y ser físicamente capaz de llevarla a cabo.

2. Requisitos de autocuidado.

Su definición se responde cuando nos planteamos la pregunta ¿qué condiciones son necesarias para llevar a cabo el autocuidado?

Los requisitos de autocuidado son la expresión de los objetivos a conseguir, de los resultados que se desea obtener. Son los medios para llevar a cabo las acciones que constituyen el autocuidado. Los requisitos de autocuidado pueden verse alterados por determinadas variables, conocidas

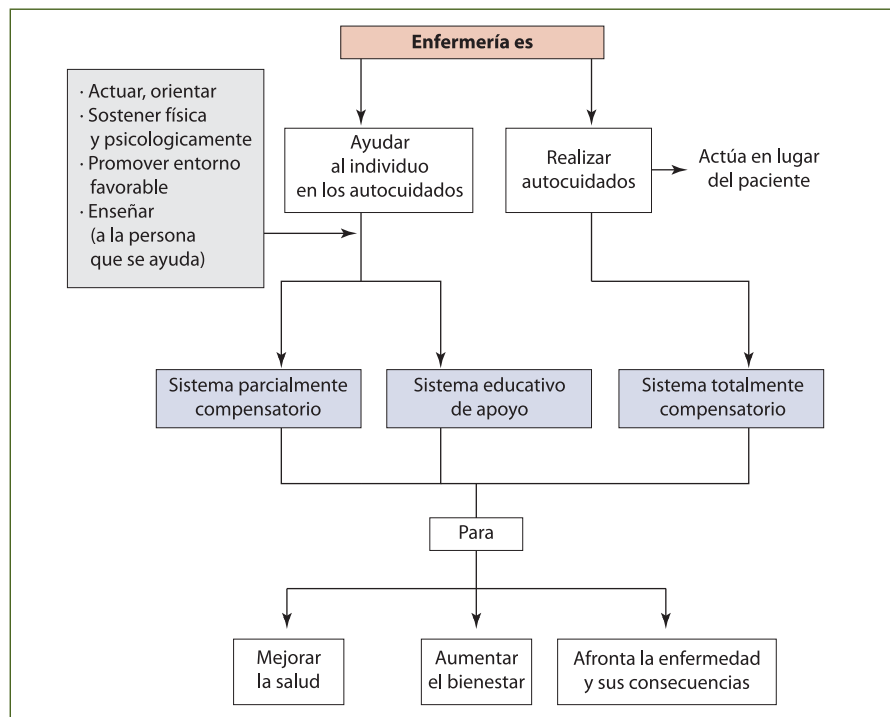


Figura 16. Esquema modelo de Dorothea Orem

por la autora como **Factores Básicos Condicionantes**, y que quedan clasificados en cuatro grupos: descriptivos de la persona, patrón de vida, estado de salud y sistema de salud, y por último, factores del estado de desarrollo. Se describen tres categorías de requisito de autocuidado:

- **Autocuidados universales:** son los requeridos por todas las personas a lo largo de su vida. Van dirigidos a mantener las necesidades vitales. Se describen ocho requisitos de autocuidado universal.
- **Autocuidados asociados a un proceso de desarrollo:** estos requerimientos sobrevienen específicamente en un periodo dado del ciclo vital. Por tanto, es necesario reconocer las exigencias de autocuidado según la edad de la persona. Se describen dos requisitos del desarrollo.
- **Autocuidados derivados de las desviaciones del estado de salud:** relacionados con las acciones a realizar a causa del estado de salud. Tienen su origen en el proceso de la enfermedad, en el tratamiento y diagnóstico médico. Se describen seis requisitos de desviación de la salud.

Orem describe los factores básicos condicionantes como aquellas condiciones internas y externas de la persona, que afectan, por una parte, a la cantidad y calidad de los cuidados que requiere la persona y, por otra, a las manifestaciones de los requerimientos y a la capacidad para el autocuidado.

Otros conceptos definidos por Orem son los siguientes:

1. **Agencia de autocuidado:** son las capacidades específicas (combinación de conocimientos, destrezas, habilidades y motivaciones) que tiene un individuo para llevar a cabo las tareas de autocuidado.
2. **Demanda de autocuidado:** es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos.
3. **El cuidado dependiente:** supone el que es dado por un miembro de la familia a otro, para mantener su vida, contribuir a su salud y bienestar.
4. **Déficit de cuidado dependiente:** existe cuando el cuidado requerido por una persona dependiente es superior a la capacidad del miembro de la familia (o persona allegada). En la misma línea, la capacidad que posee la persona que se ocupa del cuidado de otra, allegada o de su entorno, cuando ésta no puede hacerlo por sí misma, se denomina agencia de cuidado dependiente.

Se considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general de enfermería constituida por tres teorías relacionadas:

1. **La teoría del autocuidado:** define fundamentalmente dos conceptos:
 - **Autocuidado:** identificando los requisitos.
 - **La agencia de autocuidado.**
2. **La teoría del déficit de autocuidado:** cuando el individuo no es capaz de realizar sus autocuidados por una situación de enfermedad, es decir, se encuentra en una situación en la que la demanda de acción es mayor que la capacidad de actuar de la persona, aparece un déficit de autocuidado y la enfermera adopta el papel de agencia de autocuidado. Esto puede ocurrir en tres fases:
 - Fase de **toma de conciencia**.
 - Fase de **toma de decisiones**.
 - Fase de **realización**.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

3. **La teoría de los sistemas de enfermería** (que tiene distintos tipos de sistemas): para conseguir el nivel óptimo de autocuidado del paciente, la enfermera dispone de tres tipos de sistemas de enfermería:
 - **Sistema de compensación total.** Por su limitación, el paciente no interviene en el autocuidado: existe, por parte del enfermo, dependencia total de la enfermera. Por ejemplo, cuando se actúa ante un paciente que acaba de tener un accidente de motocicleta y sufre un traumatismo craneoencefálico. A su vez, los sistemas de enfermería totalmente compensadores se pueden dividir en tres subsistemas:
 - › **Subsistema para personas** con incapacidad para realizar cualquier acción intencionada.
 - › **Subsistema para personas conscientes** y con capacidad de toma de decisiones pero que no pueden o no deben realizar acciones que requieran movimientos y manipulaciones.

Recuerda

Según Orem, las actividades de autocuidado tienen que ver con el aporte de agua, comida, eliminación de excretas, la actividad y el descanso, el aislamiento y la interacción social, la prevención de los riesgos para la vida y el bienestar y el fomento de la actividad humana.

- › **Subsistema para personas con incapacidad** para tomar decisiones sobre sus autocuidados pero que pueden ser capaces de realizar alguna medida de autocuidado.

- **Sistema de compensación parcial:** el enfermo y la enfermera participan en el autocuidado, ya que el individuo puede satisfacer parte de sus requisitos de autocuidados, pero no todos. Por ejemplo, cuando se actúa ante un paciente intervenido recientemente de una colostomía y se deben abordar aquellas medidas terapéuticas prescritas que implican el cuidado del estoma, el cambio de la bolsa de colostomía, etc. El cliente llevará a cabo aquellas acciones de autocuidado para las que su agencia de autocuidado está desarrollada y la enfermera compensará los déficit de autocuidado.
- **Sistema de apoyo educativo:** la enfermera instruye y orienta (en un CAP se ve mucho); el enfermo necesita ayuda en la adquisición de habilidades y toma de decisiones. Por ejemplo, cuando se actúa ante un paciente que ha sufrido un síndrome coronario agudo y se realiza apoyo y educación sobre las acciones de autocuidado adecuadas para mantener un equilibrio entre la actividad y el reposo.

Orem propuso los cinco métodos de asistencia o ayuda de enfermería, incluyendo los siguientes:

- Actuar por otros.
- Guiarlos.
- Enseñarlos.
- Apoyarlos.
- Proporcionar el medio que favorezca la capacidad del paciente para satisfacer sus demandas.

Según el modelo de Orem, la enfermera da por finalizada su intervención cuando el paciente consigue el máximo grado de autocuidado.

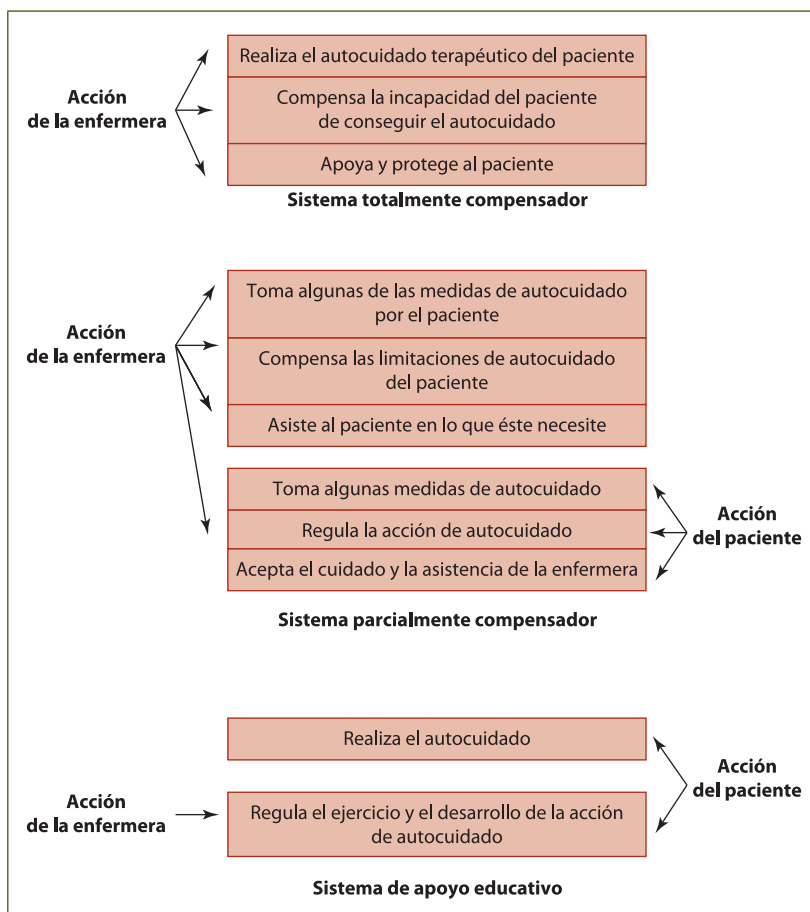


Figura 17. Tipos de sistemas de enfermería. Déficit de autocuidado de D. Orem

2.3.7. Imogenes King. Teoría de la consecución de objetivos

Imogenes King publicó su modelo conceptual en el año 1971, catalogándolo como un modelo de sistemas abiertos. Su teoría pertenece a la tendencia existencialista y a la escuela de interacción. El objetivo de la enfermería es ayudar a los individuos a mantener su salud para que puedan desempeñar sus roles. En esta teoría se describe el proceso de interacción entre la enfermera y el paciente, que conduce a la consecución de objetivos; para ello, King se basa en una serie de proposiciones que explican dicha relación, definiendo los conceptos de percepción, comunicación y transacción.

Esta teórica expone que su teoría de la consecución de objetivos se deriva del esquema conceptual de la teoría de los sistemas interpersonales. Así, define a la **persona** como un ser social, racional, emotivo, que percibe, tiene metas y está orientado a una acción en el tiempo. Explica la **salud** como experiencias vitales dinámicas de un ser humano, implicando un continuo ajuste a los elementos de estrés en el entorno exterior e interior.

Este modelo expone un marco de tres tipos de sistemas en interacción (Tabla 11):

- Sistemas personales (individuales).
- Sistemas interpersonales (grupos).
- Sistemas sociales (sociedad).

SISTEMAS	CONCEPTOS RELACIONADOS
Sistemas personales	La percepción, el yo, el crecimiento y desarrollo, la autoimagen, el tiempo, el espacio y el aprendizaje
Sistemas interpersonales	La interacción, la comunicación, la transacción, el rol, el estrés y el afrontamiento
Sistemas sociales	La organización, la autoridad, el poder, la posición y la toma de decisiones

Tabla 11. Marco conceptual de King

Recuerda

Imogenes King

PARADIGMA	Integración
ESCUELA	Interacción
TENDENCIA	- Existencialista - Interrelación - Relaciones interpersonales

2.3.8. Betty Neuman. Modelo de sistemas de cuidados

Recuerda

Betty Neuman

PARADIGMA	Transformación
ESCUELA	Efectos deseables
TENDENCIA	- Interrelación - Relaciones interpersonales

El modelo de Betty Neuman fue publicado por primera vez en 1972. Se centra en el estrés y en la desaparición del mismo utilizando conceptos de la teoría de la Gestalt. Se llama modelo de sistemas porque describe al individuo como un sistema estable al que pueden desestabilizar los distintos factores estresantes.

Incluye conceptos principales como los siguientes:

- Las **líneas de resistencia**: son recursos que ayudan al paciente a protegerse de un factor estresante. Sería un ejemplo de anillos de resistencia el sistema de respuesta inmune del organismo.
- La **línea normal de defensa**: es el estado de estabilidad del individuo o el sistema. Por ejemplo, los patrones de defensa habituales del individuo, el estilo de vida y el estado evolutivo.
- La **línea flexible de defensa**: que amortigua el efecto de los agentes estresantes, como puede ser la falta de sueño. Los cuidados de enfermería son específicos, basándose en el grado de reacción a un determinado agente estresante.

Define el entorno como el conjunto de fuerzas internas y externas que afectan y se ven afectadas por el cliente. Explica la enfermería como una profesión única que debe cuidar a la persona en su totalidad, en todas las variables que afectan a la respuesta del individuo frente al estrés.

Esta teórica utiliza la definición de Selye de *estrés*, según la cual éste sería una *respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda que se le presenta*. Además basa su teoría en el modelo conceptual de Caplan.

2.3.9. Callista Roy. Modelo de adaptación

Recuerda

Callista Roy

PARADIGMA	Integración
ESCUELA	Efectos deseables
TENDENCIA	- Existencialista - Interrelación - Relaciones interpersonales

Callista Roy publicó su modelo en el año 1976 y está basado en el concepto de adaptación. En este modelo, la autora concibe el ser humano como un ser biopsicosocial (Figura 20). Define la persona como todo sistema adaptable que se ajusta de manera adecuada a los cambios que se producen en el entorno. En esta línea, la salud quedará explicada como un reflejo de la adaptación, es decir, de la interrelación de la persona y su entorno.

Otros conceptos fundamentales de este modelo son los siguientes:

- **Nivel de adaptación**: condición de los procesos de vida descritos en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido.
- **Modos de adaptación**: quedan divididos en cuatro tipos:
 - Modo **fisiológico y físico** de adaptación.
 - Modo de **adaptación del autoconcepto de grupo**.
 - Modo de **adaptación de función del rol**.
 - Modo de **adaptación de la interdependencia**.

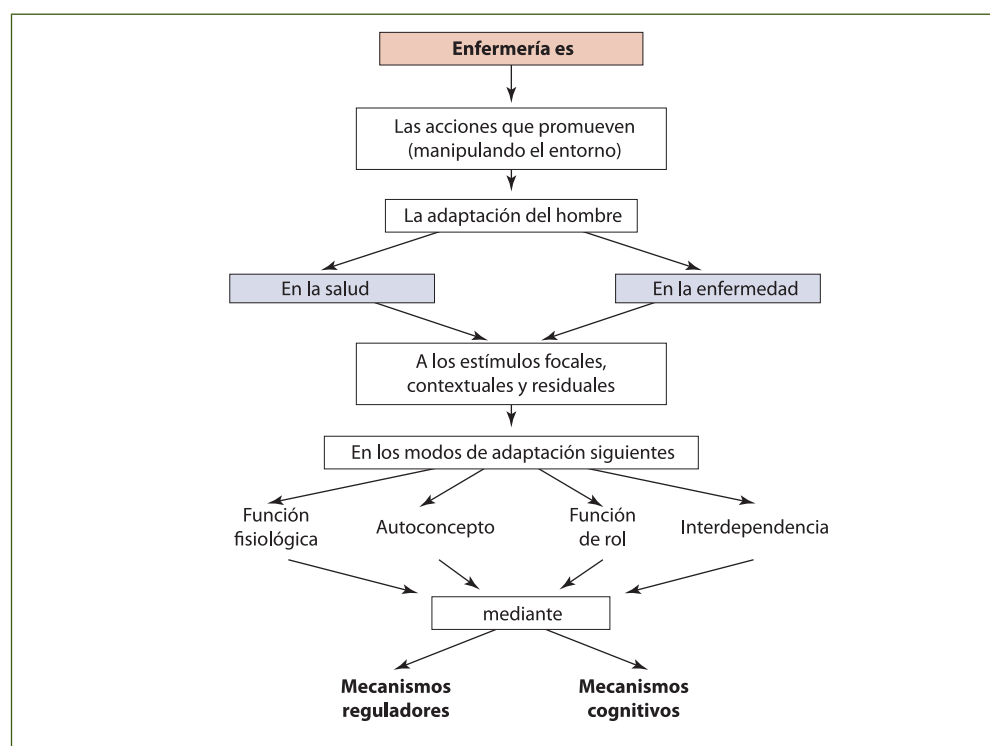


Figura 18. Esquema modelo de Callista Roy

Roy considera al receptor de cuidados como un sistema abierto, adaptativo y aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida. Las respuestas adaptativas están en función de los estímulos y el nivel de adaptación del organismo. Roy describe el entorno como un conjunto de tres tipos de estímulos:

- **Focales.**
- **Contextuales.**
- **Residuales.**

Por tanto, queda descrito en este modelo el fin de la enfermería como la ayuda a la persona a la que se cuida para alcanzar un estado de adaptación que le permita responder a los demás estímulos, teniendo en cuenta la percepción de su yo físico y personal (Figura 18).

2.3.10. Madeleine Leininger. Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales

Esta teoría, también conocida como **teoría transcultural**, está cobrando cada vez mayor importancia debido a la gran diversidad cultural que coexiste en la mayoría de los países desarrollados. Es un reto para los profesionales de enfermería adaptarse a esta realidad y ofrecer cuidados de calidad a la población a la que atienden.

El denominado modelo del amanecer (*sunrise*) de Leininger representa la teoría de la diversidad y la universalidad de la asistencia cultural y se trata de la única teoría enfocada explícitamente en el descubrimiento holístico y global del cuidado cultural. Explica el entorno como la situación física, geográfica o sociocultural con experiencias relacionadas que guían las decisiones humanas. Hace además una referencia explícita a los cuidados enfermeros coherentes con la cultura de forma sensible, creativa y significativa que se adapte a las distintas formas de vida.

La enfermería transcultural queda definida como un área formal de conocimientos y de prácticas humanísticas y científicas centradas en la prestación de cuidados.

2.3.11. Ida Orlando. Teoría del proceso de enfermería

La teoría de Orlando hace hincapié en la relación recíproca entre el paciente y el enfermero. A ambos les afecta lo que el otro diga o haga. Con ello se facilita el desarrollo de los enfermeros como pensadores lógicos y no como simples ejecutores de las órdenes del médico, definiéndose la enfermería como una profesión diferenciada que funciona con autonomía e independencia de la medicina. La función principal es descubrir la necesidad inmediata de ayuda del paciente y satisfacerla.

Según la autora, el proceso de enfermería estaría compuesto por los siguientes elementos básicos: "(1) la conducta y la comunicación del paciente, (2) la reacción del enfermero y (3) las acciones de enfermería que se establecen para beneficio del paciente".

En su modelo, Orlando no definió ni entorno ni salud explícitamente. Otros conceptos claves de esta teórica son los siguientes:

- **Necesidad:** se define según la situación como un requisito del paciente que, cuando se satisface, alivia o disminuye la tensión que conlleva y mejora su sentimiento inmediato de adecuación o bienestar.
- **Reacciones inmediatas:** percepciones, pensamientos y sentimientos individuales tanto de la enfermera como del paciente.

2.3.12. Dorothy E. Johnson. Modelo del sistema conductual

La teoría del sistema conductual de Johnson se basa en la teoría de Nightingale; concretamente en la finalidad que tiene la enfermera de ayudar a las personas a prevenir o a recuperarse de las enfermedades.

Las definiciones clave del modelo son las que aparecen a continuación:

- **Sistema conductual:** unidad funcional que delimita la interacción entre la persona y el entorno.
- **Elementos estresantes:** se define como los estímulos internos y externos que producen tensión y desestabilización.

Johnson afirma que el hombre, como sistema conductual, intenta alcanzar la estabilidad y el equilibrio mediante ajustes y adaptaciones con los que logra, hasta cierto punto, un funcionamiento eficiente y eficaz.

Recuerda

Madeleine Leininger

PARADIGMA	Transformación
ESCUELA	Caring
TENDENCIA	· Sociológica · Humanista

Recuerda

Ida Orlando

PARADIGMA	Integración
ESCUELA	Interacción
TENDENCIA	· Sociológica · Interrelación · Relaciones interpersonales

Recuerda

Dorothy E. Johnson

PARADIGMA	Integración
ESCUELA	Efectos deseables
TENDENCIA	· Existencialista · Interrelación · Sistemas

AUTORA	ENFERMERÍA	PERSONA	SALUD	ENTORNO
ROY Modelo de adaptación	Ayuda a las personas en el proceso continuo de adaptación	Ser biopsicosocial en interacción constante con su entorno cambiante	Estado y proceso a la vez. Salud: integración	Circunstancias que rodean y afectan al desarrollo y comportamiento de las personas o grupos
PEPLAU Enfermería psicodinámica	Instrumento educativo basándose en la relación enfermera-paciente	Ser humano formado por una parte bioquímica, otra física y otra psicológica que vive en un equilibrio inestable	Desarrollo personal y social de la persona	Fuerza que existe fuera del organismo y en el contexto de la cultura
KING Consecución de objetivos	Ayuda a los individuos a mantener su salud. Proceso de acción, reacción e interacción	Sistema de interacción continua con otros sistemas. Tienen derecho a saber de sí mismas y participar en las decisiones	Proceso de crecimiento y desarrollo humano que no siempre transcurre tranquilo y sin conflictos. Adopción al estrés	Conjunto de todos los sistemas. El ser humano realiza transacciones con otros individuos y objetos del entorno
HENDERSON Definición de la enfermería	Dirige el cuidado a suplir los déficit de autonomía del sujeto para lograr su independencia	Ser constituido por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales	Independencia de la persona en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales	Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo sobre la persona
OREM Teoría del déficit de autocuidado	Ayuda al individuo a mantener acciones de autocuidado	Unidad que funciona biológica, simbólica y socialmente	Estado en que la persona no tiene ninguna necesidad insatisfecha	Espacio que rodea al individuo y le impide comprometerse en acciones de autocuidado
ROGERS Seres humanos unitarios	Favorece la interacción armoniosa entre los campos humanos y del entorno	Sistema abierto en interacción con el entorno	Considerada como un valor y un proceso de intercambio energético	Campo de energía unitario e irreducible, carente de dimensión espacio-temporal. Sin límites
LEININGER Teoría de los cuidados culturales	Enfermería debe adaptar los cuidados a la cultura de las personas. Cuidados personalizados	Ser unido de manera inseparable a la cultura	Creencias, valores y formas de actuar que son culturalmente conocidos y utilizados	Contexto de la persona y que está formado por componentes físicos, ecológicos y sociales
JOHNSON Sistema conductual	Fuerza externa que actúa preservando la organización conductual del paciente	Sistema conductual con formas de conducta estructuradas, repetitivas e intencionales	Estado fugaz y dinámico, influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales	Constituido por todos los factores que no forman parte del sistema conductual del individuo pero que ejercen influencia.
TRAVELBEE Relación de persona a persona	Proceso interpersonal entre enfermero e individuo o grupo de individuos	Responde a la definición de ser humano. Individuo único e irremplazable	Se define según criterios de salud objetivos y subjetivos	No se define explícitamente en su teoría

Tabla 12. Definición de los elementos metaparadigmáticos

Como el sistema conductual tiene varias tareas que realizar, las partes del sistema se convierten en subsistemas con funciones especializadas. Los siete subsistemas identificados por Johnson son abiertos y están asociados e interrelacionados: de afiliación, de dependencia, de ingestión, de eliminación, sexual, de realización y de agresión/protección.

La autora define la enfermería como una fuerza de actuación externa para proteger la organización de la conducta del paciente utilizando mecanismos reguladores. La salud queda explicada como un estado dinámico influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales. Por su parte, el entorno estará formado por todos los factores que no son parte del sistema conductual del individuo, pero que influyen en él.

2.3.13. Clasificación de otros modelos y teorías

La clasificación de otros modelos y teorías enfermeras aparece descrita en la Tabla 13.

TEÓRICA	PARADIGMA(1)	ESCUELA(2)	TENDENCIA(3)	TENDENCIA(4)	TENDENCIA(5)
J. Watson	Transformación	Caring			Humanista
Newman	Transformación	Ser humano unitario	Cósmica	Interrelación	Campos energéticos
Riehl-Sisca	Integración	Interacción		Interrelación	Relaciones interpersonales
Robert-Logan-Tierney	Integración	Interacción	Existencialista	Interrelación	Relaciones interpersonales
Wieden Bach	Integración	Interacción	Existencialista	Suplencia y ayuda	Relaciones interpersonales
Allen	Integración	Promoción de la salud	Sociológica		Relaciones interpersonales-sistemas
Hall	Integración	Efectos deseables		Interrelación	Humanista
Levine	Transformación	Efectos deseables	Existencialista	Interrelación	
Pender			Existencialista	Interrelación	Relaciones interpersonales
Rizzo	Transformación	Ser humano unitario			
Benner	Transformación				

1: Kerouac, 2: Kerouac, 3: Beck, 4: UNED, 5: Marriner

Tabla 13. Clasificación de otros modelos y teorías enfermeras

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

3.1. ENCUADRE DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

Todos los investigadores que han trabajado un modelo conceptual de enfermería han descrito la importancia de la metodología enfermera para poner en práctica dicho modelo. Una metodología enfermera válida y precisa debe incluir una correcta utilización del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que a su vez incluye un tratamiento adecuado de los diagnósticos de enfermería y del plan de cuidados enfermero.

Una actuación desarrollada en la práctica adquiere el rango de científica cuando sus actuaciones se basan en teorías y se aplican utilizando el método científico.

Por ello, se puede definir el **proceso de enfermería** como un *método científico para aplicar el modelo teórico enfermero y poder administrar cuidados de enfermería organizados*. Se caracteriza por ser flexible, dinámico, interactivo y sistemático.

Según R. Alfaro, 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*.

De esta definición, hay que destacar que el concepto persona (o cliente) va a incluir, en todo momento, no sólo al individuo, sino también a la familia, al grupo, o a la comunidad, así como la posibilidad que tiene la enfermera de actuar en situaciones de salud tanto *reales* como *potenciales*.

Otra autora que define el proceso de atención de enfermería es **A. Griffin** y lo hace describiendo tres dimensiones de éste: propósito, organización y flexibilidad. Atendiendo a esta autora, el proceso enfermero se puede definir como una trayectoria progresiva de dichas dimensiones.

En este sentido, el **propósito** comprende la dotación a la enfermera de una herramienta estructurada que permita poder reconocer e identificar todas aquellas respuestas del sujeto. La **organización**, supone la distribución que posee el proceso enfermero en la que podemos ver un orden en etapas sistematizadas. Y, por último, la **flexibilidad** del proceso, de manera que es factible utilizarlo en cualquier situación práctica enfermera, y a cualquier unidad de cuidados, bien sea el sujeto, la familia o la comunidad.

El empleo del proceso de enfermería favorece la comunicación, la individualidad, la participación de la persona en la toma de decisiones, evita omisiones y repeticiones de las actuaciones enfermeras y aporta calidad en los cuidados enfermeros.

El proceso de enfermería consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Este modelo se basa en los pasos del método científico, ya que, en el fondo, el PAE busca racionalizar y sistematizar los cuidados y la adquisición de los conocimientos en enfermería.

El PAE procede de una extrapolación de las etapas de la intervención terapéutica de *resolución de problemas* validada en el ámbito de la psicología y de la psiquiatría.

La aplicación del mismo está fundamentada en diversas teorías, como la de sistemas, o la de la comunicación, pero sobre todo en la teoría o modelo de enfermería que hayamos elegido para la práctica profesional, lo que significa que cada enfermera le da una orientación distinta dependiendo del modelo o teoría de enfermería que sigue.

Por tanto, el proceso de atención de enfermería es un elemento basado en la metodología científica que va a aportar mayor calidad a los cuidados realizados, alcanzándose una eficiencia en el desempeño de las tareas enfermeras y un desarrollo de la praxis profesional desde la autonomía profesional y disciplinar.

Lidya Hall describe por primera vez, en 1955, el proceso enfermero en distintas partes que van a ir evolucionando hasta convertirse en las cinco etapas actuales.

Recuerda

El proceso de atención de enfermería o proceso de enfermería, también se conoce como proceso de cuidados. Se debe distinguir del plan de cuidados que equivale a la tercera etapa del PAE o planificación.

Recuerda

La actuación de la enfermería ante alteraciones de la salud tanto reales como potenciales supone una característica específica de la enfermería. El médico, por el contrario, se centra fundamentalmente en problemas reales de la salud.

Recuerda

El PAE adquiere su verdadero significado para la profesión y la disciplina, con un marco teórico enfermero de referencia.

3.2. ETAPA DE VALORACIÓN

Recuerda

Existen patrones del individuo que es conveniente abordar una vez se haya instaurado una relación adecuada de confianza dentro del entorno terapéutico, por lo que no será adecuado valorarlos en un primer encuentro con el sujeto. Es el caso de patrones relacionados con los valores y creencias, con la sexualidad o con el consumo de drogas.

La valoración es el punto de partida del PAE. Su finalidad es recoger datos de la persona (problemas de salud) y las respuestas humanas que se originan ante ellas, analizarlos (según unas primeras interpretaciones del profesional) y sintetizarlos para poder identificar las respuestas humanas.

Existen dos tipos de valoración:

- **Valoración generalizada:** se trata de una valoración global realizada en el primer encuentro con el sujeto y cuyo objetivo es reunir la mayor información posible en torno a la persona y a su situación de salud.
- **Valoración focalizada:** se trata de aquella que se realiza en el segundo o en sucesivos encuentros con el paciente; puede ir orientada bien a reunir más información acerca de un problema específico, ya identificado en la primera valoración, o bien a completar los patrones no abordados en la valoración generalizada.

Recuerda

La fase de registro de los datos supone la anotación y comunicación de todo aquello que se ha realizado y que posee un interés sanitario para incluir en la historia clínica del sujeto. Esta fase se podrá incluir y considerar en cualquiera de las cinco etapas del PAE ya que en todas ellas debe registrarse.

Se ha hablado de que la valoración es un proceso en sí mismo, ya que consta de varias etapas o fases, las cuales tienen la finalidad de recoger todos los datos pertinentes para identificar la salud del individuo o grupo social. Por tanto, la citada etapa se compone de las siguientes fases:

- Recogida de datos.
- Validación de los datos.
- Síntesis y organización de los datos.
- Registro de los mismos.

3.2.1. Recogida de datos

La enfermera recogerá toda aquella información que considere necesaria para orientar la formulación y el desarrollo de los problemas de salud del paciente y la planificación de las intervenciones, teniendo en cuenta que la recogida de datos se va a ver afectada por el modelo de cuidados aplicado en ese momento.

Aunque la obtención de la información se inicie con el primer contacto entre el cliente y el sistema de cuidados de salud, tiene continuidad durante todas las etapas del proceso. Las fuentes de información para esta recogida de datos son la fuente primaria (el propio paciente) y las fuentes secundarias (la familia, su historial clínico y la información del resto de integrantes del equipo de salud).

Los datos pueden clasificarse en dos categorías:

- **Datos subjetivos:** son *los que el cliente afirma desde su percepción subjetiva y su apreciación personal*. Comprende sentimientos, percepciones sobre su situación de salud, etc. (p. ej.: el dolor o la disnea). Se denominan *síntomas* y sólo son advertidos por el enfermo, aunque posteriormente pueden ser constatados por el profesional.
- **Datos objetivos:** *representan la información constatable y cuantificable por el profesional*. (p. ej.: valores de los signos vitales). Se denominan *signos* y se pueden observar y medir.

Para la obtención de datos es posible utilizar distintos métodos, que son:

- La **observación:** consiste en ser consciente de los hechos y conductas que van sucediendo. Difiere de la observación no profesional en que la observación enfermera emplea un sistema planificado que se centrará, por una parte, en el entorno que rodea al usuario y, por otra, en la comunicación no verbal que éste transmite.
- La **exploración física:** exige una amplia base de conocimientos y el uso de los sentidos de forma sistemática, usando técnicas como la inspección, la palpación, la auscultación y la percusión.
- La **entrevista de enfermería:** tiene cuatro funciones: obtener información, facilitar la relación con el sujeto, procurarle información y fijar metas. Para lograr una entrevista fructífera es preciso que el profesional que la realiza tenga experiencia y sea hábil en crear una relación interpersonal terapéutica. Para ello se deberá emplear una buena comunicación tanto verbal como no verbal.

La comunicación verbal ha de ser clara, honesta, oportuna, comprensible y que logre transmitir confianza y seguridad. La comunicación no verbal es tanto o más importante que la verbal. Se ha de tener en cuenta el contacto visual, la distancia, la postura, el tono de voz, etc.

Por tanto, durante la entrevista se utilizarán distintos recursos como, por ejemplo, la escucha activa, las preguntas abiertas, la clarificación, la reconducción, la reformulación, los silencios, etc.

Durante la entrevista, es importante evitar las preguntas cerradas (las que requieren un monosílabo o una simple palabra como respuesta) a menos que el sujeto se encuentre demasiado enfermo como para elaborar una respuesta o que se esté intentando clarificar una respuesta con un sí o un no. No obstante, las preguntas cerradas también pueden ahorrar tiempo en una situación de emergencia. (p. ej.: ¿qué medicamento ha tomado esta mañana?).

Recuerda

La escucha activa implica un tipo de respuesta verbal que evidencia la comprensión del mensaje emitido por el sujeto y que necesita de una actitud adecuada para reconocer y entender aquellos sentimientos del usuario que se encuentran inmersos en la comunicación verbal.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Preguntas abiertas	
Aportan más información	Pueden permitir que se evada de la pregunta
Dan la posibilidad de expresarse	Requieren una respuesta más larga
Implican en el diálogo	Permiten divagar y desviarse del tema
Tienden a obtener una respuesta más sincera	
Menos amenazadoras	
Menos probabilidad de transmitir un juicio negativo	
Se suele interpretar la demostración de un verdadero interés	
Preguntas cerradas	
Ayudan a clarificar las respuestas de las preguntas abiertas	Pueden resultar más amenazadoras
Ahorran tiempo en situaciones de emergencia	Limitan la cantidad de información ofrecida
Útiles para cerrar la entrevista con datos específicos	No fomentan la expresión de preocupaciones
Útiles para personas confusas o con dolor	No estimulan el diálogo activo con la enfermera

Tabla 14. Ventajas y desventajas de las preguntas abiertas y cerradas

Ejemplos de preguntas abiertas y cerradas son los siguientes:

- Cerrada: "¿Se siente feliz por esto?"
- Abierta: "¿Cómo se siente por esto?"
- Cerrada: "¿Se lleva bien con su marido?"
- Abierta: "¿Cómo se lleva con su marido?"
- Cerrada: "¿Esto hace que sienta molestias en el estómago?"
- Abierta: "Describa lo que nota".

Las fases en las que se divide la entrevista son las que aparecen a continuación:

- **Iniciación:** el sujeto conoce el objetivo de la entrevista. El profesional se presenta y le informa acerca de la sistemática del dispositivo en el que se encuentra, los interrogantes que le preocupan, etc.
- **Cuerpo:** se recoge información acerca de los aspectos generales, centrándose progresivamente en el problema principal.
- **Cierre:** se le advierte al paciente que la entrevista va a finalizar y se le pregunta si tiene dudas.

3.2.2. Validación de los datos

Los datos recogidos, tanto objetivos como subjetivos, deben ser verificados cuando no exista seguridad sobre la información reunida.

3.2.3. Síntesis y organización de los datos

Una vez validados los datos, es necesario sintetizarlos y agruparlos para ayudar a identificar los problemas de salud. Del mismo modo, se organizarán utilizando las diferentes herramientas de respuesta humana y de priorización de datos. En este sentido, las herramientas de agrupamiento y priorización de datos más relevantes en la etapa de síntesis y organización son las siguientes:

- Las necesidades humanas de Maslow (Figura 21).
- Los patrones de respuesta humana de la primera taxonomía de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) y los dominios y clases de la segunda taxonomía NANDA.
- Los patrones funcionales de salud de M. Gordon.

A continuación se exponen dos herramientas.

Patrones de respuesta humana de la primera taxonomía NANDA

Se define como un patrón de respuesta humana perteneciente:

- Al intercambio.
- A la comunicación.
- A las relaciones.
- A los valores.
- A la elección.
- Al movimiento.
- A la percepción.
- Al conocimiento.
- A los sentimientos/sensaciones.

Pregunta Clave

La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) establece que se formulen los diagnósticos siguiendo el formato de:

- a) Gordon.
- b) Henderson.
- c) Parse.
- d) Rogers.
- e) Orem.

Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon

M. Gordon facilita una herramienta de valoración que organiza sus patrones en una base de datos agrupados con independencia de la edad, del nivel de cuidados y de la patología del sujeto.

Según las formulaciones de M. Gordon, la edad, el nivel de desarrollo, el género y la cultura son factores a tener en cuenta en toda la valoración de los patrones funcionales de salud.

Los patrones funcionales de salud son una configuración de comportamientos, comunes a todas las personas, que contribuyen a la salud, la calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de manera secuencial a lo largo del tiempo. Van a estar influenciados por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales.

Los patrones disfuncionales de salud aparecen con una patología o pueden desencadenarla y conllevan a la identificación de un diagnóstico enfermero.

A continuación, se describen los 11 patrones funcionales de salud, detallando los datos concretos que durante la valoración enfermera se pretenden obtener acerca del sujeto. Además, se incluyen algunos ejemplos de diagnósticos enfermeros que corresponderían a cada patrón en el caso de que éste estuviera alterado:

1. **Patrón percepción-manejo de la salud:** percepciones generales del cliente, manejo general de la salud y prácticas preventivas. Accidentes en casa, trabajo, etc.
DxE:
 - Conductas generadoras de salud.
 - Manejo ineficaz del régimen terapéutico.
 - Alto riesgo de infección.
2. **Patrón nutricional-metabólico:** patrones nutricionales y hábitos dietéticos. Lesiones de piel y capacidad general de cicatrización. Condición de la piel, uñas, mucosas y dientes. Medidas de temperatura corporal, altura y peso.
DxE:
 - Alteración de la nutrición por exceso.
 - Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
 - Úlcera por presión.
3. **Patrón de eliminación:** regularidad de los patrones excretores (intestino, vejiga y piel). Inspección de prótesis (bolsas de colostomía, urostomía, etc.). Patrones familiares o comunitarios de la eliminación de residuos.
DxE:
 - Estreñimiento subjetivo.
 - Incontinencia de esfuerzo.
 - Incontinencia fecal.
4. **Patrón de actividad-ejercicio:** actividades de la vida diaria, ejercicio, actividades de tiempo libre.
DxE:
 - Alto riesgo de síndrome de desuso.
 - Intolerancia a la actividad.
 - Deficit de autocuidado: baño/higiene.
5. **Patrón sueño-descanso:** incluye descanso y relax: uso de ayudas para dormir, técnicas de relajación, etc.
DxE:
 - Alteración del patrón de sueño.
6. **Patrón cognitivo-perceptual:** adecuación del lenguaje, habilidades cognitivas. Capacidades sensoriales. Dolor.
DxE:
 - Dolor crónico.
 - Desatención unilateral.
 - Alteraciones sensorio-perceptivas.
7. **Patrón autopercepción-autoconcepto:** creencias relativas a la autovalía general y a los estados de sentimiento. Cambios en su cuerpo o en sus sentimientos. Contacto visual. Estado nervioso o relajado. Este patrón funcional va a definir signos y síntomas del sujeto que tienen que ver con la tranquilidad, la alegría, el autoconcepto, la estima de uno mismo así como con el desarrollo o la actitud personal.
DxE:
 - Temor.
 - Ansiedad.
 - Desesperanza.

Recuerda

Los patrones funcionales de Marjory Gordon que se utilizan en la etapa de valoración, permiten llegar exclusivamente hasta la etapa de diagnóstico, ya que la autora no elabora un método de actuación para las etapas de planificación y ejecución.

8. **Patrón rol-relaciones:** roles familiar y social.

DxE:

- Deterioro de la comunicación verbal.
- Alteración en el desempeño del rol.
- Síndrome de estrés del traslado.
- Duelo anticipado.

9. **Patrón sexualidad-reproducción:** percepción de problemas reales o potenciales sobre la sexualidad y la capacidad reproductiva.

DxE:

- Disfunción sexual.
- Alteración de los patrones de sexualidad.
- Síndrome traumático de violación.

10. **Patrón adaptación-tolerancia al estrés:** nivel de estrés que el cliente trata de forma efectiva.

Patrón de adaptación del cliente.

DxE:

- Afrontamiento individual inefectivo.
- Afrontamiento familiar inefectivo.
- Respuesta postraumática.

11. **Patrón valores-creencias:** aquello que el individuo considera que es cierto sobre la fe o la convicción. Planes de futuro importantes. Práctica religiosa.

DxE:

- Sufrimiento espiritual.

El éxito en una valoración de enfermería radica, principalmente, en poseer las adecuadas habilidades manuales, interpersonales e intelectuales. Como habilidad intelectual fundamental, hay que destacar el *pensamiento crítico*, que supone un pensamiento dirigido al logro de un objetivo que se usa para evaluar las situaciones más complejas, identificar los problemas de salud y tomar las decisiones sobre el plan de cuidados.

Algunas de las principales características que conforman un pensamiento crítico son las siguientes:

- Tener el hábito de la indagación, de manera que se mantengan las reglas de la lógica, una actitud inquisitiva, se busquen evidencias y se conserve la mente abierta.
- Ser consciente de los propios recursos y capacidades.
- Mantenerse sensible a las propias limitaciones y predisposiciones.
- Ser humilde, creativo y mantener la curiosidad.
- Ser proactivo y flexible.
- Ser perseverante y mantener la independencia del pensamiento.
- Tener conciencia de que los errores son escalones para llegar a nuevas ideas.
- Ser perseverante y solicitar ayuda cuando se necesite.
- Distinguir entre los hechos y las falacias.
- Apoyar las observaciones con evidencias.
- Evitar emitir un juicio hasta disponer de todos los datos necesarios y, en ningún caso, emitir juicios de valor.

3.3. ETAPA DE DIAGNÓSTICO

Es la etapa en la que se analizan e interpretan los datos obtenidos y se identifican los problemas independientes de enfermería, que serán la base del plan de cuidados. El diagnóstico de enfermería va a adquirir una gran variabilidad por estar vinculado al carácter único de cada persona.

El término diagnóstico enfermero se utilizó por primera vez por R. L. McManus en 1950. Se trata de la identificación por parte de la enfermera de los problemas de salud del paciente/cliente y va a permitir cuantificar las intervenciones de enfermería en las carteras de servicio de los planes de gestión del Sistema Sanitario.

Según la definición de Alfaro (1992), **diagnóstico de enfermería** es un problema de salud real o potencial (de un individuo, familia o grupo), que las enfermeras pueden tratar de forma legal e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo.

Según L. Carpenito, el diagnóstico enfermero es una explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona.

Recuerda

Existen autoras que interpretan la fase de análisis e identificación de la respuesta del sujeto como etapas propias de la valoración y no del diagnóstico enfermero. Ambos enfoques son correctos.

Durante el proceso de cuidados, el uso del diagnóstico enfermero va a aportar claras ventajas como elemento imprescindible. Estas ventajas se pueden englobar en tres categorías:

- **Ventajas para el desarrollo disciplinar:** este desarrollo se fundamenta en el método científico. El diagnóstico enfermero va a facilitar, en este sentido, el desarrollo científico de nuestro conocimiento específico.
- **Ventajas para el desarrollo profesional:** permite determinar la individualidad de la praxis profesional en el ámbito del Sistema de Salud.
- **Ventajas para el proceso de cuidado enfermero:** facilita la comunicación entre las enfermeras y entre éstas y el sujeto.

Por tanto, el **Diagnóstico Enfermero (DE)** es un problema independiente que la enfermera emite y trata de forma autónoma, y que se centra, como sugiere la American Nursing Association (ANA), en la respuesta humana ante una situación dada en la persona.

Por el contrario, un **problema interdependiente** es un problema real o potencial que se centra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo (a un tratamiento, enfermedad o estudio diagnóstico), y que los enfermeros son responsables de identificar y tratar en colaboración con los otros profesionales. Se formula utilizando terminología médica.

Se identifican cinco tipos de diagnóstico de enfermería: reales, de alto riesgo o potencial, de bienestar o salud, sindrómico y posible o de sospecha (Figura 19), los cuales se definen del siguiente modo:

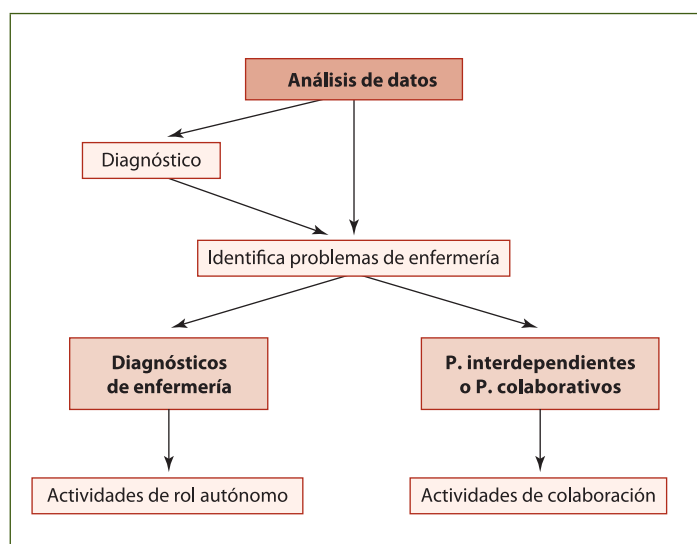


Figura 19. Etapas del diagnóstico

- **DE real:** es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales de la salud o ante procesos de vida (p. ej.: desesperanza r/c pérdida de apetito m/p deterioro del estado fisiológico). Existe en el momento de la valoración y hay evidencias de ellos al aparecer signos y síntomas definidos (características definitorias).

A la hora de enunciar o registrar el DE real en la historia de enfermería, mediante el formato PES, deberemos utilizar las tres letras, de forma que documentemos el problema (P), la etiología (E) y los signos y síntomas (S).

- **DE de alto riesgo:** se define un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad para desarrollar un problema (p. ej.: alto riesgo de infección r/c inmunosupresión). En el momento de la valoración no ha aparecido el problema (no hay características definitorias), aunque se evidencia un factor etiológico, en este caso conocido como factor de riesgo, que pueda originar el problema en el futuro si no se previene. Por tanto, ante un diagnóstico de riesgo, sólo se encontrarán la etiqueta, la definición y los factores de riesgo. Al registrar este tipo diagnóstico mediante el formato PES, se enunciará exclusivamente el problema (P) y la etiología (E).

- **DE de bienestar o de salud:** es un juicio clínico acerca de un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado (p. ej.: disposición para mejorar el estado de inmunización). La enfermera actuará en el marco de la promoción de la salud centrándose en el mantenimiento o en la mejoría de ésta. A la hora de registrar este diagnóstico, es suficiente con enunciar exclusivamente la etiqueta diagnóstica o título (la P del formato PES).

Por tanto, el diagnóstico de bienestar o de salud es aquel *diagnóstico enfermero que se emite cuando el paciente, lejos de tener un problema de salud o alguna alteración de las respuestas humanas debido a una enfermedad, goza de buena salud y la enfermera detecta que el cliente muestra signos de querer mantener ese buen estado de salud o incluso mejorarlo.*

Por ejemplo, si una reciente parturienta, que está lactando de forma natural adecuadamente y, por tanto, su hijo está cogiendo peso, la madre pregunta por distintas técnicas de lactancia o diferentes posturas para lactar, etc., debido a que quiere valorar si existe alguna otra técnica más adecuada o más beneficiosa (p. ej.: para que el neonato no trague mucho aire), entonces se podrá pensar en emitir el diagnóstico de bienestar: lactancia materna efectiva.

- **DE sindrómico:** implica una respuesta humana compleja que incluye a su vez varios diagnósticos reales (p.ej.: síndrome de desuso). Este diagnóstico se utiliza para describir un proceso en un paciente que tiene a la vez un conjunto determinado y bien definido de diagnósticos reales.

Ejemplos de DE sindrómico son los siguientes:

- El diagnóstico **síndrome de estrés del traslado** se enunciará en el caso de tener a un paciente que acaba de ser ingresado en un hospital, trasladado desde su domicilio y en la valoración de enfermería se han desprendido los siguientes diagnósticos:
 - › Deterioro de la adaptación.
 - › Aislamiento social.

Recuerda

Las posibles intervenciones enfermeras ante un problema interdependiente son:

- Tratar.
- Vigilar.
- Controlar.
- Prevenir.

- › Duelo.
- › Riesgo de alteración parental.
- El diagnóstico **síndrome de desuso** está asociado al siguiente grupo de diagnósticos de enfermería reales que aparecen en un paciente tipo con unas características muy determinadas, relacionadas con la edad avanzada y la inmovilización:
 - › Estreñimiento.
 - › Infección.
 - › Intolerancia a la actividad.
 - › Lesión tisular.

También son DE síndrómicos el síndrome de muerte súbita del lactante o síndrome traumático por violación.

En el caso del enunciado de este diagnóstico, solamente se registraría la etiqueta diagnóstica o problema, no habiendo que especificar características definitorias ni factores relacionados.

La NANDA incluye este tipo de diagnósticos en el grupo de los diagnósticos reales, no considerándolo como un tipo diferenciado en sí mismo.

- **DE posible:** se trata de aquella respuesta humana que aún no puede confirmarse dado que todavía no existen datos validados en alguna taxonomía diagnóstica enfermera (p. ej.: característica definitorias) que evidencien con total seguridad que se trata de determinado diagnóstico, aunque la experiencia y la intuición profesional hace sospechar a la enfermera de su aparición. Este tipo de diagnósticos también se conoce como diagnóstico de sospecha o dudoso y se podría registrar anotando en primer lugar aquellas características definitorias detectadas seguido del diagnóstico enfermero cuya existencia se sospecha, unidas ambas partes por el nexo "compatible con".

Por ejemplo: trastorno del sueño y conducta destructiva hacia sí mismo compatible con afrontamiento individual inefectivo.

Otra forma de enunciarlo sería anteponiendo exclusivamente el nexo "posible" a la etiqueta diagnóstica y acompañado del factor relacionado. Por ejemplo: posible abandono de la deshabitación tabáquica r/c falta de confianza en sí mismo.

Recuerda

El diagnóstico posible o de sospecha también aparece cuando, habiendo identificado un problema en el sujeto y validadas las características definitorias correspondientes, la etiqueta diagnóstica de dicho problema no está incluida en las taxonomías diagnósticas reconocidas, por lo que se tendrá que enunciar utilizando términos razonados y con sentido que sean propios del profesional que emite el juicio.

El diagnóstico enfermero se puede desglosar en cuatro partes descriptivas que se conocen como categorías diagnósticas o componentes diagnósticos:

- El **título o etiqueta diagnóstica:** es la descripción concisa del problema identificado, la respuesta humana que ha aparecido ante el problema (p. ej.: "Intolerancia a la actividad").
- La **definición de la etiqueta:** describe la situación en la cual debe encontrarse el sujeto para inducir dicha etiqueta (p. ej.: definición de "Intolerancia a la actividad": estado en el que una persona tiene insuficiente energía psicológica o fisiológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas).
- Las **características definitorias:** son las manifestaciones clínicas (signos y síntomas) que confirman la existencia del problema descrito. Por ejemplo: características definitorias de intolerancia a la actividad: informes verbales de fatiga o debilidad, frecuencia cardíaca o TA anormales en respuesta a la actividad, malestar o disnea de esfuerzo, cambios EKG indicadores de arritmias o isquemia.
- Los **factores relacionados:** elementos causales del problema del sujeto.
Por ejemplo: factores relacionados de intolerancia a la actividad: reposo en cama/inmovilidad, debilidad generalizada, estilo de vida sedentario, desequilibrio entre aporte/demanda de O₂.

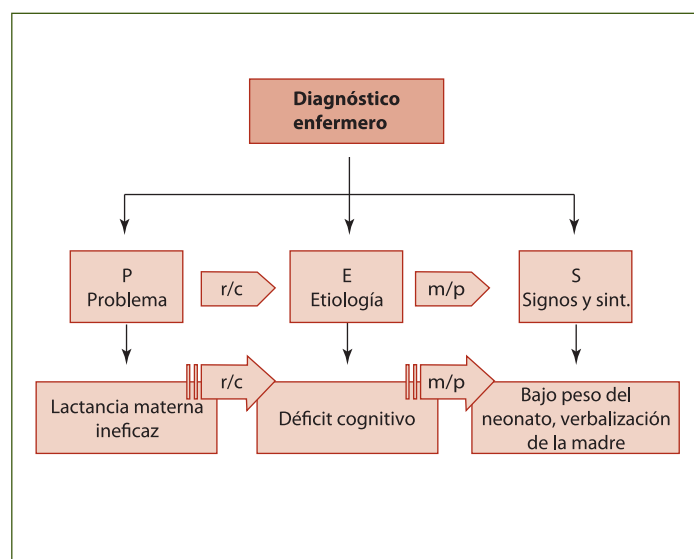


Figura 20. Diagnóstico de enfermería. Formato PES

Para la construcción del enunciado de diagnósticos de enfermería, es decir, para el registro del diagnóstico en la historia de enfermería, la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), recomienda la utilización del formato PES (Problema de salud [P], etiología [E] y signos y síntomas [S]), elaborado por M. Gordon en 1982.

De esta forma, la P (Problema) se enlaza con la E (Etiología) mediante el constructo "relacionado con" (r/c), y la E (Etiología) se enlaza con la S (Signos y síntomas) mediante el constructo "manifestado por" (m/p).

Existen una serie de normas a tener en cuenta para evitar errores en la enunciación de los diagnósticos enfermeros:

1. No utilizar terminología médica para formular. Hay que centrarse en la respuesta de la persona ante los problemas médicos.
 - Incorrecto: mastectomía r/c neoplasia de mama.
 - Correcto: alto riesgo de trastorno de la imagen corporal r/c los efectos de la mastectomía.

TIPO DE DIAGNÓSTICO ENFERMERO	FORMULACIÓN MEDIANTE PES
De real	PES (algunos autores aceptan PE)
De riesgo o potencial	PE
De salud (promoción o bienestar)	P
De sindrómico	P

Tabla 15. Formulación de los distintos tipos diagnósticos

2. No formular dos problemas al mismo tiempo.
 - Correcto: temor r/c contracciones uterinas, y dolor r/c contracciones uterinas.
3. No describir un diagnóstico enfermero basado en un juicio de valor.
 - Incorrecto: sufrimiento espiritual r/c reglas estrictas que exigen la asistencia a la iglesia.
4. Evitar enunciados legalmente poco recomendables.
 - Incorrecto: temor en r/c palizas frecuentes del marido.
5. No utilizar un diagnóstico de enfermería en un problema interdependiente.
 - Incorrecto: alteración de la involución uterina r/c sobredistensión de la vejiga.
 - Correcto: problema independiente: hemorragia s/a sobredistensión de la vejiga.
6. Un diagnóstico de enfermería no debe estar en relación con un diagnóstico médico. Es decir, el diagnóstico médico no puede ser un factor etiológico del diagnóstico enfermero.
 - Incorrecto: temor en relación con mastectomía.
 - Correcto: temor r/c efectos adversos de la medicación.

Es imprescindible clasificar bien el problema y la etiología del diagnóstico ya que el objetivo general, que se enunciará en la planificación y que se pretende alcanzar con el sujeto, derivará del problema emitido y las intervenciones enfermeras que hay que realizar, y que igualmente se han de enunciar en la etapa de planificación derivarán de la etiología detectada.

El tratamiento para un diagnóstico de enfermería lo planifica la enfermera y lo lleva a cabo de forma autónoma e independiente. El uso del lenguaje enfermero estandarizado comenzó durante la década de los años setenta con el desarrollo de la clasificación diagnóstica de la NANDA.

El reconocimiento profesional de los diagnósticos enfermeros se realizó en 1980, cuando la ANA publicó *Nursing: A Social Policy Statement*, donde manifestó que *la enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales*.

Los diagnósticos enfermeros preguntados en el examen EIR son los siguientes:

1. Intolerancia a la actividad

- **Definición:** estado en el que una persona tiene insuficiente energía psicológica o fisiológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.
- **Características definitorias:**
 - › Informes verbales de fatiga o debilidad.
 - › Frecuencia cardíaca o TA anormales en respuesta a la actividad.
 - › Malestar o disnea de esfuerzo.
 - › Cambios EKG indicadores de arritmias o isquemia.
- **Factores relacionados:**
 - › Reposo en cama/inmovilidad.
 - › Debilidad generalizada.
 - › Estilo de vida sedentario.
 - › Desequilibrio entre aporte/demanda de O₂.

2. Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

- **Definición:** estado en que la persona es incapaz de eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- **Características definitorias:**
 - › Ruidos respiratorios anormales (estertores, roncus).
 - › Cambios en la frecuencia o profundidad de la respiración.
 - › Taquipnea.
 - › Tos inefectiva/efectiva con o sin esputo.
 - › Cianosis.
 - › Disnea.
- **Factores relacionados:**
 - › Disminución de la energía.
 - › Fatiga.
 - › Infección.
 - › Obstrucción.
 - › Secreción traqueobronquial (mucosa excesiva).
 - › Deterioro perceptivo/cognitivo.
 - › Traumatismo.

3. Incapacidad para mantener la respiración espontánea.

- **Definición:** disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad del individuo para sostener la respiración adecuada para el mantenimiento de la vida.

Recuerda

Los dos problemas que la enfermera puede detectar son:

- Diagnósticos de enfermería (DDddEE).
- Problemas interdependientes (PPII).

- **Características definitorias:**
 - › Disnea, aumento de la tasa metabólica.
 - › Agitación creciente; aprensión; uso creciente de los músculos accesorios; disminución del volumen circulante; aumento de la frecuencia cardíaca; disminución de la PO_2 y aumento de la PCO_2 ; disminución de la cooperación; disminución de la SO_2 .
 - **Factores relacionados:**
 - › Factores metabólicos.
 - › Fatiga de los músculos respiratorios.
4. **Exceso de volumen de líquidos.**
- **Definición:** estado en el que la persona experimenta un aumento de la retención de líquidos y edema.
 - **Características definitorias:**
 - › Edema, derrame, anasarca.
 - › Aumento de peso, falta de aliento.
 - › Ortopnea, congestión pulmonar.
 - › Ruidos respiratorios anormales (estertores).
 - › Reflejo hepatoyugular positivo.
 - › Azoemia, desequilibrio electrolítico.
 - › Agitación y ansiedad.
 - › Disminución de la hemoglobina y hematocrito.
 - **Factores relacionados:**
 - › Compromiso de los mecanismos reguladores.
 - › Exceso de aporte de líquidos.
 - › Exceso de aporte de sodio.
5. **Incumplimiento del tratamiento.**
- **Definición:** decisión informada de una persona de no seguir una recomendación terapéutica.
 - **Características definitorias:**
 - › Evidencia de exacerbación de síntomas.
 - › Conducta indicativa de no seguimiento del tratamiento.
 - › Evidencia de desarrollo de complicaciones.
 - › No asistencia a las visitas concertadas.
 - **Factores relacionados:**
 - › Sistema de valores del cliente.
 - › Influencias culturales.
 - › Valores espirituales.
 - › Relación entre el cliente y la persona que le brinda los cuidados de salud.
6. **Conocimientos deficientes.**
- **Definición:** ausencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.
 - **Características definitorias:**
 - › Seguimiento inexacto de instrucciones.
 - › Verbalización del problema.
 - › Realización inadecuada de las pruebas.
 - › Comportamientos inapropiados o exagerados (apatía, hostilidad, histeria...).
 - **Factores relacionados:**
 - › Falta de exposición, falta de memoria.
 - › Mala interpretación de la información.
 - › Limitación cognitiva.
 - › Falta de interés en el aprendizaje.
7. **Deterioro de la movilidad física.**
- **Definición:** estado en que la persona experimenta una limitación de la habilidad para el movimiento físico independiente.
 - **Características definitorias:**
 - › Incapacidad para moverse a voluntad dentro del entorno físico.
 - › Resistencia a intentar movimientos.
 - › Imposición de restricciones de movimientos.
 - **Factores relacionados:**
 - › Intolerancia a la actividad.
 - › Disminución de la fuerza y resistencia.
 - › Dolor, malestar.

Recuerda

La NANDA recoge las categorías diagnósticas de cada diagnóstico comenzando por la etiqueta diagnóstica, le sigue la definición, para continuar con las características definitorias y concluir con los factores relacionados. Se debe atender a esta consideración pues difiere del orden de los elementos del formato PES que propone M. Gordon.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	DEFINICIÓN
Diagnóstico real	Juicio clínico sobre las experiencias humanas, las respuestas a las condiciones de salud o los procesos de la vida que existen en una persona, familia o comunidad
Diagnóstico de riesgo	Juicio clínico sobre las experiencias humanas, las respuestas a las condiciones de salud o los procesos vitales que tienen una alta posibilidad de desarrollarse en una persona vulnerable, familia o comunidad
Diagnóstico de salud o promoción	Juicio clínico sobre una persona, familia o comunidad que presenta el deseo de aumentar el bienestar y actualizar potenciales para la salud, así como expresa la condición a mejorar los comportamientos específicos de salud
Diagnóstico del síndrome	Juicio clínico que describe un grupo específico de Diagnósticos de Enfermería que presentan juntos y se tratan mejor en conjunto, con intervenciones similares

Tabla 16. Tipos de diagnósticos enfermeros

- **Clasificación sugerida para el nivel funcional:**
 - › 0 = completamente autónomo.
 - › 1 = requiere el uso de equipo o dispositivos.
 - › 2 = requiere otra persona para ayuda, supervisión o enseñanza.
 - › 3 = requiere la ayuda de otra persona y de equipo o dispositivos.
 - › 4 = dependiente, no participa en la actividad.

8. Desequilibrio nutricional por defecto.

- **Definición:** hábitos no saludables, déficit económico.
- **Características definitorias:**
 - › Pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado.
 - › Peso corporal inferior en un 20% o más del peso ideal.
 - › Saciedad inmediata después de ingerir alimentos.
 - › Incapacidad subjetiva para ingerir alimentos.
- **Factores relacionados:** incapacidad para ingerir, digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos o económicos.

9. Síndrome de estrés del traslado.

- **Definición:** alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro.
- **Características definitorias:**
 - › Traslado de un entorno a otro.
 - › Deterioro de la adaptación.
 - › Aislamiento social.
 - › Duelo por una pérdida.
 - › Riesgo de alteración parental.
 - › Ansiedad.
 - › Miedo.
 - › Frustración.
 - › Trastorno del sueño.
- **Factores relacionados:**
 - › Deterioro del estado de salud.
 - › Sentimientos de impotencia.
 - › Aislamiento de los familiares o amigos.

10. Síndrome de desuso.

- **Definición:** riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable.
- **Factores de riesgo:**
 - › Alteración del nivel de conciencia. Inmovilización mecánica.
 - › Parálisis.
 - › Inmovilización prescrita.
 - › Dolor grave.

11. Deterioro de la mucosa oral.

- **Definición:** alteración de los labios y tejidos blandos de la cavidad oral.
- **Características definitorias:**
 - › Halitosis.
 - › Xerostomía.
 - › Inflamación de encías.
 - › Sangrado.
 - › Lengua saburral.
 - › Dificultad para hablar, comer o deglutir.
- **Factores relacionados:**
 - › Barreras para el autocuidado oral.
 - › Quimioterapia.
 - › Irritantes químicos (tabaco, alcohol, alimentos ácidos, etc.).
 - › Labio leporino.
 - › Paladar hendido.

Recuerda

Desde el año 2000, se edita una segunda taxonomía de diagnósticos enfermeros de la NANDA que cambia su metodología con respecto a la primera.

3.3.1 Taxonomía NANDA

La NANDA, compuesta por enfermeras docentes, teóricas y asistenciales, con el objetivo de crear una taxonomía única que la distinguiera de otras disciplinas, publicó una lista de diagnósticos de enfermería clasificados en los nueve patrones de respuesta humana. De este modo se constituyó la primera taxonomía de diagnósticos de la NANDA.

Esta lista de categorías diagnósticas obtuvo un amplio consenso en el colectivo de enfermería. El número de dígitos que preceden a una categoría diagnóstica en la primera clasificación de diagnósticos de la NANDA, hace referencia al nivel de abstracción del diagnóstico.

Con motivo del desarrollo de un elevado número de diagnósticos de enfermería y el creciente riesgo de errores de clasificación y redundancias, se decidió elaborar una nueva estructura taxonómica desde la clasificación de la NANDA.

Por tanto, la organización de los diagnósticos enfermeros de la NANDA ha evolucionado desde un listado alfabético (1980) hasta un sistema conceptual que guía su clasificación en la segunda taxonomía (2000). Dicha taxonomía se diseñó de manera multiaxial, lo que permite emitir con mayor facilidad el juicio diagnóstico mediante siete ejes de la respuesta humana. Esto favorece la adición y la modificación de elementos, además de la inclusión de la taxonomía en los sistemas informáticos.

El **eje** se define como *la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico*. Los ejes se utilizarán para concretar el diagnóstico según las manifestaciones que se identifican en una respuesta humana determinada.

La taxonomía II consta de siete ejes (Tabla 18):

- **Eje 1. Concepto diagnóstico.**
- **Eje 2. Tiempo** (una respuesta puede aparecer de manera aguda o crónica, ser de larga o corta duración, intermitente o continua).
- **Eje 3. Unidad de cuidados** (la respuesta puede estar referida a un sujeto desde su condición de individuo o de grupo).
- **Eje 4. Etapas de desarrollo** (feto, neonato, escolar, adolescente, adulto, anciano, etc.).
- **Eje 5. Potencialidad** (una respuesta humana puede ser positiva, negativa, real o de riesgo).
- **Eje 6. Descriptor** (especifica el significado del concepto diagnóstico con adjetivos o valores como anticipado, aumentado, deficiente, etc.).
- **Eje 7. Topología** (partes o regiones corporales).

CATEGORÍA DIAGNÓSTICA	SINÓNIMO
Etiqueta	Título; concepto diagnóstico
Características definitorias	Manifestaciones clínicas; signos y síntomas
Factores relacionados	Factores etiológicos; factores de riesgo (en DE de riesgo)

Tabla 17. Tabla de sinónimos de las categorías diagnósticas NANDA

VALORES DEL EJE 6	VALORES DEL EJE 1	VALORES DEL EJE 4	VALORES DEL EJE 5
Anticipado	Hipotermia	Feto	Real
Aumentado	Imagen corporal	Neonato	Potencial
Deficiente	Infección	Lactante	Bienestar
Desequilibrado	Intoxicación	Adolescente	
Efectivo	Estreñimiento	Adulto	
Excesivo	Parental	Anciano	
Percibido	Movilidad		
Deterioro	Mucosa bucal		
Al seleccionar los valores que aparecen en negrita, que supuestamente corresponden a la situación del paciente que tenemos delante, podríamos enunciar el siguiente diagnóstico enfermero: Riesgo de deterioro parental en un adolescente			

Tabla 18. Imagen de la conformación de un diagnóstico de enfermería revisando cuatro de los siete ejes de la taxonomía NANDA

Los diagnósticos clasificados estarán relacionados alfabéticamente y codificados mediante cinco dígitos consecutivos (del 00001 al 00167), y serán clasificados atendiendo a los 13 dominios y las clases definidos por la NANDA (como se verá más adelante).

La segunda taxonomía de la NANDA tiene una estructura codificada que sigue las recomendaciones de la *National Library of Medicine* (NLM) respecto a los códigos terminológicos en los cuidados de salud, la cual recomienda que los códigos no contengan información sobre localización.

Algunos cambios importantes de esta nueva taxonomía implican el hecho de que en varios diagnósticos se han modificado los términos; por ejemplo, los diagnósticos de salud o bienestar ahora se etiquetan con el suscriptor *“Disposición para mejorar”* en lugar de *“Potencial de mejora de”*, y se ha suprimido el término *“alterado”* por términos más específicos como *“deteriorado”*.

Esta taxonomía se ha basado para su desarrollo en los patrones funcionales de Margory Gordon. De este modo, los nueve patrones de respuesta humana desarrollados previamente se han convertido en un total de 13 patrones que pasan a denominarse **dominios**. Además cada dominio (antiguo patrón de respuesta humana) se encuentra ahora relacionado con varios subapartados que lo especifican y detallan en mayor profundidad. A estos *“subdominios”* se les conoce como **clases** (Tabla 19).

DOMINIO	PROMOCIÓN DE LA SALUD	NUTRICIÓN	ELIMINACIÓN/ INTERCAMBIO	ACTIVIDAD/ REPOSO	PERCEPCIÓN/ COGNICIÓN	AUTOPERCEPCIÓN
Clase 1	Toma de conciencia de la salud				Atención	
Clase 2	Gestión de la salud					
Clase 3						Imagen corporal
Clase 4		Metabolismo	Función respiratoria			
Clase 5				Autocuidado	Comunicación	
Clase 6						
ROL/ RELACIONES	SEXUALIDAD	AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS	PRINCIPIOS VITALES	SEGURIDAD/ PROTECCIÓN	CONFORT	CRECIMIENTO/ DESARROLLO
Clase 1		Respuesta postraumática		Infección	Confort físico	
Clase 2			Creencias			Desarrollo
Clase 3	Reproducción	Estrés neurocomportamental		Violencia		
Clase 4						
Clase 5						
Clase 6				Termorregulación		

Tabla 19. Los dominios de NANDA y algunas de sus respectivas clases

Por tanto, la segunda taxonomía de la NANDA agrupa sus diagnósticos enfermeros en dominios y clases.

Estos dominios suponen el nivel más abstracto de la clasificación y consiguen unificar el significado de todos los diagnósticos que están agrupados en un mismo dominio. Cada dominio se refiere a un área de funcionamiento y/o de comportamiento de la persona.

La clase, que es el nivel más concreto de la clasificación, identifica aspectos más específicos dentro de cada dominio. La clase contiene los conceptos diagnósticos.

A continuación se detallan los 13 dominios de esta clasificación con su correspondiente definición:

1. **Promoción de la salud:** toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.
2. **Nutrición:** actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.
3. **Eliminación:** secreción y excreción de los productos de desecho.
4. **Actividad/reposo:** producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.
5. **Percepción/cognición:** sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.
6. **Autoconciencia:** conciencia del propio ser.
7. **Rol/relaciones:** conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que demuestran tales conexiones.
8. **Sexualidad:** identidad sexual, función sexual y reproducción.
9. **Afrontamiento/tolerancia al estrés:** forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.
10. **Principios vitales:** principios que subyacen en el pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contemplados como verdaderos o poseedores de un valor intrínseco.
11. **Seguridad/protección:** ausencia de peligro, lesión física o trastornos del sistema inmunitario, preservación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.
12. **Confort:** sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.
13. **Creimiento/desarrollo:** aumento de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.

3.3.2. El problema interdependiente o de colaboración

El **Problema Interdependiente (PI)** es un *problema real o potencial que se centra en la respuesta fisiopatológica del individuo* (a un tratamiento, enfermedad o estudio diagnóstico), *y que los enfermeros son responsables de su identificación, de su tratamiento y de la vigilancia de su evolución en colaboración con los otros profesionales.* Se formulan utilizando terminología médica.

Va a generar intervenciones autónomas e intervenciones por delegación y queda definido por M. T. Luis Rodrigo como *aquellos problemas relacionados con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta de éste como de la evolución de la situación patológica, aunque la atención enfermera siga centrada en el usuario.*

Las actividades que se desprenden de esta dimensión de la actuación enfermera, del mismo modo, no son independientes sino de colaboración. Existen dos formas distintas en las que pueden darse los problemas interdependientes:

- **Problemas interdependientes como situación real** en la cual el paciente ya sufre una patología y requiere, por un lado, de su vigilancia y control de las complicaciones propias, y por otro, de la aplicación del tratamiento prescrito.
- **Problemas interdependientes como situación potencial** ("de riesgo") en la que el paciente tiene el riesgo de desarrollar una patología médica.

Por tanto, un PI es un problema real o potencial derivado de la enfermedad, en el que la actuación de la enfermera se orienta a la realización de actividades de tratamiento y control prescritas por otros profesionales pertenecientes a otras disciplinas de la salud. El control de la enfermera se va a centrar en la monitorización del inicio o cambio del estado de las complicaciones fisiológicas; por tanto, el objetivo central de enfermería será prevenir y vigilar la aparición o el estado de un trastorno.

De este modo, la clave para distinguir si cierta complicación fisiológica de un paciente es un problema interdependiente o un diagnóstico enfermero, radica en realizar el interrogante de si la enfermera en ese caso es capaz de evitar el inicio de la complicación o de proporcionar el tratamiento primario. En caso afirmativo, el problema surgido es un diagnóstico de enfermería.

El tratamiento que se desprende del problema de colaboración y que busca alcanzar unos resultados deseados es prescrito tanto por el médico como por la enfermera.

3.4. ETAPA DE PLANIFICACIÓN

La tercera etapa del PAE implica poner en marcha un plan de cuidados cuyo objetivo sea alcanzar unas metas con el paciente y realizar una serie de actividades de enfermería de manera que sea posible solucionar el problema de salud del paciente. Esta etapa se inicia después de identificar los diagnósticos enfermeros. Un plan de cuidados ha de incluir los problemas independientes (DDddEE), ordenados según su importancia, los objetivos (resultados que se espera alcanzar) y las acciones o actividades que se van a emprender para conseguirlos.

Esta etapa se lleva a cabo en tres fases:

1. **Se fijan las prioridades sobre los diagnósticos enfermeros detectados**, para saber qué acciones de cuidados deben realizarse en primer lugar y cuáles posteriormente. En general, se suele utilizar la jerarquización de necesidades de Maslow: necesidades fisiológicas, de seguridad, de afecto y de pertenencia y autorrealización. En el momento en el que se detecte y sea emitido más de un diagnóstico enfermero habrá que realizar un proceso de priorización para decidir sobre cuál de ellos es conveniente actuar en primer lugar.
2. **Se establecen los objetivos-resultados esperados**, para lo que se elaboran sobre la base del orden de prioridades antes fijado. Cada diagnóstico de enfermería tiene su propio objetivo (metas que se proponen alcanzar). Al marcar un objetivo, se predice una evolución positiva de la persona, una vez realizados los cuidados enfermeros. En relación con la persona, los objetivos o metas favorecen su participación en el proceso terapéutico, ya que:
 - Ayudan a centrar su atención en la tarea a realizar.
 - Movilizan y estimulan su esfuerzo hacia una meta en concreto.
 - Aumentan la constancia del individuo para alcanzar el objetivo marcado.
 - Estimulan la creación de estrategias para la consecución del objetivo en el menor tiempo posible.

Si se extrapolan estas nociones a la práctica, es posible encontrar, por ejemplo, que en los centros de salud existen manuales de protocolo para el tratamiento de los problemas interdependientes en los cuales se tiende a generar su hábito de actuación centrado en la realización de intervenciones sin haber generado previamente una serie de objetivos o resultados que orienten en el plan de cuidados.

El objetivo o resultado es una variable cuantificable en un proceso, que va a representar a un sujeto y que orientará las intervenciones enfermeras.

Se trata de la meta que el paciente debe alcanzar para solucionar el problema de salud detectado. Por ello, el objetivo ha de ser consensuado con el propio paciente para tener la certeza de que se plantea un objetivo alcanzable, que motive al sujeto y que no sea ambicioso.

Pregunta Clave

La diferencia fundamental entre los diagnósticos enfermeros y los problemas interdependientes es que:

1. Para los primeros la enfermera es responsable y para los segundos no.
2. Los diagnósticos enfermeros son secundarios, mientras que los problemas interdependientes son los principales.
3. La enfermera toma decisiones independientes en ambos tipos de problemas, pero en el primer caso es la única responsable y en el segundo comparte la responsabilidad.
4. El médico es el único responsable para problemas interdependientes, mientras que comparte responsabilidad con la enfermera en los diagnósticos enfermeros.
5. Los problemas interdependientes son los principales y los diagnósticos enfermeros son siempre secundarios.

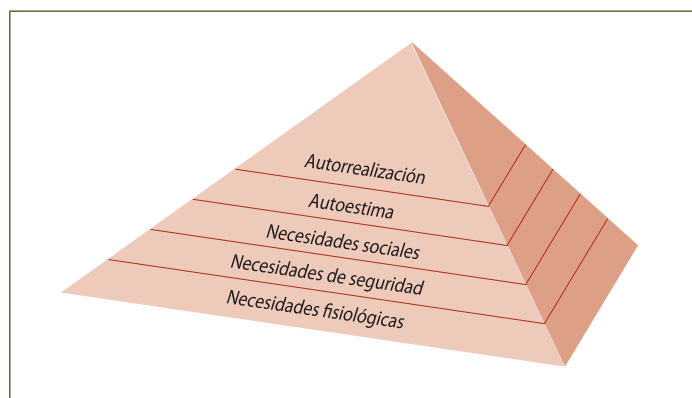


Figura 21. Representación gráfica de las necesidades de Maslow

El objetivo emitido debe indicar tres conceptos:

- Las acciones que se tienen que realizar para lograr el resultado planteado.
- Las características específicas del logro a alcanzar y que la enfermera va a utilizar como medida para evaluar la eficacia de sus intervenciones.
- En qué momento se espera que el objetivo haya sido cumplido.

De este modo, el registro de este elemento del plan de cuidados incluye cinco componentes:

- **Sujeto:** quién es la persona que se espera logre el resultado.
- **Verbo:** qué acciones debe realizar para lograr el resultado. Siempre se enunciará en una forma verbal futura, dado que es una meta a alcanzar (p. ej.: el paciente beberá tomar 100 cm³ de agua cada dos hora).
- **Condición:** bajo qué circunstancia va a realizar las acciones.
- **Criterio:** en qué medida tiene que llevar a cabo las citadas acciones.
- **Momento específico:** cuándo se espera que se efectúe.

Un ejemplo de objetivo enunciado es el siguiente: *la madre bañará al RN con la ayuda de la matrona y siguiendo sus instrucciones hasta el alta en una semana*, de donde se desprende:

- Madre: sujeto.
- Se bañará: verbo (en tiempo futuro).
- Siguiendo sus instrucciones: criterio.
- En una semana: tiempo.
- Con ayuda de la matrona: condición.

Recuerda

IDEA CLAVE: La etapa de PLANIFICACIÓN también se nombra como PLAN DE CUIDADOS. Es importante distinguir estos términos con el de PROCESO DE ENFERMERÍA (PAE).

Los objetivos del paciente deben ser lo más específicos posible de forma que estén claramente orientados a aquellos cambios que se esperan conseguir en el paciente. Para ello, se puede enunciar un determinado objetivo general, que se centra en solucionar y tratar el problema de salud, y una serie de objetivos específicos. Para emitir un correcto planteamiento de los objetivos específicos, la enfermera deberá desarrollarlos desde el análisis de la causa o causas del diagnóstico enfermero detectado.

Las normas para establecer objetivos son las siguientes:

- Tener en cuenta la necesidad y/o la respuesta humana alterada.
- Fomentar la participación activa de la persona en los cuidados. Por eso se ha reconocido como más oportuno redactar los objetivos en términos de conducta esperada (p. ej.: María caminará sola).
- Indicar lo que se pretende hacer, quién lo hará, cuándo, cómo, dónde y en qué medida se realizará.

Recuerda

Existen dos tipos de objetivos: los objetivos de enfermería o criterios de proceso y los objetivos del paciente o criterios de resultado.

Los objetivos de enfermería dirigen las actuaciones hacia tres áreas del paciente: encontrar recursos de adaptación, buscar nuevos sistemas de adaptación y conocer su estilo de vida, ayudándole a modificarlo.

Los componentes de los enunciados de los objetivos son, por tanto: sujeto, verbo, condición, criterio y tiempo. A veces no es imprescindible la presencia de estos cinco componentes para establecer un enunciado correcto. Han de ser realistas, proponer objetivos alcanzables y tener en cuenta el factor tiempo y la consecución de los mismos. Por tanto, se establecerán como sigue:

- A corto plazo: uno, dos o tres días.
- A medio plazo: una semana.
- A largo plazo: semanas, meses o hasta el alta.

Los objetivos-resultados esperados se clasifican en tres áreas:

- Cognitiva.
- Afectiva.
- Psicomotora.

3. Se determinan las actividades de enfermería (éstas van dirigidas a proporcionar bienestar, prevenir complicaciones, promover, mantener y restablecer la salud). Las actividades o intervenciones enfermeras se pueden dividir en dos tipos:

- Aquellas intervenciones autónomas de cuidados enfermeros incluidas en una dimensión independiente.
- Aquellas intervenciones enfermeras autónomas incluidas en una dimensión interdependiente, relacionadas con los cuidados técnicos y médicos.

Las actividades enfermeras se diseñarán orientadas hacia tres áreas principales:

- La realización de valoraciones que 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.

Las dos cuestiones que determinan las intervenciones que prescribe la enfermera son las siguientes:

- Cuáles son las causas (factores relacionados) subyacentes al problema del paciente.
- Qué puede hacerse para prevenir o eliminar esos factores.

A partir de este punto, la pregunta que se planteará para enumerar las intervenciones a realizar en el plan de cuidados es cómo es posible hacer que las intervenciones sean lo suficientemente específicas para alcanzar los resultados esperados en un paciente.

En un sentido más pragmático, se debe tener en cuenta siempre que se vaya a realizar un plan de cuidados que para enunciar tanto los objetivos como las intervenciones enfermeras, hay que prestar atención a los componentes del diagnóstico enfermero que se está trabajando. De esta forma, para enunciar el objetivo general a alcanzar se tiene que tomar como referencia el problema o la etiqueta del diagnóstico, y para plantear los objetivos específicos y las intervenciones enfermeras habrá que tomar como referencia la etiología enunciada.

Los planes de cuidados proporcionan pautas para la posterior evaluación de los mismos, dirigen la atención de enfermería y diferencian actuaciones de rol autónomo con las del resto del equipo de salud. Los planes de cuidado pueden ser:

- **Individualizados:** se elaboran y registran para cada situación concreta de cada paciente particular.
- **Estandarizados:** son los protocolos de enfermería perfeccionados; resultan útiles cuando los problemas son habituales o predecibles en relación con un determinado proceso patológico, ofrecen garantías de calidad, agilizan la tarea del profesional, pero siempre deben individualizarse para que queden descritas las necesidades específicas de cada persona.
- **Informatizados:** base de datos con planes de cuidado estandarizados, se selecciona lo que nos es útil en cada situación.

3.4.1. Los objetivos y las actividades clasificados en las taxonomías NOC y NIC

Para trabajar los objetivos e intervenciones propias del plan de cuidados se pueden utilizar las taxonomías NOC y NIC que clasifican y estudian ambos elementos respectivamente (Tabla 20).

A continuación, se desarrollan las características más importantes de ambos.

NANDA (Segunda taxonomía)	NOC	NIC
Dominio	Dominio	Campo
Clase	Clase	Clase
Eje	Resultado	Intervención
	Indicador	Actividad

Tabla 20. Conceptos claves en las nuevas taxonomías

Nursing Outcomes Classification (NOC). Clasificación de Objetivos de Enfermería (COE)

Moorhead, Johnson y Mass definieron los objetivos como indicadores para la selección de las intervenciones de enfermería y de los criterios para su evaluación.

La utilización de los criterios de resultados del paciente sirve como herramienta de evaluación para determinar el éxito de una intervención enfermera. Dicha evaluación se realizará mediante los indicadores.

Los resultados del plan de cuidados describen el estado, las conductas, las respuestas y los sentimientos de un paciente derivados de los cuidados proporcionados y se van a organizar en categorías originando la clasificación NOC.

La clasificación NOC posee cuatro términos fundamentales para su comprensión:

- **Dominio:** es el nivel más abstracto de la clasificación y con ellos se pretenden identificar resultados de comportamiento o de conducta de la persona que están relacionados con la salud.
- **Clase:** dentro de los dominios, van a describir resultados más concretos.
- **Resultados:** representan el nivel más concreto y describen los cambios modificados o mantenidos que se intentan alcanzar en los pacientes como consecuencia del cuidado enfermero. Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. Describen el estado, conductas, respuestas y sentimientos de un paciente derivados de los cuidados proporcionados.
- **Indicador:** se trata de las variables cuantificables con las que se evalúa el logro de los resultados. Cada indicador cuenta con una escala tipo Likert para realizar dicha evaluación. Un indicador es la variable más específica de un resultado. Definen un estado, conducta o auto-percepción a un nivel más concreto y observable y van a recoger distintos aspectos del resultado y pueden servir de resultados intermedios.

Un ejemplo de lo anteriormente expuesto es el siguiente:

- Dominio: conocimiento y conducta en salud.
- Clase: conocimiento sobre la salud.

COMPONENTES DE UN RESULTADO NOC
Etiqueta
Definición
Indicadores
Escala de medida
Bibliografía

Tabla 21. Componentes de un resultado NOC

CONCEPTO CLAVE EN NOC	SINÓNIMO
Resultado	- Objetivo - Criterio de resultado

Tabla 22. Tabla de sinónimos

- Resultado: conocimientos: procedimientos terapéuticos, cuya definición es: *grado de comprensión transmitido sobre los procedimientos requeridos dentro de un régimen terapéutico.*
- Indicador: descripción del procedimiento terapéutico.

Cada resultado NOC se compone de una etiqueta, una definición de dicha etiqueta, unos indicadores y las referencias bibliográficas utilizadas. Johnson, Maas y Moorhead, de la Universidad de Iowa, han clasificado los resultados que la enfermera puede plantearse en consenso con el sujeto en un total de siete dominios.

Para codificar los dominios se utilizan números enteros del 1 al 7. Las clases se codifican con letras del alfabeto en mayúscula (A-X) y las minúsculas para las clases que van apareciendo mediante las investigaciones. Los resultados se representan por cuatro dígitos, siendo el primero el 0001.

Por tanto, como una de las principales finalidades de la NOC es medir resultados, existe, como ya se ha mencionado un sistema de escalas para que se pueda realizar una evaluación de los mismos. De esta forma, los indicadores incluidos de cada resultado también pueden ser valorados mediante una escala de medida tipo Likert, cuyos valores se encuentran en el intervalo de 0 a 5 puntos.

A continuación se enumeran los siete dominios recogidos en la NOC con su definición correspondiente:

1. **Salud funcional:** resultados que describen la capacidad y la realización de las tareas básicas de la vida.
2. **Salud fisiológica:** resultados que describen el funcionamiento humano.
3. **Salud psicosocial:** resultados que describen el funcionamiento psicológico y social.
4. **Conocimiento y conducta en salud:** resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad.
5. **Salud percibida:** resultados que describen impresiones sobre la salud individual.
6. **Salud familiar:** resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento en salud de la familia en conjunto o de un individuo como miembro de la familia.
7. **Salud comunitaria:** resultados que describen la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o población.

Nursing Interventions Classification (NIC). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)

La NIC, o la Clasificación de Intervenciones Enfermeras, según sus autoras McCloskey y Bulechek de la Universidad de Iowa, es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería.

El lenguaje NIC incluye todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto aquellas independientes como las que provienen de problemas de colaboración. Asimismo, se recogen los cuidados directos e indirectos. Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición de la misma, un conjunto de actividades que indican las acciones y las referencias bibliográficas utilizadas.

La clasificación NIC posee cuatro términos fundamentales para su comprensión:

- **Campo:** es el nivel de mayor abstracción. Cada conjunto de cuidados que se relacionan con un aspecto del individuo es unificado por un campo.
- **Clase:** aumenta su grado de concreción en la clasificación. Identifica cuidados relacionados concretamente con algún aspecto de un determinado campo.
- **Intervención:** se trata del mayor nivel de concreción de la clasificación. Son los distintos tratamientos relacionados con cada aspecto contenido en cada clase. Cada intervención se desarrolla con actividades concretas.
- **Actividades:** tareas de enfermería que pueden ser delegadas. Las actividades concretas se codifican añadiendo al código de la intervención un decimal para cada una de dichas actividades.

Un ejemplo de lo descrito aquí es el siguiente:

- **Campo:** fisiológico básico.
- **Clase:** actuación ante la eliminación.
- **Intervención:** cuidados de la incontinencia intestinal, que se define como “estimulación de la continencia intestinal y mantenimiento de la integridad de la piel perianal”.
- **Actividad:** determinar la causa física o psicológica de la incontinencia.

A día de hoy, la clasificación consta de siete campos cuya codificación se realiza mediante un número entero del 1 al 7; el código para codificar el *nivel clase* se basa en letras del alfabeto, mayúsculas, de la A a la Z para nombrar las 26 primeras clases y en minúsculas para nombrar las restantes. Para la codificación de las intervenciones se utiliza un número de cuatro cifras.

A continuación se desarrollan los campos incluidos en la clasificación NIC y su definición. A cada campo le sigue su definición, que supondrá la integración de cuidados dirigidos a algún aspecto concreto de la persona o grupo:

1. **Fisiológico básico:** funcionamiento físico del organismo.
2. **Fisiológico complejo:** regulación homeostática del organismo.

COMPONENTES DE UNA INTERVENCIÓN NIC
Etiqueta
Definición
Actividades
Bibliografía

Tabla 23. Componentes de una intervención NIC

3. **Conductual:** funcionamiento psicosocial y la promoción de los cambios en el estilo de vida de la persona.
4. **Seguridad:** protección contra los peligros para la persona, tanto de carácter físico como psicológico.
5. **Familia:** unidad familiar, centrado en alguno de sus miembros o en el conjunto de la familia.
6. **Sistemas de salud:** promoción del uso eficaz de los sistemas de prestación de asistencia sanitaria por parte de los usuarios de dicho sistema.
7. **Comunidad:** fomento y promoción de la salud de la comunidad.

3.5. ETAPA DE EJECUCIÓN

Una vez finalizada la planificación se inicia la cuarta etapa del proceso, la ejecución, que está íntimamente ligada a ella. En esta etapa se ponen en práctica las actividades de enfermería, sin olvidar seguir recogiendo datos y valorando la conducta del enfermo mientras se realizan éstas, para conseguir los objetivos que se han propuesto.

Al inicio de las actividades, la enfermera revisa el plan de cuidados y tiene en cuenta los recursos materiales y humanos de que dispone. Es responsable de los cuidados que ejecuta, tanto los derivados de intervenciones independientes como de las interdependientes y sus acciones han de ser seguras.

La etapa de ejecución puede dividirse en tres fases: una fase de **preparación**, que supone un seguimiento mental de todas las fases anteriores, antes de actuar; una de **intervención**, que implica la realización de las intervenciones programadas; y una de **documentación**, donde se describe la forma en la que se han llevado a cabo los cuidados. Los cuidados han de contemplar a la persona holísticamente.

3.6. ETAPA DE EVALUACIÓN

Es la etapa final del proceso de enfermería, en ella se comparan la situación real del enfermo con los objetivos (resultados esperados) anteriormente fijados. Al evaluar se obtiene conocimiento de en qué medida el enfermo ha progresado, así como de la eficacia de los cuidados. La finalidad es triple: evaluar el progreso del paciente, el propio método y la calidad profesional.

La evaluación tiene varios tipos de resultados posibles:

- **Resultados positivos:** la persona ha logrado cumplir los objetivos.
- **Resultados negativos:** la persona no ha logrado cumplirlos. Se inicia el proceso de retroalimentación.
- **Resultados anticipados:** son resultados positivos o negativos que se han producido antes de realizar las actividades.
- **Resultados inesperados:** resultados negativos que surgen a raíz de una complicación. No existe relación entre las actividades efectuadas y los mismos. Se inicia el proceso de retroalimentación. El proceso de retroalimentación es el proceso de enfermería a la inversa. Cada etapa es revisada, analizada y, si se precisa, modificada.

En el caso de haber seguido la taxonomía NOC para la formulación de los objetivos del paciente en la etapa de planificación, ahora, se tendrán a disposición todos los indicadores que fueron señalados como variables evaluadoras. Durante esta última etapa, dichos indicadores pueden analizarse de nuevo de forma que permita valorar el logro de los objetivos o criterios de resultados y, por tanto, la efectividad de las intervenciones empleadas.

Cuando se han cumplido todos los objetivos y no se identifican nuevos problemas, se puede dar por finalizado el plan de cuidados y la persona recibe el alta. En el caso de que el paciente permanezca dentro del dispositivo de atención sanitaria, por ejemplo por seguir necesitando atención médica, se volverá a realizar una nueva valoración de enfermería, haciendo del proceso enfermero un método circular y continuo. En esta nueva valoración es posible detectar nuevos diagnósticos dentro del mismo proceso o situación de alteración de la salud del paciente.

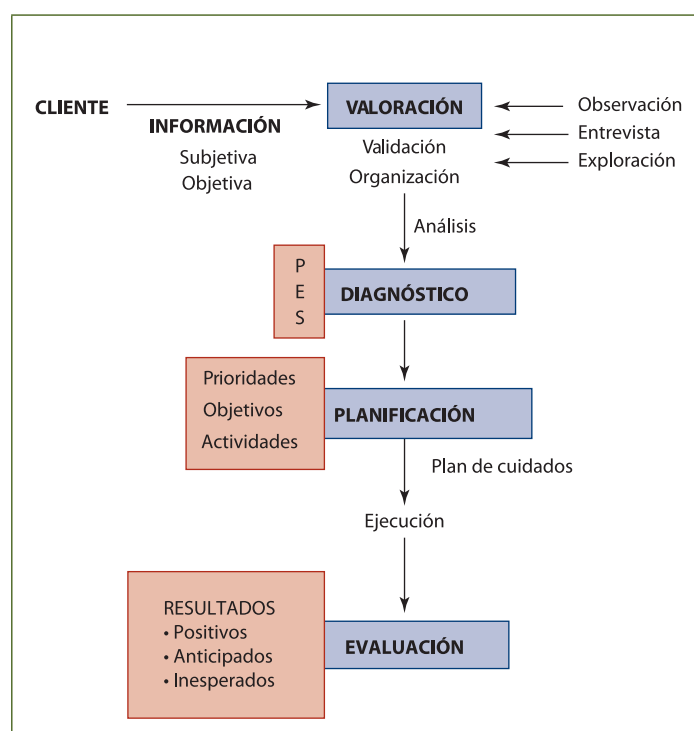


Figura 22. Proceso de atención de enfermería

3.7. CONCLUSIÓN

A modo de concreción, se puede concluir que la enfermera dirige sus cuidados enfermeros en dos niveles diferentes de participación, que los hace distintos en el grado de responsabilidad de la propia enfermera. Estos niveles incluyen el área independiente y el área interdependiente de la enfermera.

Están situados en el área independiente cuando las intervenciones enfermeras se hallan dirigidas tomando como base un diagnóstico enfermero y, por tanto, se podrá actuar de manera autónoma y con total responsabilidad sobre los resultados logrados. En la historia de enfermería se registrará el problema de salud del paciente que está dirigiendo la acción mediante el formato PES para los diagnósticos enfermeros.

Se está en el área interdependiente cuando las actuaciones estén dirigidas por la aparición de un problema interdependiente o de colaboración, bien sea real (p. ej.: en el caso de la pauta médica de administración de un tratamiento farmacológico) o bien potencial (p. ej.: si se trata de la complicación potencial de una patología determinada). Este área de intervención no requiere una mayor priorización en el quehacer diario de la enfermería, a pesar de que esté vinculado a otros profesionales.

Ambas áreas afectan a todas las etapas del PAE, aunque cada una requiere de un enfoque diferente por parte de la enfermera. Quedan obsoletas, por tanto, las clasificaciones previas referentes a la áreas de actuación de la enfermera en la que se incluía una tercera dimensión dependiente que correspondía a las órdenes médicas. Actualmente, las intervenciones delegadas por el profesional médico son pautas médicas (y no órdenes), y en todo caso son negociables en cuanto a su adecuación y a su beneficio para el paciente, en lo referente a la vía de administración, etc., ya que se trata de una actuación de colaboración y no de dependencia.

3.8. CASOS DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Caso práctico. PAE de la Sra. García, 31 años

VALORACIÓN

Diagnóstico médico: Contusión cerebral.

Datos subjetivos:

Dice que le duele la cabeza y que se mareo cuando levanta la cabeza de la almohada.

Dice: "no puedo quedarme en la cama y usar la cuña como me han dicho".

Datos objetivos:

Talla 1,60; Peso 72 kg; Tª: 36,8 °C; FC 78 lx, rítmico; TA 128/72.

Mueve todas las extremidades con la misma fuerza.

Pupilas iguales y reactivas a la luz.

Perfusión i.v. en el brazo derecho con una frecuencia de 30 ml/h.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alto riesgo de lesión r/c mareo.

Alto riesgo de alteración de la eliminación urinaria r/c incapacidad para usar el orinal.

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

C.P. Aumento de la presión intracraneal s/a contusión.

PLANIFICACIÓN

CRITERIOS DE RESULTADOS:

1. Alto riesgo de lesión r/c mareo.

- 1.1. El paciente reconocerá la sintomatología que pueda aumentar el riesgo de lesión.

2. Alto riesgo de alteración de la eliminación urinaria r/c incapacidad para usar el orinal.

- 2.1. La paciente identificará los problemas reales r/c el uso del orinal.

- 2.2. La paciente conseguirá el nivel deseado de independencia en el autocuidado evidenciado por la vigilancia de los patrones propios de micción.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

1. Alto riesgo de lesión r/c mareo.

Intervenciones para el objetivo 1.1.

- 1.1.1. Ayudar a identificar sintomatología de riesgo para evaluar la capacidad de la paciente para manejar la situación.

2. Alto riesgo de alteración de la eliminación urinaria r/c incapacidad para usar el orinal.

Intervenciones para el objetivo 2.1.

- 2.1.1. Desarrollar con la paciente estrategias para hacer frente al uso del orinal.

Intervenciones para el objetivo 2.2

- 2.2.1. Establecer un plan para obtener la independencia en el autocuidado propio, consistente con las limitaciones.

Segundo caso. PAE de la Sra. Nogales, 54 años

VALORACIÓN

Diagnóstico médico: infarto agudo de miocardio.

Datos subjetivos:

Dice que "está preocupada por tener que permanecer en cama durante 3 semanas como la vez anterior".

Se queja de falta de apetito desde hace 3 días y que no ha defecado desde hace 5 días.

Datos objetivos:

Talla 1,80; Peso 72 Kg; Tª: 36,5°; FC 64 lx, rítmico; TA 140/92

Dos zonas de presión enrojecidas en ambos talones.

Aportes 24 horas: 2.400 ml. Pérdidas 24 horas: 1.000 ml.

Oxigenoterapia: 4 l/min mediante cánula.

Sueroterapia con potasio en el brazo izquierdo a 100 ml/h.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Estreñimiento r/c inactividad m/p ausencia de defecación desde hace 5 días.

Deterioro de la integridad cutánea r/c encamamiento m/p áreas enrojecidas por la presión en ambos talones.

Alto riesgo de afrontamiento individual inefectivo r/c prescripción de reposo en cama.

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

C.P. Sobrecarga de líquidos.

PLANIFICACIÓN

CRITERIOS DE RESULTADO

1. Estreñimiento r/c inactividad m/p ausencia de defecación desde hace 5 días.

1.1. El paciente experimentará aumento de la frecuencia de defecación obteniendo el alivio inmediato.

2. Deterioro de la integridad cutánea r/c encamamiento m/p áreas enrojecidas por la presión en ambos talones.

2.1. El paciente mantendrá la piel intacta en el área enrojecida.

3. Alto riesgo de afrontamiento individual inefectivo r/c prescripción de reposo en cama.

3.1. El paciente desarrollará un repertorio de respuestas y mecanismos de defensa adecuados.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Intervenciones para el objetivo 1.1.

Recomendar cambios de dieta para aumentar su volumen.

1.1.2. Recomendar la ingesta de ocho vasos de agua al día.

1.1.3. Recomendar el uso de suplemento de fibra una vez al día mientras recibe medicación astringente.

Intervenciones para el objetivo 2.1.

2.1.1. Mantener la piel limpia y seca.

2.1.2. Lubricación cutánea y cambios posturales.

2.1.3. Vigilancia y evaluación de la zona con registro periódico.

El paciente desarrollará un repertorio de respuestas y mecanismos de defensa adecuados.

3.1.1. Ayudar al paciente a identificar la necesidad que desea cubrir u objetivo que desea obtener para potenciar la participación en el proceso de afrontamiento.

Bibliografía

- Alfaro-Lefevre, R. *Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración*. 5.ª ed. Barcelona: Masson, 2003.
- Alfaro-Lefevre, R. *Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería*. 4.ª ed. Madrid: Elsevier, 2009.
- Benavent A, Ferrer E, Francisco del Rey C. *Fundamentos de Enfermería*. Enciclopedia S.21. Madrid: DAE, 2003.
- Benavent A, Ferrer E, Francisco del Rey C. *Fundamentos de Enfermería*. En: Enciclopedia: Enfermería S21. Madrid: DAE, 2009.
- Bulechek, G. M.; Butcher, H. K.; McCloskey, J. (eds.). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 5.ª ed. Madrid: Elsevier, 2009.
- Carpenito-Moyet, L. J. *Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería*. 4.ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 2005.
- Gordon, M. *Diagnóstico enfermero: proceso y aplicación*. 3.ª ed. Madrid: Mosby-Doyma, 2000.
- Johnson, M., et al. (eds.). *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2.ª ed. Madrid: Elsevier, 2006.
- Luis, Mª T (dir.). *Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica*. 8.ª ed. Barcelona: Masson, 2008.
- Luis, Mª T; Fernández, C.; Navarro, Mª V. *De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. 3.ª ed. Barcelona: Masson, 2005.
- McCloskey, J; Bulechek, G. M. (eds.). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 5.ª ed. Madrid: Elsevier, 2009.
- Moorhead, S.; Johnson, M.; MAAS, Meridean (eds.). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 4.ª ed. Madrid: Elsevier, 2009.
- NANDA. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011*. Madrid: Elsevier, 2010.
- Orem D. E. *Normas prácticas en Enfermería*. Madrid: Ediciones Pirámide, 1983.
- Orem D. E. *Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la Práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1993.