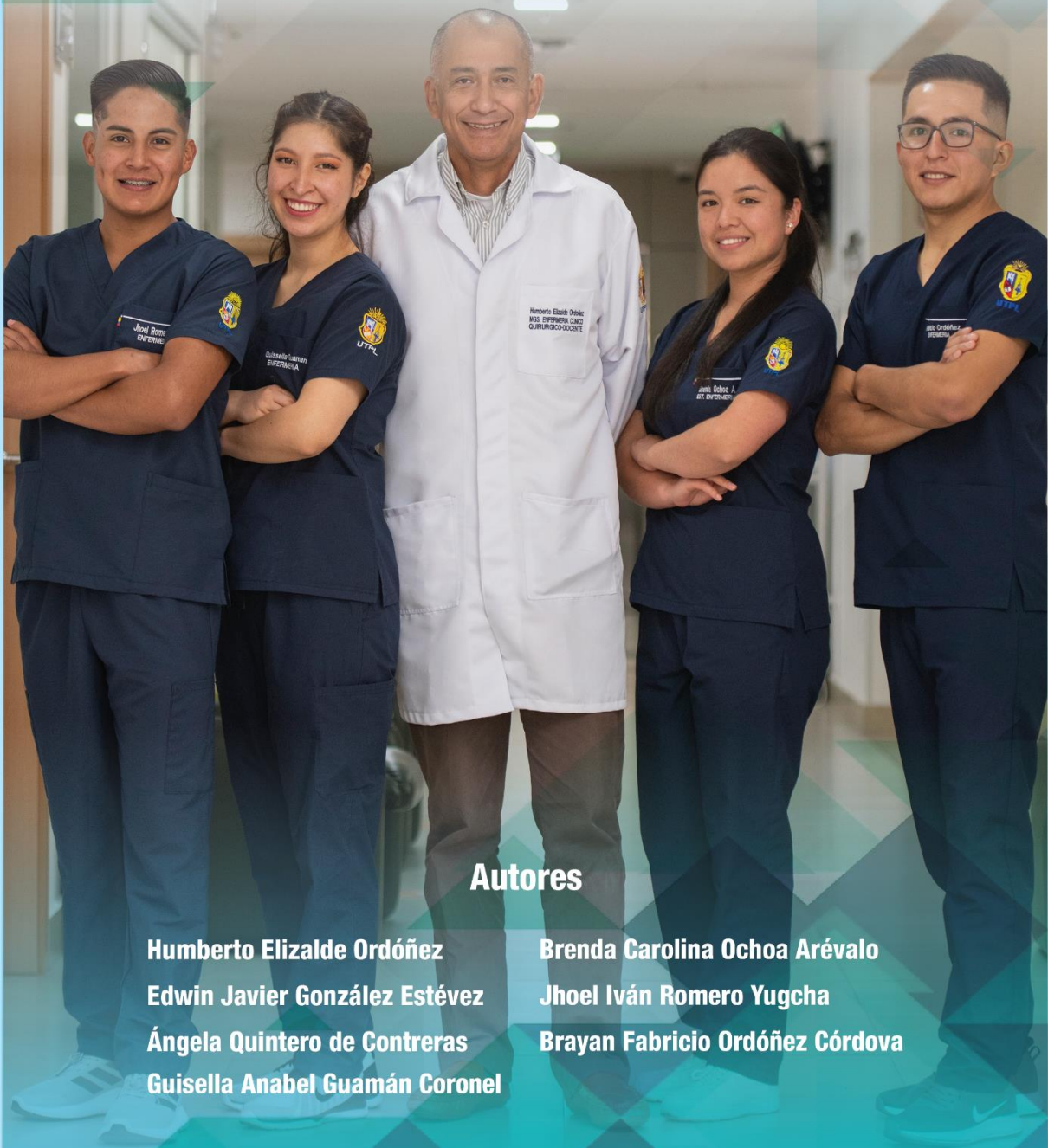


REALIDAD DEL ESTUDIO DE LAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA.

Perspectiva actual para pregrado



Autores

Humberto Elizalde Ordóñez
Edwin Javier González Estévez
Ángela Quintero de Contreras
Guisella Anabel Guamán Coronel

Brenda Carolina Ochoa Arévalo
Jhoel Iván Romero Yugcha
Brayan Fabricio Ordóñez Córdova

REALIDAD DEL ESTUDIO DE LAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Perspectiva actual para Pregrado



REALIDAD DEL ESTUDIO DE LAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Perspectiva actual para Pregrado

Autores

Humberto Elizalde Ordóñez
Edwin Javier González Estévez
Ángela Quintero de Contreras
Guisella Anabel Guamán Coronel
Brenda Carolina Ochoa Arévalo
Jhoel Iván Romero Yugcha
Brayan Fabricio Ordóñez Córdova

La presente obra fue evaluada por pares académicos experimentados en el área.

Catalogación en la Fuente:

Realidad del estudio de las teorías de enfermería. Perspectiva actual para pregrado / Humberto Elizalde Ordóñez, Edwin Javier González Estévez, Ángela Quintero de Contreras, Guisella Anabel Guamán Coronel, Brenda Carolina Ochoa Arévalo, Jhoel Iván Romero Yugcha, Brayan Fabricio Ordóñez Córdova. – Guayaquil: CIDE, 2021

211 p.: incluye tablas, cuadros, gráficos
ISBN: 978-9942-844-55-2

1. Enfermería

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquiera otro, sin la autorización previa por escrito al Centro de Investigación y Desarrollo Ecuador (CIDE).

ISBN: 978-9942-844-55-2

Edición con fines académicos no lucrativos
Impreso y hecho en Ecuador.
Dirección editorial: Lic. Pedro Naranjo Bajaña, MSc.
Coordinación técnica: Lic. María José Delgado
Diseño gráfico: Lic. Danissa Colmenares
Diagramación: Lic. Alba Gil

Fecha de publicación: diciembre, 2021
Centro de Investigación y Desarrollo Ecuador
Cdl. Martina Mz 1 V. 4 Guayaquil, Ecuador
Tel.: 00593 4 2037524
<http://www.cidecuador.org>



Guayaquil – Ecuador

Contenido

Prólogo	7
---------------	---

Capítulo 1

Enseñanza - aprendizaje sobre las teorías de enfermería

Aprendizaje sobre las teorías de enfermería	10
Desconocimiento de las teorías de enfermería	11
Metaparadigmas de las teorías de enfermería	27
Valores profesionales	35
El profesional de enfermería como líder	37
Referencias.....	40

Capítulo 2

Clasificación de los modelos teóricos conceptuales

Importancia del conocimiento de los modelos teóricos	44
Teorías de enfermería	46
Avances cronológicos de las teorías de enfermería	49
Épocas trascendentales de las teorías de enfermería	52
Clasificación de Suzanne Kérouac	69
Clasificación de Marriner y Raile	81
Referencias.....	87

Capítulo 3

Desarrollo profesional y aplicación de teorías de enfermería

Desarrollo profesional de enfermería	90
Etapas de enfermería	92
Aplicación de teorías de enfermería	98
Aspectos de la práctica de enfermería	103
Competencias de enfermería	104
Práctica de enfermería	107
Referencias.....	113

Capítulo 4
Postulados teóricos de enfermería según los niveles de atención de salud

Características de los niveles de atención en salud	118
Funciones de enfermería por niveles de atención	122
Importancia del conocimiento de postulados teóricos en los estudiantes de pregrado	126
Postulados teóricos de enfermería que se pueden aplicar en el primer nivel de atención	129
Postulados teóricos de enfermería que se pueden aplicar en el segundo y tercer nivel de atención	152
Referencias.....	159

Capítulo 5
Guía de aplicación del proceso enfermero direccionada al ámbito comunitario

Introducción	165
Objetivos	166
Definición y perspectiva del proceso de atención de enfermería	167
Taxonomías	183
Referencias.....	206
Galería de autores	207

Prólogo

La obra es uno de varios libros que son el resultado de un esfuerzo conjunto de estudiantes y docentes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Tecnológica Particular de Loja de Ecuador, en su afán de visibilizar elementos epistemológicos pensados para discentes, educadores y licenciados, de Hispanoamérica. Es así como, el manuscrito desvela constructos y modelos que le dan forma al desempeño profesional, en un momento crucial de la salud mundial en el que su rol ha sido destacado por la Organización Mundial de la Salud.

En ese sentido, representa un aporte al corpus de conocimiento de enfermería porque describe algunos fundamentos específicos de la ciencia enfermera y su aplicación específica en el campo escenario comunitario.

Las teorías son cuerpos organizados de conocimiento para definir de que se trata, qué hacen los profesionales de enfermería y por qué lo hacen. En general, proporcionan una forma de definir la enfermería como una disciplina única con un aporte social muy concreto. Además, representa un marco de conceptos y propósitos destinados a orientar el ejercicio a un nivel más concreto y específico.

La enfermería, está comprometida con el reconocimiento de su propio cuerpo incomparable de conocimiento como requisito vital para la práctica denominada la ciencia enfermera. Para distinguir esta base de conocimiento para poder identificar, desarrollar y comprender conceptos y teorías propias.

Cuatro conceptos principales están frecuentemente interrelacionados y son fundamentales para la teoría de la enfermería: persona, medio ambiente, salud y enfermería. Estos cuatro se conocen colectivamente como metaparadigmas de enfermería.

En una profesión, los valores son estándares de acción preferidos por expertos y grupos profesionales y establecen marcos para evaluar el comportamiento. La enfermería es una profesión arraigada en la ética, los valores, en los que se incluyen el altruismo, la autonomía, la dignidad humana, la integridad, la honestidad y la justicia social. Los valores éticos fundamentales generalmente se comparten dentro de la comunidad global y son un reflejo del enfoque humano y espiritual de la profesión de enfermería.

El estudio de la historia de la enfermería permite comprender de manera más completa los problemas que actualmente afectan a la profesión, como el salario, la regulación, la escasez, la educación, la definición de la práctica, la autonomía y la unidad. Los profesionales que ejercen estas disciplinas no pueden abordar eficazmente estos importantes problemas sin una base de conocimiento histórico. Entonces, examinar la historia establece su importante papel en el sistema de atención de salud y específicamente en cada nivel, incluso permite verla como una fuerza política importante.

En ese sentido, el proceso de enfermería aplicado al campo comunitario se caracteriza por ser interpersonal sistemático, científico, dinámico y continuo en el que los profesionales de enfermería y los usuarios son vistos como un sistema en el que cada uno afecta a uno y al otro y ambos se ven afectados por los factores dentro del comportamiento grupal.

Dr. José Ivo Contreras Briceño
Universidad Tecnológica Particular de Loja

CAPÍTULO 1

ENSEÑANZA-APRENDIZAJE SOBRE LAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA



Capítulo 1

Enseñanza - aprendizaje sobre las teorías de enfermería

Aprendizaje sobre las teorías de enfermería

Los modelos y teorías conceptuales han existido desde que Florence Nightingale (1820-1910) propuso sus ideas sobre la enfermería, a medida que la ciencia y la investigación iban avanzando, otros autores se destacaban planteando teorías modernas acorde a los sucesos destacados en distintas épocas.

De esta manera, los postulados teóricos proponían mejorar la calidad de vida de las personas, brindar los cuidados necesarios de manera individualizada, abarcando todas las insuficiencias que podía presentar una persona que se encontraba en un momento crítico de su salud. Cada postulado teórico se originaba a partir de las manifestaciones clínicas que se desarrollaban a causa de diferentes enfermedades que requerían cuidados continuos.

Además de centrarse en la salud de los pacientes, las teorías de enfermería abordan la relación que el paciente tiene con su entorno, con su familia y con la capacidad de adaptarse al tratamiento y mejorar sus estilos de vida.

Las teorías de enfermería son conceptos interrelacionados de interés para la disciplina de enfermería y elemento indispensable para su práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir, explicar y predecir el fenómeno del cuidado. (Gutiérrez y Gallard, 2020, p. 130).

De acuerdo a investigación realizada por León Román (2016), donde cita a Raile Alligood (2011) expone que la autora presenta cuatro tipos de teorías clasificados en cuatro categorías a saber: Filosofías en enfermería (Nightingale, Watson, Benner, entre otros) modelos conceptuales en enfermería (Orem, Levine, Rogers, Neuman, entre otros) teorías en enfermería (Meleis, Newman, Husted, Rizzo Parse) y teorías intermedias en enfermería (Mercer, Mishel, Barker, Swanson).

Como profesión, la enfermería trata de identificar su cuerpo de conocimientos propio esencial para su práctica, esto es, las ciencias de la enfermería. Para identificar esta base de conocimientos, los enfermeros deben desarrollar y reconocer conceptos y teorías que son específicos de su disciplina.

Dado que las teorías en otras disciplinas se desarrollaron y usaron mucho antes que la mayoría de las teorías de la enfermería, resulta útil explorar brevemente el modo en que estas se han usado (Berman y Snyder, 2013).

Desconocimiento de las teorías de enfermería

Durante el proceso de enseñanza-aprendizaje en la universidad, se inicia la formación académica con cátedras según cada ciclo, incrementando nuevos componentes progresivamente. Durante el inicio académico, no se considera necesario conocer sobre las teorías de enfermería quizá porque en el transcurso de proceso educativo o en ciclos superiores se conocerá de ellas, pero ¿Qué tan necesario es conocer sobre estas teorías desde el inicio de la preparación académica?

Las teorías de enfermería son planteadas por varios autores que el estudiante desconoce; únicamente se mencionan los mismos autores de siempre, que, sin menospreciar su labor, han conseguido grandes logros para el desarrollo de esta disciplina.

Es necesario saber que en el campo de la enfermería existe varios conocimientos, fenómenos y eventos en el área de la salud que surgen día a día, planteando la necesidad de ser mejorados y relacionados con toda la parte holística del ser humano.

Por esta razón, se debe conocer la mayoría de las teorías de enfermería que existen hasta la actualidad, con el fin establecer una correlación entre cada una de estas teorías que contribuyen al cuidado, solución de problemáticas y solución de las necesidades que tiene el ser humano.

La enfermería ha evolucionado gracias al desarrollo de las teorías que son parte fundamental para el sustento del conocimiento de la disciplina. En este sentido, nacen por la necesidad de delimitar el objeto de estudio, por tener un cuerpo de conocimientos propio, diferenciarse de la práctica médica, y pasar de una ocupación a profesión.

Actualmente existe un pluralismo teórico que refleja esa evolución, teniendo como resultado una amplia gama de posibilidades para guiar el cuidado al paciente (Salas-Martínez et al., 2007).

Hoy día es importante reflexionar sobre los conocimientos teóricos que sustentan la disciplina de enfermería; estas bases teóricas son clara evidencia del resultado de investigación, sirven

como guía práctica de asistencia, docencia, investigación y administración. Presentan una evolución del cuidado, fundamentada en conocimientos científicos comprobados, ideal para el aprendizaje y práctica del estudiante de enfermería, permitiéndole incrementar sus fortalezas académicas y conocimientos en el desarrollo de la práctica clínica y en la investigación.

Es ideal para que el estudiante de enfermería desde sus inicios de preparación académica consolide sus conocimientos en cuanto al aprendizaje teórico y práctico, con la capacidad de elaborar planes de cuidados fundamentados en las teorías de enfermería direccionada de forma particular al mejoramiento de cada paciente.

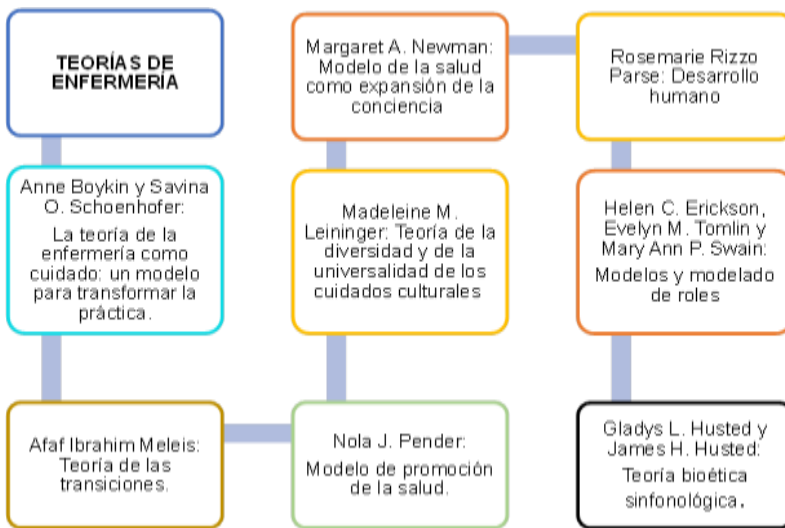
Las teorías nacen por necesidad de delimitar tanto la naturaleza del objeto de estudio de la disciplina, como el ámbito de actuación profesional; al cuestionarse qué hacen sus profesionales, por qué lo hacen, cómo lo hacen y cuál es el camino a seguir para el incremento del cuerpo de conocimientos propio.

De esta manera, la enfermería inicia una transición de ocupación a profesión, de realizar tareas a ejercer una actividad intelectual y de cumplir órdenes a controlar autónomamente su proceso de trabajo.

Definitivamente este salto cualitativo, consolidó a la enfermería como una disciplina formada en bases científicas, con un cuerpo de conocimientos propio y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población, diferenciándola de manera importante de la práctica médica (Salas-Martínez et al., 2007, p. 37).

En la actualidad, enfermería usa sus propios modelos teóricos para comprender el estado de salud de cada persona y brindar su atención efectiva para mejorarla, así como su estado de ánimo y a la vez, para comprender los factores que influyen en la disminución de una calidad de salud. También incorpora acciones para promover estilos de vida saludables y lograr una buena calidad de vida. Atiende la parte holística del ser humano, considerado cada una de sus necesidades en relación a la parte física, espiritual y emocional, logrando fortalecer sus capacidades por medio de un estructurado plan de cuidados.

Figura 1
Teorías de enfermería



Nota. Información tomada de: León Román, C. A. L. (2017). Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista Cubana de enfermería*, 33(4). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587/301>.

Importancia de las teorías en la disciplina

El desarrollo de enfermería como disciplina ha permitido el ingreso de enfermeras y enfermeros a programas de aprendizaje científico respecto a posgrados, maestrías y doctorados, que promueven el continuo interés de superación profesional, desarrollando habilidades y conocimientos en el campo de la investigación. Como resultado de un arduo esfuerzo de educación continua, se ha logrado desarrollar modelos conceptuales y teorías de enfermería que definen y fundamentan la disciplina en cuanto a su razón de ser, en base a principios científicos y filosóficos. La generación y expansión de estos principios han logrado su aplicación diaria desde la formación del profesional de enfermería hasta la práctica profesional.

La acción de cuidar requiere para su identificación como ciencia práctica, del uso de distintos modelos y teorías que delimiten su campo de acción. Partiendo del hecho de que toda teoría se fundamenta en una práctica, es importante mencionar que dicha teoría genera conocimientos que facilitan la praxis. Además, ayuda a organizar la información en sistemas lógicos, aportando métodos para la recogida fiable y veraz de los datos y facilitando una medida para evaluar la efectividad real de los cuidados.

En definitiva, puede decirse que la teoría sirve de guía en la investigación de temas científicos dentro de la enfermería, es ideal para ampliar los conocimientos del ejercicio profesional ya que con a los planteamientos teóricos se aporta autonomía de acción y conducen al desarrollo de un cuidado diferenciado y específico (Moretón, 2012).

La continua evolución y progreso en la investigación han permitido mejorar los planteamientos teóricos de enfermería, fundamentados en principios éticos, filosóficos y científico que demuestran un pensamiento crítico en cuanto a la práctica de la profesión.

Se aplican a la práctica mediante el Proceso de Atención de Enfermería, al proporcionar el mecanismo, a través del cual, el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas de las personas, la familia o la comunidad (León Román, 2017).

Salas Martínez et al., (2007)

Las bases teóricas ayudan en la continua descripción, explicación, predicción de los fenómenos propios de la disciplina y la práctica. Así mismo, resulta incuestionable reconocer la importancia que representan las teorías para Enfermería, al brindar una visión de los principios, valores y supuestos ontológicos (saber, saber ser y saber hacer) que guían su práctica. (p. 38)

Por lo tanto, el desarrollo teórico ocurre dentro del contexto de la disciplina, que se relaciona con los conceptos que se describen en forma específica o explican fenómenos, tales como salud, entorno, persona y cuidado (elementos del metaparadigma) actuando como reglas o leyes que se han respaldado a través del tiempo y se han comprobado mediante la investigación y que se hacen más exactos al comprobarlos a través de teorías (De Villalobos, 2001, p. 92 citado en Salas Martínez et al., 2007).

Para su desarrollo, la disciplina deberá sustentarse en aspectos como: la pluralidad, (múltiples interpretaciones de la realidad y del cuidado); evolución contextualizada (según el momento histórico) y el soporte fundamental a través de la indagación científica (Salas Martínez et al., 2007, p. 38).

Figura 2

Teorías de enfermería de importancia histórica



Nota. Información tomada de León Román, C. A. (2017). Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista Cubana de enfermería*, 33(4). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587/301>.

Saberes de enfermería

La enfermería, se ha formado en base a la evidencia científica y al accionar humanístico que van enfocados en brindar cuidados de calidad enmarcados en una atención integral; esta calidad no solo depende de los conocimientos alcanzados y de las habilidades y destrezas que se obtienen durante la formación profesional, sino también va a depender de la actuación profesional y de las competencias del saber, saber ser y saber hacer, que establecen el rol de la enfermería en la sociedad.

El profesional de enfermería demuestra competencia cuando emplea de manera efectiva, una combinación de conocimientos y habilidades con criterio y juicio clínico para la praxis y desempeño laboral fundamentado en el actuar humanístico.

Los saberes de enfermería establecen una adecuada gestión del cuidado y en las prácticas de atención, contribuyen a disminuir las inequidades, un acceso limitado a los servicios y sobre todo favorecen a la atención segura y de calidad.

Las acciones de enfermería en situaciones concretas y complejas de un paciente, proponen que dicho paciente experimente mejoramiento en su salud mediante una buena práctica garantizada en base al conocimiento de enfermería y del cumplimiento de su rol en las instituciones y servicios de salud.

La enfermería tiene la capacidad de crear planes de cuidado que van más allá de la técnica rutinaria y de la tradición. Estos cuidados se fundamentan en la estructura y organización del

conocimiento de la disciplina, promueve la comunicación creando un pensamiento y lenguaje entre quienes tienen el propósito de favorecerla continuidad, eficiencia y ética en el cuidado de la salud del ser humano en todas sus etapas de vida.

El saber

Son todos los conocimientos teóricos y prácticos que el profesional de enfermería ha ido adquiriendo durante su desarrollo profesional. Son todas las técnicas eficaces que enfermería ejecuta en el cuidado del paciente, los conocimientos del profesional de enfermería se nutren diariamente con la continua preparación e investigación en los avances científicos de la salud.

El desarrollo permanente del profesional exige una diaria capacitación y aumento de sus conocimientos que le permitan ejecutarla reflexión y la capacidad de pensar de manera crítica y realista en la práctica y solución de conflictos durante sus labores como profesional de enfermería.

El saber de enfermería, involucra conocimientos, metodologías y técnicas conceptuales destinadas a la enseñanza por conceptos, hechos y modelos; tal saber, exige ser internalizado por la persona que lo adquiere mediante la demostración, comprobación y manejo conceptual que pueda tener de él. Esto último significa que la persona debe ser capaz de comunicar o expresar el conocimiento con claridad y con términos apropiados (Camargo Uribe y Hederich Martínez, 2010).

Ahora en la actualidad, el saber no demanda únicamente del manejo de los conocimientos mediante uso de facultades de la memoria o del lenguaje hablado o escrito o de los análisis y síntesis, sino también demanda de un desarrollo de un juicio crítico para diseminar lo verdadero de lo falso y para saber determinar lo que está bien, para determinar lo relevante de lo menos relevante, e incluso de las capacidades de flexibilidad y apertura para la integración de nuevos conocimientos y de esta forma el profesional de enfermería se pueda anticipar a lo que puede venir en el desarrollo y práctica de su profesión.

Dentro del saber de enfermería se abordan competencias específicas como el talento para promover el proceso de aprendizaje continuo de manera individual, grupal y comunitaria dentro de una sociedad para la promoción del autocuidado y la mejora de los estilos de vida en relación a su entorno y medio ambiente, teniendo como aliada a la investigación para resolver problemas de salud en la práctica de la enfermería y también considerando la capacidad para usar la tecnología y la informática de enfermería, en conjunto con la utilización de instrumentos inherentes del cuidado.

Una educación que garantice el conocimiento pertinente promueve una “inteligencia general” apta para referirse al contexto, a lo global, a lo multidimensional y a la interacción compleja de los elementos. Esta inteligencia general se construye a partir de los conocimientos existentes y de la crítica de los mismos. Los profesionales de enfermería durante su formación reciben una educación que garantiza su formación profesional, brindándole conocimientos teóricos y prácticos que les permita resolver problemas con seguridad y eficacia. (Aranibar, 2010)

El saber hacer

El profesional de enfermería es capaz de aplicar sus conocimientos en el ámbito asistencial para la solución de problemas mediante habilidades y destrezas que guíen las buenas prácticas de enfermería. El saber hacer, son todos los métodos de trabajo que reflejan la calidad profesional en todas las actividades que participa la disciplina.

Cada una de las intervenciones realizadas por el enfermero/a están respaldadas por conocimientos y evidencia científica que a medida que van avanzando también van incrementando los conocimientos en enfermería, que permite ejecutar acciones más apropiadas, con la finalidad de lograr un mejor estado de salud del paciente y la vez promover esta salud durante mucho tiempo.

Las últimas investigaciones en enfermería, han servido de motivación para que el enfermero/a continúen aprendiendo sobre temas de actualidad que contribuyan a una mejor atención y a un cuidado eficaz, tomando como referencia algunos modelos y teorías que abordan contenidos desde la promoción de la salud hasta como ayudar al paciente para que tenga una mejor adaptación en su entorno.

El profesional de enfermería considera al paciente como ser holístico, desde este punto le permite brindar los principales cuidados y solventar las necesidades que requieren una rápida intervención, todo esto requiere tener una conciencia verdadera sobre el desempeño y todas las medidas que se ejecutan durante el ámbito asistencial.

Existe una correlación entre el saber y el saber hacer, una vez que se tienen los conocimientos previos, la segunda función permite al enfermero/a desempeñarse en sus distintos roles con sus competencias productivas.

Finalmente se puede decir, que el saber hacer en enfermería, incluye tanto el ámbito de las habilidades como el de las destrezas, las cuales requieren ser enseñadas a través de métodos y técnicas que enfatizan los procedimientos; implica, asimismo, no sólo un saber técnico, sino también un saber práctico y pragmático, que hace posible que las cosas se lleven a cabo con eficiencia, flexibilidad y seguridad.

El saber hacer, supone manejar instrumentos, objetos o conocimientos con pericia activa, que posibilita que las cosas se realicen o se materialicen in situ (Colchón et al., 2018) y el enfrentar las incertidumbres implica la toma de decisiones, empieza a funcionar el concepto ecología de la acción, es decir, se desencadena una serie de acciones y reacciones que afectan al sistema global y que no podemos predecir (Aranibar, 2010).

Nos hemos educado aceptablemente bien en un sistema de certezas, pero nuestra educación para la incertidumbre es deficiente. Una forma eficaz que el profesional de enfermería enfrente sus incertidumbres es la continua preparación, partiendo desde el primer saber que es la adquisición de conocimiento diariamente y buscando la superación continua, contribuyendo al desarrollo de la profesión, la seguridad de conocimientos y técnicas, permiten al enfermero y enfermera desenvolverse completamente en sus actividades, reflejando la calidad profesional en el saber hacer de la disciplina.

El saber ser

El saber ser de enfermería, forma parte del vínculo de las emociones y conocimientos adquiridos y perfeccionados en la práctica y en la diaria convivencia con los pacientes. Es un principio de profesionalización que consiste en aplicar todas sus capacidades emocionales en el desempeño de sus funciones de manera productiva.

Por otra parte, el ser en enfermería, señala el ámbito de los valores y de las actitudes, las cuales han de ser concretadas en el profesional, mediante metodologías y técnicas que promuevan lo actitudinal. Esto significa que la persona ha de ser educada en la dimensión ética de sus principios y valores morales, como un ser íntegro capaz de compartir y convivir con sus semejantes, de influir en el medio social, aportando sus perspectivas o visiones personales acerca de las cosas y del mundo, como también de ser capaz de aceptar y tolerar lo diferente o lo diverso, de escuchar y respetar otras visiones diferentes a las suyas (Colchón et al., 2018).

Enfermería es una profesión humanística, sobre todo en el cuidado humanizado, con la clara convicción de ayudar y proteger la vida de una persona, utilizando todos sus conocimientos, modelos filosóficos y técnicas de atención, enfermería se centra en la persona, valorándola como un ser único que necesita una atención holística para encontrarse en su máximo potencial de vida, salud física y salud emocional.

Es claro que el humanismo se establece en la reflexión filosófica, como un fin y valor superior en el mundo, motivando con ello un interés centrado en el hombre y en todo lo que es humano. La preocupación máxima del hombre debe ser el propio

hombre, constituyéndose en el ideal por desarrollar en cada individuo lo humano. En términos generales el humanismo se define como la actitud centrada en el interés de lo humano, en el pleno desarrollo y bienestar de lo que el hombre es, desde las perspectivas biológica, psicológica, social, cultural y espiritual (Meza-Galván, Rodríguez-Nava, y Gómez-Lamadrid, 2009).

El saber ser de enfermería también implica ser responsable ante las propias decisiones y de hacerse cargo de lo que estas decisiones impliquen en un futuro, por otra parte, el profesional de enfermería debe estar comprometido con las tareas que se le han sido encomendadas y ejecutarlas de la mejor manera posible, siempre buscando la excelencia profesional. Debe ser empático con las personas de su entorno, en especial con sus pacientes y equipo de trabajo, debe adaptarse a las nuevas realidades y modos de vida. El saber ser siempre se encamina al enlace emocional y sentimental basado en las conductas éticas y morales que posee cada individuo, buscando aportar a la sociedad y a fermentar el buen vivir.

Por lo tanto, la profesión de enfermería, desde el pregrado, debe orientar su quehacer diario en la práctica del cuidado humano, por medio del desarrollo y aplicación de competencias propias de la profesión, orientando sus acciones al bienestar social en conjunto con otras disciplinas, y nunca perdiendo la razón del ser de la enfermería, como una magnífica profesión comprometida con la vida y salud humana, considerando siempre las dimensiones de la persona: física, mental y espiritual, por lo cual resulta fundamental conservar y procurar la salud de la persona en todos sus aspectos.

En este mismo orden de ideas (Aranibar, 2010) menciona que además de las éticas particulares, la enseñanza de una ética

válida para todo el género humano es una exigencia de nuestro tiempo. Morín presenta el bucle individuo - sociedad - especie como base para enseñar la ética verdadera.

El profesional de enfermería durante el desempeño de sus funciones pone en evidencia su formación académica, tanto en conocimientos como en valores, para conseguir la satisfacción de las necesidades humanas considerando al ser humano como una persona que requiere una atención basada en la bioética que garantiza una excelente conducta profesional, está formada por principios éticos y valores morales que brindan la máxima calidad de atención al paciente, también permite tomar las mejores decisiones en cuanto a los cuidados ya todo lo relacionado con el paciente.

Figura 3
Saberes de enfermería



Nota. Información tomada de: Colchón Alcántara, K. J., Núñez Flores, O. L. (2018). *Cuidado humano: Saber, ser y hacer del estudiante de enfermería, según la teoría de Jean Watson en una Universidad Nacional de Lambayeque 2016 - 2017*. World Organization. <https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/1642/BC-TES-TMP-481.pdf?sequence=1>

Metaparadigmas de las teorías de enfermería

Figura 4

Elementos metaparadigmáticos de la enfermería



Nota. Información tomada de: Morales Valdivia, E., Rubio Contreras, A. M., & Ramírez Durán, M. del V. (2012). Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería. *Revista Científica de Enfermería*, (4),1–17. <https://doi.org/10.14198/recien.2012.04.06>.

Los metaparadigmas son la visión global de la profesión, surgen en la necesidad de establecer los fenómenos que deben ser investigados para proporcionar una perspectiva universal de la enfermería. El metaparadigma identifica el campo de estudio, relacionando conceptos que aborden una perspectiva única y diferenciada a partir de las teorías de enfermería, integran definiciones conceptuales de persona, entorno, salud y cuidado, dotando a la disciplina de un significado concreto y exclusivo.

Los metaparadigmas expresan la estructura más abstracta y global de la disciplina de enfermería, esta se expresa en los siguientes postulados:

Persona

Ser humano con funciones biológicas, sociales y simbólicas; con potencial para aprender y desarrollarse. Sujeto a las fuerzas de la naturaleza es capaz de autoconocerse, interpretar experiencias y llevar a cabo acciones beneficiosas que mejoren su autonomía. Es capaz de plantearse sus propias metas y efectuarlas de una u otra manera, adaptándose al entorno en el que se desarrolla. Es un ser creativo que crece en el campo psicológico, social, espiritual y físico, se mantiene en continuo contacto con su entorno – familia, donde el profesional de enfermería establece una relación terapéutica con el paciente y su entorno, ayudándole a mejorar su equilibrio dinámico con los campos antes mencionados y de esta manera se consiga la armonía total de la esencia de su ser (Morales et al., 2012).

Las dimensiones de la individualidad incluyen el carácter total de la persona, la autoidentidad y las percepciones. El carácter total de la persona comprende los comportamientos, el estado emocional, las actitudes, los valores, los motivos, las capacidades, los hábitos y las apariencias. La autoidentidad de la persona es la percepción de sí mismo como entidad única, separada y distinta, que interacciona con los demás. Las percepciones de la persona son la forma en que esta interpreta el entorno o la situación, y afectan de forma directa a su manera de pensar, sentir y actuar en una situación determinada. (Berman y Snyder, 2013)

Entorno

El entorno queda definido como los campos de energía que constituyen la persona y el entorno que son inseparables y se rigen por una serie de principios en el que el de helicidad explica la tendencia a la diversificación creciente y creativa con ritmos incesantes de renovación. Se considera el entorno como un ambiente cambiante con que debe poseer factores positivos y relevantes donde las personas interactúen y se relacionen entre ellas.

El profesional de enfermería busca mejorar el entorno del paciente, consiguiendo la comodidad y el confort en un lugar determinado y a la vez logrando construir un entorno seguro, donde el paciente mejore su estado de salud y se motive a practicar estilos de vida saludable. En este contexto la enfermera u enfermero instruye al paciente y a la familiar a ejecutar acciones que incrementen el autocuidado y aseguren un estado de salud óptimo para las distintas etapas de vida.

Salud

Sentimiento de bienestar, comodidad física y mental donde se alcanza un equilibrio, un nivel máximo de adaptación al entorno diferenciándola de las alteraciones y enfermedades importantes. Entendida como un estado integral caracterizado por la firmeza o totalidad de la estructura y el funcionamiento corporal, que implica un movimiento dirigido de personalidad y otros procesos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva y productiva tanto personal como en comunidad. El profesional de enfermería planifica, organiza y ejecuta planes de promoción de la salud y la prevención de enfermedades, dirigidos de forma personal, familiar y comunitaria.

Desde el primer nivel de atención el profesional de enfermería ejecuta acciones que protejan a la comunidad, ya sea mediante campañas de vacunación, programas de estilos de vida saludables dirigidos a mejorar la calidad de vida de cada persona, también realiza visitas domiciliarias mediante un seguimiento continuo para mejorar la salud de la familia, eliminar factores de riesgo que se encuentren en su entorno y sobre todo aportar a una buena interrelación entre los miembros de la familia.

Promoción de la salud

La promoción de la salud es un componente importante de la práctica de la enfermería. Es una forma de pensamiento que se mueve alrededor de una filosofía de totalidad, salud y bienestar.

En las dos últimas décadas, el interés y la conciencia sobre la promoción de la salud han aumentado en la opinión pública. Mucha gente conoce la relación que existe entre el estilo de vida y la enfermedad y está desarrollando hábitos de promoción de la salud, tales como una actividad física, reposo y relajación adecuados; mantenimiento de una buena nutrición y control del consumo del tabaco, el alcohol y otras drogas (Berman y Snyder, 2013).

El modelo de promoción de la salud propuesto por Nola Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables. Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y

el potencial humano. El MPS está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana (Ariztizábal, Blanco, y Sánchez, 2011, p. 17)

En el primer postulado plantea los procesos cognitivos en el cambio de conducta, incorpora aspectos de aprendizaje cognitivo y conductual. Determina que los factores psicológicos influyen en el comportamiento de las personas. Expresa cuatro requisitos para el fortalecimiento del comportamiento:

- 1) Atención: Implica estar atento ante cualquier cambio u acontecimiento que ocurra en el entorno de la persona.
- 2) Retención: Ejecutar un método que permita recordar lo que se aprendió, analizó y reflexionó en un momento determinado.
- 3) Reproducción: Práctica continua para mejorar la conducta, incorporando actividades que vayan en beneficio de un comportamiento armónico y repetitivo.
- 4) Motivación: Se crea una buena razón que inspire a generar cambios oportunos y adecuados para la incorporación de actividades recreativas y saludables en beneficio físico y mental.

El segundo planteamiento está direccionado a la conducta racional con un factor motivacional, que es la clave para conseguir un logro. Se evalúa todas las habilidades y destrezas de la persona en conjunto con su entorno que sirve de inspiración para generar pensamientos positivos sobre la elaboración, organización, desarrollo y cumplimiento de metas. En este planteamiento la persona se siente comprometida con la

intencionalidad y decisión dirigida al logro de metas y compromisos.

Y comprende seis conceptos:

- 1) Los beneficios percibidos por la acción: Son resultados positivos que se evidencian en respuesta a las buenas acciones y comportamientos de la conducta de salud, entre aquellos resultados se puede observar un mejoramiento físico, emocional y psicológico que genera satisfacción personal.
- 2) Barreras percibidas para la acción: hace alusión a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona, que puede generar un obstáculo para continuar con el compromiso del mejoramiento conductual, entre ellas puede existir la baja autoestima, la pérdida de empoderamiento personal y la falta de compromiso consigo mismo.
- 3) Autoeficacia percibida: Representa la percepción de competencia y capacidades de la persona para desarrollar y ejecutar una cierta conducta en relación a la motivación personal y al compromiso de acción y mejoramiento de la salud, en función de los objetivos y metas planteadas.
- 4) El afecto relacionado con el comportamiento: Comprende todas las reacciones emocionales en concordancia con los pensamientos positivos y favorables para una conducta saludable, el manejo de las emociones permite a la persona concentrarse en sus objetivos, ejecutando una autoevaluación sobre su avance y desempeño en el nuevo comportamiento.

- 5) Las influencias interpersonales: Considera a las personas que se comprometen a adoptar conductas y estilos de vida saludables, cuando las personas de su entorno esperan que se realicen estos cambios e incluso sirven como una red de apoyo emocional en la motivación diaria hacia una conducta promotora de salud, son personas influyentes en el incremento del compromiso personal para mejorar la salud.
- 6) Compromiso para un plan de acción: Constituye un precedente para el resultado final deseado, establecida como una acción promotora de la salud, en este compromiso se consolida la capacidad del control de la conducta, manejando distintas situaciones que no afecten a su desempeño y mejoría de la salud. Expresa resultados positivos en la salud como bienestar óptimo y cumplimiento personal dentro de la formación de una vida productiva (Ariztizábal, Blanco, y Sánchez, 2011, p.18).

Vista así, la promoción de la salud es una actividad clave en los diferentes ámbitos en que participan los profesionales de enfermería, esta consideración fundamenta la relevancia del trabajo de enfermería en los distintos lugares de atención, abordando la protección individual, familiar y comunitaria, manteniendo siempre la continua insistencia en promover la salud mediante hábitos, acciones y pensamientos enriquecedores de un buen estilo de vida.

Enfermería

La enfermería es una ciencia y disciplina humanística dedicada al cuidado y fortalecimiento de la salud de las personas. Nace del esfuerzo creativo de un ser humano por ayudar a otro u otros seres humanos. Se establece una relación terapéutica interpersonal con un perfil profesional específico ejerciendo roles, así mismo, dentro de un equipo transdisciplinario. La enfermera adquiere el rol de compañera, docente, asesora, líder e investigadora. Se caracteriza por tener diferentes habilidades que aportan al mejoramiento de la salud, en la autonomía, el dinamismo, la colaboración, la negociación y la coordinación para asistir al paciente, actúa como un agente promotor de la salud del ser humano en sus distintas etapas de vida.

La enfermera crea un vínculo de confianza con el paciente, logrando conseguir una participación activa en el mejoramiento y desarrollo óptimo de su salud. Su atención y cuidado lo ejecuta con verdadero humanismo, tratando de comprender y aportar a la arte física, espiritual y emocional del paciente.

También es importante considerar la formación ética y humanística de enfermera, su actuar diario está fundamentado en la bioética de su formación, que implica buscar el camino más adecuado para el cuidado y asistencia del paciente, considerando cada una de sus capacidades y para fortalecerlas, reconociendo también el valor de la persona, sin ningún tipo de discriminación racial o religiosa. Su participación refleja responsabilidad y conciencia de hacer el bien, siempre en beneficio del paciente y sobre todo asegurando la continuidad del cuidado para solventar las necesidades básicas que tiene el paciente.

Valores profesionales

Los valores son creencias y actitudes que denotan el valor esencial de la persona, son importante ya que determinas las acciones y decisiones del profesional, están enmarcadas en la bioética profesional de enfermería. La bioética es la ética aplicada a la vida o a a salud humana, se refiere a la práctica adecuada de la profesión, sin violentar la vida o la salud de las personas que requieren asistencia profesional de enfermería. Los valores entran en el campo moral de la profesión, del cómo debe ser la práctica profesional, lo correcto y lo bueno desde la conciencia propia del profesional de enfermería.

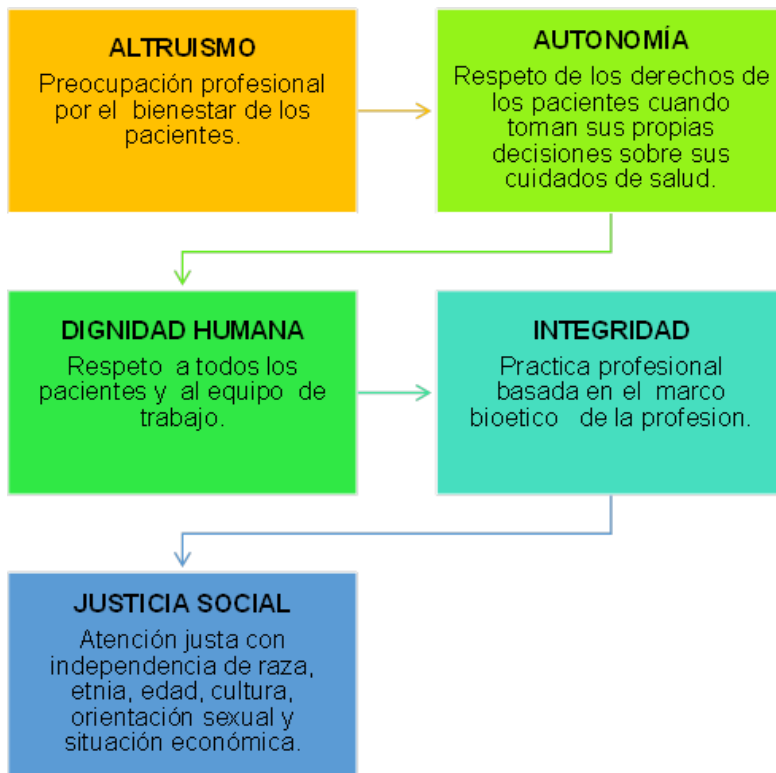
Los valores personales influyen en las interacciones con las personas y en la práctica profesional. La mayoría de las personas los adquieren de la sociedad o del subgrupo en que se desenvuelven (Reyes et al., 2012).

En relación con los valores profesionales, la profesión se define como la actividad personal, estable y honrada al servicio de los demás y en beneficio propio a impulsos de la propia vocación. Asimismo, la vocación es la elección de la profesión completamente libre. El sujeto se guía por sus propias cualidades y circunstancias.

Por tanto, las enfermeras desarrollan sus valores durante la integración en la profesión y mediante los códigos éticos de enfermería. El cuidado es su accionar fundamental, precisa ser coherente con principios, valores y actitudes que hagan de la vida un buen vivir y de la acción un reto a actuar en forma responsable. Por lo anterior, el reto de hoy es conservar los valores conquistados y que continúen desarrollándose en la esta profesión.

Estos valores también adquieren dentro de la formación académica, en la interacción diaria con el docente y en la simulación del manejo de un paciente, sobre todo en el momento que la estudiante practica un procedimiento destinado a la solvencia de las necesidades de un paciente o a su cuidado, e incluso, en el diálogo que se genera en el primer acercamiento de enfermera – paciente.

Figura 5
Valores esenciales en enfermería



Nota. Información tomada de Berman, A., & Snyder, S. (2013). *Fundamentos de Enfermería Kozier y Erb*. file:///C:/Users/juan%20santiago/Downloads/Fundamentos%20de%20Enfermería%20Kozier%20Erb%209a%20Ed_booksmedic os.org.pdf.

El profesional de enfermería como líder

La evolución de la enfermería ha permitido incorporar conceptos imperativos como la autonomía y el liderazgo que generan empoderamiento de la profesión como una disciplina autónoma que satisface las necesidades de los cuidados, asumiendo total responsabilidad en el campo asistencial, administrativo, investigativo y de docencia. La formación profesional de enfermería se proyecta con libertad y responsabilidad, guiadas por conocimientos científicos, actitudes y habilidades frente a los distintos roles que cumple enfermería.

La tendencia actual sobre el liderazgo, señala que este se considera un factor esencial, inherente a todas las teorías organizacionales, y para enfermería es una competencia fundamental en la estructura organizativa de las instituciones de salud, debido a la necesidad de contar con instituciones eficientes y competitivas, con recurso humano preparado en habilidades de gestión y liderazgo, que fomente las relaciones humanas centradas en la cultura, la comunicación y la comunidad; al tiempo que genere procesos de análisis y posibilidad de cambio en las organizaciones, para así lograr una mejor calidad de atención al paciente, impacto en el ambiente de trabajo y bienestar del personal.

Históricamente, los profesionales de enfermería, han emergido como líderes del equipo de salud, debido a su formación y desarrollo profesional, con una amplia visión del “ser humano”, del “cuidado” y de la “salud”, más allá de lo visible, que articula conocimiento y acciones necesarias para ofrecer asistencia creativa y de calidad. Poseen la capacidad de

coordinar equipos y desarrollar estrategias para el cumplimiento de metas y objetivos propuestos por los sistemas de salud (Cárcamo y Rivas, 2017).

El profesional de enfermería como líder, debe tener el conocimiento y la capacidad para ejecutar habilidades de liderazgo en todas las funciones de enfermería, debe poseer el talento e inteligencia para construir, promocionar y evaluar los distintos procesos de servicios de salud y educación continua del equipo profesional de enfermería dirigida a una renovación asistencial de alta calidad. Asimismo, debe destacar en el sentido ético, respondiendo al encargo individual, familiar y comunitario que la sociedad le ha encomendado, referido al cuidado humano con calidad, humanismo, universalidad y transparencia.

Utilización de las teorías de enfermería durante la formación académica:

La práctica de enfermería comprende experiencias y fenómenos que la enfermera encuentra cuando brinda cuidado; estos se originan en: el paciente, la relación enfermera-paciente, la enfermera y el contexto. Las teorías surgen de la práctica y de la investigación y al validarlas, se convierten en explicativas y directivas de la misma; la práctica basada en teoría se realimenta y por refinamiento metodológico, se convierte en autónoma y creativa. (Mejía Lopera, 2008, p. 1)

Según dado que la teoría de enfermería se usó principalmente para establecer un lugar para la profesión en la universidad, no debe sorprender que se asentara con más firmeza

en el entorno académico que en la práctica clínica (Berman y Snyder, 2013).

En las décadas de los años setenta y ochenta, muchos programas de enfermería señalaron los principales conceptos en uno o dos modelos de enfermería, organizaron estos conceptos en un marco conceptual y edificaron un plan de estudios completo en torno a ese marco.

El singular lenguaje de estos modelos se introdujo normalmente en objetivos de programas, cursos, descripciones de cursos y criterios de rendimiento clínico. El propósito era elucidar los significados centrales de la profesión y mejorar la situación de la misma.

La investigación en enfermería, identifica los supuestos filosóficos o marcos conceptuales a partir de los cuales se puede avanzar porque todo pensamiento, escrito y discurso, se basa en suposiciones previas sobre las personas y el mundo. Las nuevas perspectivas teóricas, ofrecen un servicio esencial al identificar las lagunas en la manera de enfocar campos de estudio específicos, como el tratamiento de los síntomas o la calidad de vida.

Diferentes perspectivas conceptuales también pueden ayudar a generar nuevas ideas, cuestiones de investigación e interpretaciones aportadas por el estudiante. Los planteamientos teóricos de enfermería, dirigen a la profesión a la investigación de nuevos sucesos científicos que aporten al enriquecimiento intelectual del estudiante de enfermería.

Cuando la teoría de enfermería se ha empleado en un centro clínico, su contribución principal ha sido facilitar un modo de reflexionar, cuestionarse o pensar sobre lo que hacen los profesionales de la enfermería. La práctica se basa en la aplicación de los conocimientos apropiados, fundamentados en la evidencia científica de la misma.

Referencias

- Aranibar Brañez, D. E. (2010). Los siete saberes según Edgar Morín. *Gaceta Médica Boliviana*, 33(1), 76-78
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662010000100015
- Ariztizábal, H. P., Blanco, R. M., & Sánchez, R. A. (2011). Enfermería universitaria: el modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, 8(4), 16-23..
<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
- Berman, A., & Snyder, S. (2013). Fundamentos de enfermería Kozier y Erb.
file:///C:/Users/juan%20santiago/Downloads/
- Cárcamo-Fuentes, C., & Rivas-Riveros, E. (2017). Estilo de liderança em profissionais de enfermagem segundo sua função nos setores público ou privado em Temuco, Chile, 2015. *Aquichan*, 17(1), 70-83.
<https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.7>
- Camargo Uribe, Á., Hederich Martínez, C. (2010). La relación lenguaje y conocimiento y su aplicación al aprendizaje escolar. *Folios*, segundo época, 31, pp.105-122.
<http://www.scielo.org.co/pdf/folios/n31/n31a08.pdf>

Colchón Alcántara, K. J., & Núñez Flores, O. L. (2018). *Cuidado humano: saber, ser y hacer del estudiante de enfermería, según la teoría de Jean Watson en una Universidad Nacional de Lambayeque 2016-2017*. Tesis de grado Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. <https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/1642/BC-TES-TMP-481.pdf?sequence=1>

Gutiérrez Berríos, Z.D., Gallard Muñoz, I.E. (2020). El cuidado humano y el aporte de las teorías de Enfermería a la práctica enfermera. *Revista cuatrimestral "Conecta Libertad"*, 4(2) pp-127-135. ISSN 2661-6904. <http://revistaitls.litslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/110>

León-Román C. (2017). Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista Cubana de Enfermería* 33 (4) [Internet]. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587>

Mejía Lopera, M. (2008). Aplicación de algunas teorías de enfermería en la práctica clínica. *Index de Enfermería*, 17(3), 197-200. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300010

Meza-Galván, M. Á., Rodríguez-Nava, V. F., & Gómez-Lamadrid, O. (2009). Humanismo en Enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17(2), 109–111. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24974>

- Morales Valdivia, E., Rubio Contreras, A. M., & Ramírez Durán, M. del V. (2012). Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería. *Revista Científica de Enfermería*, (4), 1–17. <https://doi.org/10.14198/recien.2012.04.06>
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/44871>
- Moretón, M. (2012). *Revisión bibliográfica: ventajas e inconvenientes de la aplicación de los Modelos de enfermería en la práctica*. Universidad de Cantabria. <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/883>
- Reyes, L. B., Badillo-Reyes, L., López-Castellanos, L., Ortiz-Ramírez, M. I., Isidoro Ortiz-Ramírez, M., Isidoro, M., ... Ortiz-Ramírez, I. (2012). Valores laborales prioritarios en el personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 20(2), 71–78. <http://www.medigraphic.com/pdfs/>
- Salas-Martínez, E. O., Sánchez-Figueroa, Y., & Ostiguín-Meléndez, R. M. (2007). Teorías de enfermería: un fundamento disciplinar. *Enfermería Universitaria*, 4(3). <https://scholar.google.es/scholar>

CAPÍTULO 2

CLASIFICACIÓN DE LOS MODELOS TEÓRICOS CONCEPTUALES



Capítulo 2

Clasificación de los modelos teóricos conceptuales

Importancia del conocimiento de los modelos teóricos

Uno de los desafíos más relevantes para los docentes de la carrera de enfermería, es la enseñanza de aspectos intangibles de la profesión, como sus bases conceptuales y teóricas.

En la educación superior surgen diferentes técnicas de enseñanza para el aprendizaje de los estudiantes, por ejemplo, en un estudio de España, se utilizó la metodología de gamificación por medio de un juego temático denominado “El juego de la enfermera teórica” con el objetivo de evaluar la satisfacción y la adquisición de conocimientos de pregrado para conocer las teorías y modelos de enfermería, obteniendo como resultado una puntuación media de 8,28 (Rodríguez et al., 2020).

En el caso de una conferencia tradicional, el proceso de aprendizaje es más complicado para los estudiantes, debido a que alrededor de los 10 a 20 minutos posteriores al inicio de la clase, se desconectan completamente de lo que expresa el docente. Por lo tanto, cada metodología de enseñanza-aprendizaje, tiene diferentes efectos en la actividad de los estudiantes (Bunce et al., 2010).

El aprendizaje de los contenidos teóricos y conceptuales durante el transcurso académico de la profesión de enfermería, es un aspecto fundamental que permite a los estudiantes: comprender, examinar, analizar e interpretar el desarrollo científico e investigativo de las teorizantes, que, a través de la

historia, lograron convertir a la enfermería en una disciplina científica. Así mismo, crearon, comprobaron y aplicaron sus bases teóricas, con la finalidad de ser consideradas guías profesionales y fomentar el desarrollo académico de los estudiantes de pregrado.

Figura 6

Objetivos de los modelos teóricos de enfermería



Nota. Información recopilada de: Potter, P., Perry, A., Stockert, P., & Hall, A. (2015). Fundamentos de enfermería (8a. ed.) Elsevier.er.

El marco teórico de los modelos y teorías de enfermería, permite al estudiante examinar y analizar datos del paciente en su práctica profesional aplicando el método científico del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), constituido por cinco fases esenciales: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación del paciente.

Por consiguiente, el enfoque teórico es una herramienta indispensable tanto para los profesionales de enfermería como estudiantes, con la finalidad de desarrollar el razonamiento, pensamiento crítico e inclusive fomentar la investigación e interpretar toda la información recopilada acerca del paciente y aplicar la práctica del cuidado de forma ordenada y eficaz (López-Parra et al., 2006).

En los primeros ciclos de la carrera, la mayoría de los estudiantes se preguntan sobre la necesidad de aprender las teorías y modelos de enfermería como antecedente en la práctica profesional, especialmente al considerar que las bases conceptuales pueden ser agobiantes o difíciles de comprender.

No obstante, mientras se incrementa el conocimiento sobre las teorías, proporciona al estudiante un sustento científico que lo ayudan a describir, profundizar, prescribir y explicar cómo, por qué y para qué las enfermeras utilizan los modelos de las teorizantes en sus prácticas asistenciales. (Sancho y Prieto, 2012)

Además, las teorías y modelos están cada vez más presentes en los programas formativos de enfermería que proporcionan las bases para comprender la realidad profesional, sobre todo a nivel de licenciatura, especialidad, maestría y doctorado.

Teorías de enfermería

Las teorías de enfermería son componentes esenciales para fomentar los avances científicos de la disciplina. El desarrollo de la teoría requiere un conocimiento de términos, definiciones y suposiciones eruditas, con el fin de llevar a cabo la revisión y análisis académico (Alligood, 2015).

Así mismo, proporcionan una guía para los estudiantes de pregrado con respecto a la toma de decisiones, resolver problemas y aplicar adecuadamente el método científico del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para las futuras intervenciones con sus pacientes.

Ahora bien, una teoría es de acuerdo (Fawcett, 2005 como se citó en Potter et al., 2015) “un medio de visualizar un conjunto de conceptos relativamente concretos y específicos y las proposiciones que describen o conectan estos conceptos.” (p. 41)

Otro concepto que la define es “conjunto de propuestas construidas sistemáticamente, utilizado para describir, predecir, explicar, entender y controlar una parte empírica del mundo”. (Colectivo de autores, 2008, p. 45)

Tipos de teorías

Existe una variedad de teorías en las cuales reflejan las intervenciones de enfermería en su campo laboral, sin embargo, se pueden dividir de acuerdo a: grandes teorías, teorías de rango medio, teorías descriptivas y teorías prescriptivas. (Potter et al., 2015)

Grandes teorías

Son aquellas que presentan un ámbito sistemático, consideradas completas. Dan a conocer una explicación más profunda por medio de la investigación, proporcionando una amplia variedad de ideas sobre la disciplina de enfermería.

Teorías de rango medio

A diferencia de las grandes teorías, son más limitadas y menos abstractas, ya que tratan de concentrarse en un fenómeno específico, en vez de abarcar una variedad de situaciones del cuidado de enfermería.

Teorías descriptivas

Consideradas como la parte inicial para el desarrollo teórico de las intervenciones de enfermería. Son aquellas que detallan los principales fenómenos, explicar la razón de los acontecimientos y describir sus consecuencias. Por otra parte, permiten explicar, relacionar y en ciertas ocasiones predecir los fenómenos enfermeros.

Teorías prescriptivas

Establecen las intervenciones enfocadas a un fenómeno, por tanto, dan a conocer las condiciones principales de lo que acontece a una prescripción y finalmente establecen las consecuencias. Además, las teorías están encaminadas a través de la investigación para comprobar la validez y predictibilidad de una intervención de enfermería.

Figura 7
Tipos de teorías



Nota. Información recopilada de: Potter, P., Perry, A., Stockert, P., & Hall, A. (2015). Fundamentos de enfermería (8a. ed.). Elsevier.

Avances cronológicos de las teorías de enfermería

Los avances de las teorías de enfermería a través de la historia, reconoce que antes de ser considerada una profesión estuvo sometida por cambios socioeconómicos, políticos, religiosos, estructurales y económicos de cada época. Por consiguiente, para mantener a los pacientes en óptimas condiciones de salud, por medio del fomento, promoción de salud o prevención de enfermedades; las enfermeras han creado

y utilizado modelos y teorías de pioneras de la disciplina, para mejorar las intervenciones en su práctica asistencial. Por tanto, cada generación va dejando su legado, es decir, cada enfermera a través de sus experiencias e investigaciones pertinentes han plasmado sus conocimientos como base de crecimiento profesional para las futuras generaciones (Reyes Gómez, 2015).

Además, con el pasar de los años la profesión ha tenido un ascenso fundamental y actualmente se la reconoce como una disciplina con sustento filosófico, metodológico, científico y tecnológico, elementos primordiales en los sistemas de salud para los ciudadanos. La enfermería revela una lucha continua por su autonomía y profesionalización, por tanto, en este apartado se da a conocer el constante ascenso de la disciplina ante una sociedad demandante de sus servicios.

En las civilizaciones antiguas como Egipto, Babilonia, India e Irlanda, así como las culturas hebreas, griega y romana, muchos siglos antes de Cristo, se encuentra al ser humano enfrentándose con los problemas relacionados con la lucha por la vida y ajustándose al ambiente con sus respectivos cambios para satisfacer sus requerimientos vitales (Reyes Gómez, 2015). La enfermería, en sus inicios asumió el papel de cuidadora a partir de la necesidad de atender a los enfermos que dependían de varios cuidados y técnicas para preservar su salud, especialmente dentro de su hogar, y posteriormente en centros religiosos, institucionales o sociales. A través del tiempo, existieron varios factores primordiales sobre la salud y enfermedad de las personas, relacionadas por los mitos o creencias religiosas de la sociedad (Gomis, 2012).

Por otra parte, este papel fue asumido especialmente por el sexo femenino, ligadas con la fertilidad (habilidad asignada a la mujer por determinación biológica), amas de casa, parteras, entre otros aspectos dentro de la comunidad. Así mismo, los cuidados eran practicados por sirvientas y esclavas que en algunas ocasiones las consideraron “enfermeras”, pero no era una profesión ni tampoco vocación, ya que, inicialmente seguían sus acciones por sentido común, obtenido por medio de la observación y experiencia; y de acuerdo con las distintas épocas han tenido que sobrellevar varios acontecimientos, formando lentamente sus conocimiento de forma estructural y sistematizada en la ciencia de la salud para ser consideradas en la actualidad como un profesional (Reyes Gómez, 2015).

La enfermería históricamente tiene su origen formal en la edad media con el fenómeno de las Cruzadas, evento que desembocó desplazamientos de inmensas masas de hombres y mujeres, mayormente de órdenes religiosas, dando como resultado un nuevo impulso a la creación de órdenes encargadas para asistir a heridos, enfermos y a la creación de hospitales siendo el cuidado considerado como una obra de caridad. Las implicaciones sociosanitarias de la Guerra de Crimea supusieron un impulso trascendental para la obra de Florence Nightingale y la profesionalización de la enfermería.

La historia de la enfermería profesional empezó con Florence Nightingale, quien después de la Guerra de Crimea, creó la primera escuela de enfermería en el hospital St. Thomas de Londres. Nightingale, declaró que el conocimiento enfermero era diferente del conocimiento médico, pero fue en la década de los cincuenta del siglo XX que se tomó en cuenta su iniciativa, conllevando a adquirir conciencia de desarrollar teorías con fundamentos científicos en el área de enfermería.

Figura 8

Épocas trascendentales de las teorías de enfermería



Nota. Información recopilada de: Alligood, M. R. (2015). *Modelos y teorías en enfermería*. (8va. ed.). Elsevier

Épocas trascendentales de las teorías de enfermería

Con el pasar del tiempo enfermería aspiraba ser una profesión y disciplina académica, sin embargo, por varias épocas históricas se negaron en aceptar aquella petición. Las enfermeras, no se desanimaron y siguieron generando conocimientos aún más especializados por medio de sus prácticas cotidianas.

Además, existieron varios periodos que explican el proceso que atravesó enfermería hasta ser reconocida como una profesión:

La época del plan de estudios

Abordó los contenidos que debían estudiar los estudiantes para mejorar un plan de estudios normalizados en el cuidado y conocer acerca de las bases de su vocación. Durante la década de los treinta se tuvo la idea de tener una formación de enfermería en diplomatura de las facultades y escuelas universitarias, pero fue a mediados del siglo XX que se tomó en cuenta aquella recomendación. Finalmente, la insistencia de aquella época abrió la era de la investigación, para adquirir un conocimiento sustantivo que orientara la práctica de la enfermería.

Época de la investigación

Este período se inició a mediados del siglo XX, cuando el personal de enfermería completaba su formación superior, en poco tiempo varias figuras empezaron a comprender que la investigación se considera el camino o la guía para alcanzar nuevos conocimientos y aprendizajes en la rama de enfermería. Debido a la insistencia, se incorporaron cursos de investigación en la formación superior, gracias a esta iniciativa se formó la revista “Nursing research” y a mediados de la década de los setenta, se dio a conocer que los estudios de enfermería necesitaban marcos conceptuales y teóricos para sustentar sus investigaciones, concibiendo de esta manera dos hitos históricos: formación de másteres de enfermería para programas de licenciatura y grado superior; y formación doctoral.

La época de formación universitaria

Se desarrolló al mismo tiempo que la era de investigación, en este periodo nacieron programas de máster con el fin de solventar la necesidad pública del personal de enfermería en las prácticas clínicas, incluyendo en la educación superior; la introducción del proceso de investigación a sus estudiantes e iniciar cursos sobre la importancia de conceptos y modelos de enfermería para el desarrollo de sus conocimientos profesionales.

La licenciatura alcanzó un reconocimiento como profesión en la educación superior por su innovación en las investigaciones científicas, con el fin de mejorar los cuidados de los pacientes en un ámbito más especializado.

En los años setenta, la enfermería tuvo un proceso de transición desde la vocación a la profesión y finalmente, un elemento precursor de la época de las teorías fue la aceptación general de la enfermería como una profesión y una disciplina académica de pleno derecho.

La época de las teorías

En este periodo se incluyó a la enfermería como una ciencia, debido a la comprensión unificada del desarrollo de las investigaciones y las teorías. La formación doctoral en enfermería se empoderó, debido a nuevos programas en el desarrollo y comprobación de las teorías, consideradas indispensables para los planes de estudios y guías de la práctica avanzada.

La década de los ochenta fue una era caracterizada por la transición del periodo pre-paradigmático al paradigmático, considerados como modelos prevalentes en la práctica, administración, educación, investigación y desarrollo de nuevas teorías.

La propuesta de Fawcett de representar un metaparadigma en enfermería proporcionó un marco organizado en los trabajos teóricos individuales de forma significativa, es decir, clasificó los modelos enfermeros como paradigmas dentro de un metaparadigma incluyendo los siguientes conceptos: persona, entorno, salud y enfermería (cuidado). La ciencia de la enfermería junto a la investigación, educación administración y práctica asistencial, seguían evolucionando en la enseñanza de los estudiantes.

Además, en las últimas décadas del siglo XX el uso de las teorías se expandió, hasta llegar a conferencias nacionales e internacionales, revistas y libros científicos especializados en enfermería. Las figuras más representativas intentaron describir, explicar, predecir los resultados de enfermería por medio de sus modelos y teorías en base de sustento científico para mejorar la gestión, programas de estudios, prácticas e investigaciones en la disciplina.

La época de la utilización de las teorías

En este periodo que surgió en el siglo XXI se aplicaron las teorías de enfermería para la práctica, formación, administración e investigación basada en evidencia científico e inclusive como bases de inspiración para futuros marcos teóricos. Actualmente, esta era aún está vigente y realza el desarrollo, empleo de teorías de enfermería y producción de fundamentos científicos en la práctica profesional.

Tabla 1

Avance cronológico de las teoristas de Enfermería

Florence Nightingale - 1859		
Teoría	Objetivo de enfermería	Marco teórico
<i>Teoría del entorno</i>	Proporcionar al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación y mantenimiento de la salud.	Todas las condiciones y las fuerzas externas que influyen en la vida y el desarrollo de un organismo. Describe cinco componentes principales de un entorno saludable: ventilación adecuada, luz adecuada, calor suficiente, control de los efluvios y del ruido. Para Nightingale el entorno físico está constituido por elementos en los que el paciente es tratado, como: la ventilación, temperatura, higiene, luz, ruido y la eliminación. Además, concebía a la enfermería como una disciplina con necesidad de conocimientos diferentes a los de la medicina.

Hildegard Peplau - 1952

Teoría	Objetivo de enfermería	Marco teórico
Teoría de las relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none">- Desarrollar una relación interpersonal entre el paciente y el profesional de enfermería.- El propósito de la enfermería es educar y ayudar al paciente y a su familia a alcanzar un desarrollo maduro de la personalidad.	Analizó cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Además, identificó las cuatro fases de la relación enfermera-paciente: orientación, identificación, explotación y resolución. Así mismo, estableció esquemas de los aspectos cambiantes de las relaciones enfermera-paciente y propuso y describió seis roles de la enfermera: extraño, persona de recursos, profesor, líder, sustituto y asesor.

Virginia Henderson - 1956

Teoría	Objetivo de enfermería	Marco teórico
<p>Definición de enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none">- Considerar al paciente como un individuo que precisa ayuda para conseguir independencia e integridad total de mente y cuerpo.- Poner relieve el arte de la enfermería y proponer las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería.	<p><i>*Persona y necesidades básicas:</i> Sostiene que la persona era un todo complejo, con componentes biológicos, psicológicos, socio-culturales y espirituales, e identifica 14 necesidades que debe satisfacer para mantener su bienestar y promover su desarrollo y crecimiento.</p> <p><i>*Salud-independencia/ dependencia-causas de dificultad:</i> Personas buscan y tratan a través de sus capacidades y recursos, tanto reales como potenciales, de lograr su independencia, pero si no es posible, aparece una dependencia total o parcial, debido a tres causas: falta de fuerza, falta de voluntad o falta de conocimiento.</p>

Virginia Henderson - 1956

Teoría

Objetivo de enfermería

Marco teórico

**Rol profesional-cuidados básicos.*

Relación multidisciplinaria:

Los cuidados básicos son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su rol profesional.

Además, la contribución de las enfermeras con el equipo de salud considera un trabajo multidisciplinario.

**Entorno-factores ambientales y socioculturales:* Importancia de los aspectos socioculturales y del

entorno físico como: factores influenciados, familia, grupos, cultura, aprendizaje y factores ambientales para valorar las necesidades y planificación de los cuidados de enfermería.

Teoría	Objetivo de enfermería	Marco teórico
<p><i>Veintiún problemas de enfermería</i></p>	<p>- Proporcionar cuidados de enfermería para la persona en conjunto, con el fin de satisfacer las necesidades físicas, emocionales, intelectuales, sociales y espirituales en conjunto.</p>	<p>El profesional de enfermería es un resolutor de problemas y tomador de decisiones, concibe una visión individualizada de las necesidades del paciente que pueden tener lugar en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Bienestar, higiene y seguridad- Equilibrio psicológico- Factores psicosociales- Factores socio comunitarios- Su obra se basa en el método de resolución de problemas y sirve de vehículo para perfilar los problemas de enfermería (del paciente) a medida que este se aproxima a un estado de salud óptimo. El trabajo de Abdellah es un conjunto de problemas formulados en términos deservicios centrados en las necesidades del paciente.

Ida Orlando - 1961

Teoría	Objetivo de enfermería	Marco teórico
<i>Teoría del proceso de enfermería</i>	El profesional de enfermería actúa para reducir la angustia del paciente. Dar respuesta al comportamiento del paciente en términos de necesidades perentorias	<p>El paciente es un individuo con una necesidad que cuando se satisface, disminuye la angustia, aumenta la suficiencia e incrementar el bienestar. Describe 3 elementos que componen la situación de enfermería: la conducta del paciente, la reacción y las acciones del profesional.</p> <p>Abogada por el PAE para satisfacer las necesidades del paciente, ya que fue unade las primeras líderes de enfermería en identificar y resaltar los elementos del proceso de enfermería y la importancia crítica de la p anticipación del paciente en el mismo.</p>

Ernestine Wiedenbach - 1968

Teoría	Objetivo de enfermería	Marco teórico
<i>El útil arte de la enfermería clínica</i>	El objetivo es percibir la necesidad de ayuda que experimenta el paciente	<p>Enfermería es un arte como una ciencia que moldea las actitudes, aspectos intelectuales y las habilidades técnicas de la enfermera; en cuanto al deseo y la capacidad de satisfacer las necesidades de ayuda percibidas por el paciente.</p> <p>Las enfermeras identifiquen la necesidad de ayuda de los pacientes mediante:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Observación de comportamientos compatibles o incompatibles con el bienestar.2. Exploración del significado de su comportamiento.3. Determinación de la causa de su malestar o incapacidad.4. Determinación de si pueden resolver sus problemas o si tienen necesidad de ayuda.

Dorothy Johnson - 1968

Teoría	Objetivo de enfermería	Marco teórico
<i>Modelo del sistema conductual</i>	El objetivo de la enfermería es reducir el estrés de tal forma que el paciente pueda avanzar con mayor facilidad a través del proceso de recuperación.	Su teoría se centra en como el paciente se adapta a la enfermedad y como un estrés presente o potencial puede afectar la capacidad de adaptación. Cuando el estrés altera la adaptación normal, la conducta se vuelve errática y menos orientada. La enfermería identifica la incapacidad y proporciona cuidados para resolver los problemas del paciente para satisfacer sus necesidades.

Martha Rogers - 1970

Teoría	Objetivo de enfermería	Marco teórico
<i>Teoría de los seres humanos unitarios</i>	El objetivo de la enfermería es ayudar al paciente a alcanzar un nivel máximo de bienestar. Considera a la enfermería como una ciencia humanística y como profesión.	Considera al hombre ser humano unitario como un campo de energía tetradimensional identificado por sus características genéricas y manifiestas, que se encuentra en continua interacción con su ambiente. Las ideas abstractas que expuso Rogers en su modelo y la relación lógica entre estas y el saber científico moderno alientan la aparición de teorías nuevas y desafiantes que profundicen en la comprensión del ser humano unitario.

Imogene King - 1971

Teoría	Objetivo de enfermería	Marco teórico
<i>Marco de sistemas de interacción</i>	Corresponde al profesional de enfermería ayudar al paciente mediante la comunicación a restablecer o a mantener una adaptación positiva al entorno.	Imogene King contribuyó al avance del conocimiento enfermero a través del desarrollo de su marco de sistemas de interacción y de la teoría intermedia de consecución de objetivos. Centrándose en la consecución de objetivos y resultados, mediante las relaciones paciente-enfermera, King proporcionó un sistema conceptual y una teoría intermedia que han demostrado su utilidad para las enfermeras.

Dorothea Orem - 1971

Teoría	Objetivo de enfermería	Marco teórico
<i>Teoría del déficit del autocuidado</i>	Cuidar y ayudar al paciente a lograr el autocuidado. La enfermería se enfoca hacia las necesidades de autocuidado del paciente.	<ul style="list-style-type: none">- La teoría del autocuidado describe lo que una persona precisa y las acciones necesarias que se deben poner en marcha para satisfacer estos requisitos.- La teoría del cuidado dependiente es compleja, y discurre en paralelo con la teoría del autocuidado de Orem.- La teoría del déficit de autocuidado describe las limitaciones para satisfacer los requisitos para el cuidado continuado, y sus efectos sobre la salud y el bienestar de la persona. -La teoría de los sistemas enfermeros proporciona la estructura para examinar las acciones y el conocimiento necesarios para ayudar a la persona. Estas teorías también son descriptivas de situaciones que implican a familias y comunidades.

Betty Neuman - 1972

Teoría	Objetivo de enfermería	Marco teórico
Modelo de sistemas	<ul style="list-style-type: none">- Ayudar a los individuos, las familias y los grupos a lograr y mantener un nivel máximo de total bienestar mediante intervenciones de enfermería determinadas.- Su meta es la reducción de los productores de tensión a través de la prevención primaria, secundaria y terciaria.	Su modelo integra conceptos de la teoría del Gestalt, de la cual deriva su concepción del hombre como un proceso dinámico y en continua interacción con su entorno, de la filosofía de Bernard Max. Además, sugiere tres niveles de intervenciones enfermeras (prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria), basados en los conceptos de Caplan de niveles de prevención. El propósito de la prevención como intervención es conseguir el nivel máximo posible de estabilidad del sistema cliente. Neuman sugiere un formato para el proceso enfermero en el que el cliente, como receptor de los cuidados, participe activamente con la enfermera como cuidador para establecer los objetivos y seleccionar las intervenciones.

Myra Levine - 1973

Teoría	Objetivo de enfermería	Marco teórico
Modelo de conservación	Los cuidados de enfermería implican actividades de conservación, orientados al uso adecuado de los recursos del paciente.	El modelo es lógicamente congruente, interna y externamente consistente, tiene amplitud y profundidad es comprensible (con pocas excepciones) por los profesionales y los usuarios de la atención sanitaria. Las enfermeras que utilizan el modelo de conservación pueden prever, explicar, predecir y llevar a cabo el cuidado del paciente. La conservación de la energía es una preocupación básica. Establece los 4 principios de la conservación de energía desarrollados para cuantificar la alimentación, la enseñanza y el entorno.

Nola Pender - 1975

Teoría	Objetivo de enfermería	Marco teórico
<i>Modelo de la promoción de la salud</i>	Su pensamiento la llevó a definir el objetivo de la enfermería como la salud óptima del individuo.	Su modelo se basa en la teoría de aprendizaje social de Bandura, que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta. Identifica en el individuo factores cognitivo-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción, definiéndolos como: mecanismos motivacionales primarios.

Callista Roy - 1976

Teoría	Objetivo de enfermería	Marco teórico
<i>Modelo de adaptación</i>	Identificar los tipos de exigencias a que se somete al paciente y la adaptación de éste a las mismas. <ul style="list-style-type: none">- El profesional determina qué exigencias causan problemas y valora la adaptación a estas demandas.- Los cuidados de enfermería ayudan al paciente a adaptarse.	Considera al paciente como un sistema que se adapta a las exigencias internas y externas. Todos los individuos deben adaptarse a las siguientes exigencias: <ul style="list-style-type: none">- Cubrir las necesidades fisiológicas básicas.- Desarrollar un concepto de sí mismo positivo.- Llevar a cabo funciones sociales.- Conseguir un equilibrio entre dependencia e interdependencia

Madeleine Leininger - 1978

Teoría	Objetivo de enfermería	Marco teórico
<i>Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales</i>	- Los cuidados de enfermería aprenden científicamente, permitiendo a personas y grupos a desarrollar unos cuidados con especificidades culturales para ayudar a satisfacer sus necesidades sanitarias.	El término cuidado, hace referencia a los actos de ayuda y apoyo destinados de ayuda y apoyo destinados a otro individuo o grupo con necesidades evidentes o prevenibles que mejoran la condición humana. El centro de su teoría en el concepto de los cuidados.

Madeleine Leininger - 1978

Teoría	Objetivo de enfermería	Marco teórico
<i>Modelo de interacción padres e hijos</i>	Resalta la importancia de la interacción madre-hijo y entorno durante los tres primeros años de vida.	Su teoría procede de la psicología y del desarrollo humano centrándose en la interacción madre-hijo con el entorno. Esta teoría se basa en los datos empíricos acumulados a través de escalas desarrolladas para cuantificar la alimentación, la enseñanza y el entorno.

Jean Watson - 1979

Teoría	Objetivo de enfermería	Marco teórico
<i>Teoría del cuidado</i>	Los cuidados de enfermería promueven la salud, devuelven al paciente un estado de salud, recuperación y previenen las enfermedades. El acto de asistir es el marco del proceso de cuidados de enfermería.	Desarrollo su teoría en torno al principio de los cuidados como una filosofía y una ciencia. Los cuidados de enfermería conforman un proceso interpersonal que consiste en intervenciones que resultan en la satisfacción de las necesidades humanas. Su modelo está creado alrededor de 10 factores aquilatados, cada uno de los cuales describen el proceso de enfermería de cómo un paciente consigue o mantiene su salud o muere en paz.

Nancy Roper - 1980

Teoría	Objetivo de enfermería	Marco teórico
<i>Modelo de la enfermería basado en un modelo de la vida</i>	Su principal propósito es lograr que los pacientes recuperen su salud. La función principal del profesional de enfermería se centra básicamente en prevenir problemas potenciales. Los profesionales de enfermería actúan como educadores de la salud.	Considera al ser humano como valioso en todas sus fases de la vida y va siendo progresivamente más independiente hasta ser adulto. La dependencia que pueda tener una persona no limita su dignidad. Roper refiere que existen factores que influyen en el conocimiento, actitudes y conducta del individuo como: son sus biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientalistas y político-económicos. Sin embargo, una persona enferma puede tener un problema real o potencial. A su vez estos problemas surgen por diferentes hechos importantes que parecen querer satisfacer sus actividades vitales conocido como problema potencial, en el cual engloba, además, del fomento y mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad.

Patricia Benner - 1984

Teoría	Objetivo de enfermería	Marco teórico
<i>Modelo del principiante al experto: y poder de la enfermería clínica</i>	Entiende el ejercicio profesional de la enfermera como la asistencia y el estudio de experiencias vividas de salud, dolencia y enfermedad las relaciones que existen entre ellas. Describe los cuidados como un vínculo común entre las personas, una forma de ser esencial para enfermería.	Su modelo altamente fenomenológico de mayor percepción de la vivencia de la salud. Ella manifiesta que la salud es perceptiva a través de las experiencias de estar sano y estar enfermo. Ve diferencia en los conceptos objetivos y valoraciones de salud, enfermedad y en la experiencia de quien las vive.

Nota. Adaptado de Gomis, D. (2012). Enfermería teoría + práctica (pp.42-45)

Clasificación de Suzanne Kérouac

La propuesta por Suzanne Kérouac está planteada a partir de las bases filosóficas y científicas de los cuatro conceptos centrales para la enfermería que corresponden al metaparadigma: enfermería (cuidado), persona, salud y entorno. Las teorías y modelos de enfermería se clasificaron de acuerdo con dos aspectos que consideraron primordiales en las ciencias de la salud: paradigmas subclasificados en tres conceptos y escuelas subclasificados en 6 bases teóricas.

Paradigmas

Anteriormente, la palabra paradigma fue el término más desencadenante y conflictivo en la historia y filosofía de las ciencias, principalmente por la obra de Thomas Samuel Kuhn: *The structure of scientific revolutions* publicado en 1961, y el libro fue tan impactante que en años posteriores existieron traducciones a nivel mundial, especialmente al idioma español titulado: *La Estructura de las Revoluciones Científicas*, publicado en 1992.

Según (Kuhn, 1971) las disciplinas científicas han evolucionado por distintos periodos que denominó: ciencia normal y ciencia revolucionaria, las cuales se iniciaron a través de la historia por medio del periodo pre-paradigmático, considerado aquel que permite recoger observaciones al azar, sin tener una planificación previa, y sin referencia a un esquema general.

En este periodo pueden surgir varias escuelas de pensamiento que compiten entre sí, pero sin que prevalezca alguna de ellas sobre las demás. En contraste a la era pre-paradigmática, con el pasar del tiempo el sistema teórico adquiere la idea de “paradigma” representando al conjunto de teorías aprobadas y sostenidas por una generación o un grupo fundamentado por científicos contemporáneos (Marín, 2007).

Las ideas propuestas por Kuhn, influenciaron el desarrollo del conocimiento científico en la disciplina de enfermería, especialmente por el concepto de paradigma, representado como un marco teórico de referencia que las y los enfermeros pueden concentrarse en la salud integral de sus pacientes e interactuando

de forma progresiva con el entorno. Además, está presente en todos los periodos de las actividades científicas, donde comunidad hace sus investigaciones (Wall & Carraro, 2009).

Sin embargo, a través del tiempo se han presentado escenarios destructores que se representan como crisis o también denominados cambios de paradigma, es decir, la ciencia en cualquier disciplina no se acumula, sino tiende a renovarse con el fin de cambiar constantemente, surgiendo nuevos paradigmas que forman parte del desarrollo científico.

Enfermería por medio de los periodos históricos ha demostrado ser una ciencia con fundamento científico, debido a que revolucionan constantemente sus conceptos, procedimientos e intervenciones para contrastar sus resultados de investigación basados en el metaparadigma (Landeros Olvera, 2017).

La clasificación acerca de los paradigmas, permiten dar a conocer la evolución en el tiempo del pensamiento enfermero y proporcionan características principales de la forma de concebir la disciplina de enfermería, los cuales son: paradigma de categorización, paradigma de la integración y paradigma de transformación (Pepin et al., 2017).

Paradigma de categorización

Al final de la XIX siglo y el comienzo de la XX siglo, el enfoque científico se caracterizó por una búsqueda de principios explicativos de la naturaleza, así como verificar hipótesis y generalizaciones que orienta al descubrimiento de las leyes causales.

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

Por tanto, se consideran “los fenómenos divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables” (Pepin et al., 2017). Bajo el paradigma de categorización es el llamado período “receptivo” durante el cual las enfermeras extrajeron principalmente sus conocimientos de otras disciplinas. Finalmente, presenta dos orientaciones en la profesión de enfermería:

Orientación hacia la salud pública

Se caracteriza por la necesidad de mejorar las condiciones de salubridad y controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios de la época.

La máxima representante es Florence Nightingale, dando a conocer que los cuidados enfermeros no están basados solamente en la compasión sino en la observación, experiencia, datos estadísticos, competencias administrativas, sobre todo en conocimientos de la higiene pública junto con la nutrición aspectos considerados no relevantes.

Orientación hacia la enfermedad

Focaliza el interés en las enfermedades consideradas una realidad independiente del entorno, sociedad y cultura está marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, existe la mejoría de los métodos antisépticos, asepsia y técnicas quirúrgicas.

Las enfermeras se orientan en el cuidado de las personas para eliminar los problemas, cubrir déficits y ayudar a los incapacitados, por tanto, empieza a planificar, organizar, coordinar y evaluar sus acciones para comprobar sus resultados sanitarios.

Además, consideran a la investigación como fuente de desarrollo de los conocimientos, teniendo mayor hincapié en las enfermedades contagiosas, planes de cuidados para pacientes en este ámbito.

Paradigma de la integración

Prolonga el paradigma de categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. Se encuentra inspirado en la orientación de enfermería hacia la persona, con el fin de mantener la salud en todas sus dimensiones: salud física, mental y social; teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. La persona es considerada como un todo, formado por cada una de sus partes interrelacionadas correspondiente a los aspectos: biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales llegando a formar la expresión bio-psico- socio-cultural- espiritual. El personal de enfermería ha creado modelos teóricos para precisar la práctica de los cuidados y guiar la formación y la investigación enfermera, donde los conocimientos evolucionan y las necesidades de salud se convierten aspectos más complejos de acuerdo con el cuidado y el entorno del paciente (Pepin et al., 2017).

Paradigma de transformación

Un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro, es la base de una apertura de la ciencia de enfermería hacia el mundo (Pepin et al., 2017).

La Organización Mundial de la Salud por medio de la declaración de Alma-Ata, reconoce las relaciones entre la promoción, protección de la salud de los pueblos que incita a los individuos, miembros de una comunidad, a comprometerse y participar con objeto de mejorar su bienestar.

Figura 9

Paradigmas de Kérouac y colaboradores



Nota. Información recopilada de: Pepin, J., Ducharme, F., Kérouac, S., (2017). La pensée infirmière (4ta ed.). <https://dokumen.pub/la-pensee-infirmiere-4e-editionnbsped-9782765051749-2765051747.html>

Escuelas

Las seis escuelas fueron diseñadas con el objetivo de orientar la práctica de los profesionales de enfermería, proporcionando una descripción de los valores y la esencia que brindaron las teoristas por medio de sus modelos y teorías a nivel mundial. De igual manera, se utilizan para especificar fenómenos de interés en la investigación, gestión de los cuidados asistenciales de enfermería, así como elementos esenciales para la formación de enfermeras.

Las diferentes escuelas ponen énfasis en diversos elementos, según la época y las condiciones sociopolíticas en que surgen. “Enfocan el cuidado, la persona, la salud y el entorno a punto de partida de la concepción filosófica en que se basan, su análisis puede contribuir al esclarecimiento de los modelos y teorías que se presentan en este material” (Colectivo de autores et al., 2008, p. 38)

A continuación, según (Pepin et al., 2017) detalla la clasificación de los modelos y teorías de enfermería en seis escuelas:

Figura 10

Escuelas de Kérouac y colaboradores



Nota. Información recopilada de: Pepin, J., Ducharme, F., Kérouac, S., (2017). La pensée infirmière (4ta ed.). <https://dokumen.pub/la-pensee-infirmière-4e-editionnbsped-9782765051749-2765051747.html>

Escuela de las necesidades

Agrupa las actividades específicas de la enfermera con respecto a las concepciones que describen las necesidades de la persona. Así mismo, se formuló una respuesta a la siguiente interrogante:  Qu  est n haciendo las enfermeras? Los cuidados de enfermería tienen por objeto ayudar a la persona a superar sus limitaciones, es decir, la enfermera sustituye a la persona que, durante un tiempo, no puede realizar por sí sola determinadas

actividades relacionadas con la salud, y le ayuda a recuperarse lo antes posible. El cuidado está centrado en la independencia de la persona para la satisfacción de sus necesidades, o en su capacidad de llevar a cabo su autocuidado.

Las principales teorizadoras de esta escuela son: Virginia Henderson (Definición de enfermería), Dorothea Orem (Teoría del déficit del cuidado) y Faye Abdellah (21 problemas de enfermería).

Escuela de la interacción

Las enfermeras teóricas pertenecientes a esta escuela se inspiraron en las teorías de la interacción, la fenomenología y el existencialismo; centrando su interés en la relación entre enfermera y paciente, razón por la cual se evidenció una demanda de atención de las enfermeras con conocimientos sistemáticos para evaluar la necesidad de asistencia, plantear un juicio clínico y posteriormente planificar una intervención.

El cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle ayuda. Con el fin de poder contribuir en el auxilio del paciente, la enfermera debe considerar sus propios valores y comprometerse con el cuidado como acción humanitaria y no mecánica.

Las teorizadoras de esta escuela son: Hildegard Peplau (teoría de las relaciones interpersonales); Ida Orlando (teoría del proceso de enfermería); Joyce Travelbee (Modelo de relaciones entre seres humanos); Earnestine Wiedenbach (El útil arte de la enfermería clínica) e Imogene King (Marco de sistemas de interacción).

Escuela de los efectos deseables

Han intentado conceptualizar los resultados deseables de los cuidados de enfermería a nivel personal, familiar y comunitario. Así mismo, se formuló una respuesta a la siguiente interrogante: ¿Por qué las enfermeras hacen lo que hacen? En cuanto al objetivo de enfermería, corresponde en restablecer el equilibrio, la homeostasia o en preservar la energía. Finalmente se inspiraron en teorías de adaptación y desarrollo, así como teoría general de sistemas.

Las teorizadoras de esta escuela son: Dorothy Johnson (modelo del sistema conductual), Lydia Hall (modelo de esencia, cuidado y curación), Myra Levine (modelo de conservación), Callista Roy (modelo de adaptación) y Betty Neuman (modelo de sistemas).

Escuela de la promoción de salud

Se centra en el compromiso de la persona, la familia y la comunidad a participar activamente en el aprendizaje sobre la salud en general y la suya en especial. Así mismo, se formuló una respuesta a la siguiente interrogante: ¿Qué hacen las enfermeras? Además, el centro de los cuidados se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud.

La filosofía de los cuidados de salud primarios y la teoría del aprendizaje social son las fuentes explícitas en la concepción de Moyra Allen; autora del modelo conocido como “modelo McGill”, Modelo Allen, Modelo de salud del desarrollo o Modelo de fortaleza que se inspira en el enfoque sistémico. Por otra parte,

las obras de Pender, Murdaugh y Parsons, presentan la adopción de estilos de vida saludables como motivados mediante el bienestar y la actualización del potencial de salud humana.

Otros escritos de enfermería, han hecho hincapié en aprender a salud y promoción de la salud, considerada como la autodeterminación de los individuos o las comunidades, que se apoya en la autoestima y los beneficios percibidos de las opciones de salud.

Escuela del ser humano unitario

Propone una visión de la persona y de los cuidados del personal de enfermería que procede de trabajos filosóficos, de teorías de la física y de la teoría general de sistemas. Así mismo, se formuló una respuesta a la siguiente interrogante: ¿A qué se dedica la atención de las enfermeras? La salud es el logro continuo del ser humano unitario e integra la enfermedad; considerada parte del proceso de expansión de conciencia y de cambio. Es gracias a esta escuela que el holismo ha conseguido todo su significado, es decir, la característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por hacer patente quién es y cómo es el receptor de los cuidados de enfermería holístico.

Las teorizadoras de esta escuela son: Margaret Newman (modelo de salud como expansión de la conciencia) y Rosmarie Rizzo Parse (desarrollo humano)

Escuela del caring (cuidado)

El cuidado es la esencia de la disciplina de enfermería, formado por el conjunto de acciones e intuiciones que permiten a la enfermera, detectar sutilmente los signos de mejoría o deterioro en la persona, de igual manera facilita y apoya a la persona respetando sus valores, creencias, forma de vida y cultura. Así mismo, se formuló una respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cómo hacen las enfermeras lo que hacen? Esta escuela, que se sitúa en el paradigma de la transformación, tiene por concepto central el cuidado al que se suma la cultura y la espiritualidad.

Las teorizadoras de esta escuela son: Jean. Watson (filosofía y teoría del cuidado transpersonal) y Madeleine Leininger (teoría de los cuidados culturales).

Tabla 2

Teoristas de las escuelas de Kérouac y colaboradores

TEORISTAS DE LAS ESCUELAS DE KÉROUAC		
<i>Escuela de las necesidades</i>	<i>Escuela de la interacción</i>	<i>Escuela de los efectos deseables</i>
Virginia Henderson (Definición de enfermería).	Hildegard Peplau (teoría de las relaciones interpersonales).	Dorothy. Johnson (modelo del sistema conductual).
Dorothea Orem (Teoría del déficit del cuidado).	Ida Orlando (teoría del proceso de enfermería). Joyce Travelbee (Modelo de relaciones entre seres humanos). Earnestine Wiedenbach (El útil arte de la enfermería clínica).	Lydia. Hall (modelo de esencia, cuidado y curación). Callista. Roy (modelo de adaptación). Betty Neuman (modelo de sistemas).
	Imogene King (Modelo de sistemas de interacción).	Myra Levine (modelo de conservación).

TEORISTAS DE LAS ESCUELAS DE KÉROUAC		
<i>Escuela de las necesidades</i>	<i>Escuela de las necesidades</i>	<i>Escuela de las necesidades</i>
Moyra Allen (Promoción de la salud).	Margaret Newman (modelo de salud como expansión de la conciencia).	Jean. Watson (filosofía y teoría del cuidado transpersonal).
Nola Pender (Promoción de la salud).	Rosmarie. Rizzo Parse (desarrollo humano)	Madeleine Leininger (teoría de los cuidados culturales).
Carolyn Murdaugh		
Mary Ann Parsons		

Nota. Información recopilada de: Pepin, J., Ducharme, F., Kérouac, S., (2017). La pensée infirmière (4ta ed.). <https://dokumen.pub/la-pensee-infirmiere-4e-editionnbsped-9782765051749-2765051747.html>

Clasificación de Marriner y Raile

Según (Alligood, 2015) en su libro de Modelos y teorías de enfermería menciona un análisis de la evolución e importancia de los teoristas, donde se demuestra la búsqueda propia de la esencia enfermera y su reconocimiento como profesión y disciplina académica.

Así mismo, presenta una clasificación sistemática de los modelos de enfermería dentro del contexto meta paradigmático, facilitando la comprensión del conocimiento científico mediante los siguientes apartados: filosofías de enfermería, modelos conceptuales en enfermería, teorías en enfermería y teorías intermedias en enfermería.

Figura 11

Escuelas de Kéronac y colaboradores



Nota. Información recopilada de: Alligood, M. R. (2015). Modelos y teorías en enfermería. (8va.ed.). Elsevier.

Filosofías enfermeras

La filosofía es la forma más abstracta y expone el significado de los fenómenos de enfermería a través del análisis, el razonamiento y la presentación lógica. Al mismo tiempo, contribuye al desarrollo de los conocimientos científicos tanto profesionales como teóricos.

Desde otro punto de vista, las filosofías están representadas por los primeros trabajos anteriores a la época teórica e inclusive los trabajos contemporáneos de naturaleza filosóficas.

Finalmente, proporcionan una mayor comprensión general que permite avanzar la disciplina y su aplicación profesional de enfermería.

Modelos conceptuales en enfermería

Son conceptos y relaciones que especifican una perspectiva y dan lugar a evidencias entre los fenómenos específicos de su disciplina. Además, comprende trabajos desarrollados por enfermeras considerados pioneros de esta disciplina.

Los modelos son extensos y cada uno de ellos aborda los conceptos metaparadigmáticos, fundamentales para el significado del contexto de un marco concreto y la disciplina enfermera.

Por otra parte, proporcionan perspectivas con diferentes enfoques para el pensamiento crítico sobre personas, familias y comunidades, y para tomar decisiones de enfermería basadas en el conocimiento.

Teorías de enfermería

Comprende trabajos derivados de filosofías de la enfermería, modelos conceptuales, teorías de enfermería abstractas u obras de otras disciplinas, por tanto, están desarrolladas a partir de un marco conceptual, resultando ser más específicas que los modelos, ya que se centran en responder preguntas específicas de la práctica enfermera.

De modo que, describen, explican o pronostican resultados basados en las relaciones entre los conceptos de los fenómenos de enfermería. Así mismo, proponen relaciones enmarcando un tema de enfermería y definiendo términos relevantes e inclusive desarrollar varios niveles de abstracción.

En cuanto a las grandes teorías en enfermería proponen resultados comprobables que ponen a prueba la principal premisa de la teoría.

Teorías intermedias en enfermería

Presentan un enfoque más específico y es concreto en su nivel de abstracción, es decir, son precisas y se centran en responder preguntas específicas de la práctica enfermera. Son menos abstractas y desarrollan evidencias teóricas de la aplicabilidad y resultado de la práctica de enfermería. Las características de las teorías de nivel medio comprenden:

- La situación o el estado de salud del paciente.
- La población o grupo de edad del paciente.
- Localización del área de práctica.
- La intervención del profesional de enfermería.
- El resultado previsto del paciente.

Tabla 3*Teoristas según la clasificación de Marriner y Raile*

TEORISTAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE MARRINER Y RAILE			
	<i>Filosofías de Enfermería</i>	<i>Modelos conceptuales en Enfermería</i>	
Florence Nightingale	La enfermería moderna.	Myra Estrin Levine	El modelo de conservación.
Jean Watson	Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson.	Martha E. Rogers	Seres humanos unitarios.
Marilyn Anne Ray	Teoría de la atención burocrática.	Dorothea E. Orem	Teoría del déficit de autocuidado.
Patricia Benner	Cuidados, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería.	Imogene M. King	Marco de sistemas de interacción y teoría intermedia de la consecución de objetivos.
Kari Martinsen	Filosofía de la asistencia.	Betty Neuman	Modelo de los sistemas.
Katie Eriksson	Teoría del cuidado caritativo.	Sor Callista Roy	Modelo de adaptación.
		Dorothy E. Johnson	Modelo del sistema conductual.

TEORISTAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE MARRINER Y RAILE

<i>Teorías en Enfermería</i>		<i>Teorías intermedias en Enfermería</i>	
Anne Boykiny Savina O. Schoenhofer	La teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica.	Ramona T. Mercer	Adopción del rol materno-convertirse en madre.
Afaf Ibrahim Meleis	Teoría de las transiciones.	Merle H. Mishel	Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad.
Nola J. Pender	Modelo de promoción de la salud.	Pamela G. Reed	Teoría de la autotranscendencia.
Madeleine M. Leininger	Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales.	Carolyn L. Wiener y Marylin J. Dodd	Teoría de la trayectoria de la enfermedad.
Margaret A. Newman	Modelo de la salud como expansión de la conciencia.	Georgene Gaskill Eakes, Mary Lermann Burke y Margaret A. Hainsworth	Teoría del duelo disfuncional.
Rosemarie RizzoParse	Desarrollo humano.	Phil Barker	El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental.
Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin y Mary Ann P. Swain	Modelos y modelado de roles.	Katherine Kolcaba	La teoría del confort.
Gladys L. Husted y James H. Husted	Teoría bioética sinfonológica.	Cheryl Tatano Beck	Teoría de la depresión posparto.
		Kristen M. Swanson	Teoría de los cuidados.
		Cornelia M. Rulandy Shirley M. Moore	Teoría del final tranquilo de la vida.

Referencias

- Alligood, M. R. (2015). *Modelos y teorías en enfermería*. (8va.ed.). Elsevier. ISBN 978-84-9022-727-5
- Bunce, M. y D., A. Flens, E., & Y. Neiles, K. (2010). How Long Can Students Pay Attention in Class? A Study of Student Attention Decline Using Clickers. *Journal of Chemical Education*, 87(12), 1438–1443. <https://doi.org/10.1021/ed100409p>
- Colectivo de autores, Cruz Valdés, L. (ed.) (2008). *Bases conceptuales de enfermería*. Editorial Ciencias Médicas. E-book <https://vdoc.pub/documents/bases-conceptuales-de-enfermeria-2f9pj0dflde0>
- Gomis, D. (2012). *Manual de enfermería. Teoría+ práctica*. (4ta. ed.) Editorial arcadia. ISBN 978-987-570-189-2 (pdf) <https://booksmedicos.org/manual-de-enfermeria-teoria-practica-duilio-gomis/>
- Siles González, J. (2008). *Historia de la enfermería*. Editores Aguaclara. ISBN 978-84-8018-164-8
- Kuhn, T. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica. <https://materiainvestigacion.files.wordpress.com/2016/05/kuhn1971.pdf>
- Landeros Olvera, E. (2017). *Revolución paradigmática en el cuidado de enfermería: presencia de una crisis*,25(2), 1–2. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim172a.pdf>

- López Parra, M., Santos Ruiz, S., Varez Peláez, S., Abril Sabater, D., Rocabert Luque, M., Ruiz Muñoz, M., & Mañé Buxó, N. (2006). Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enfermería Clínica*, 16(4), 218– 221. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(06\)71217-7](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(06)71217-7)
- Marín Ardila, L.F. (2007). La noción de paradigma. signo y Pensamiento, 26(50), ene-jun, pp.34-45. <https://www.redalyc.org/pdf/860/86005004.pdf>
- Potter, P., Perry, A., Stockert, P., & Hall, A. (2015). *Fundamentos de enfermería*. (8a. ed.) Elsevier. ISBN 978-84-9022-535-6
- Reyes Gómez, E. (2015). *Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología*. Editorial El Manual Moderno. 496 p. ISBN 978-607-448-504-2
- Rodríguez, L. S. M., Hernández, P. E., & Ruiz, N. S. (2020). A themed game to learn about nursing theories and models: A descriptive study. *Nurse Education in Practice*, 49(August 2019). <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102905>
- Sancho Cantus, D., & Prieto Contreras, L.. (2012). Teorías y modelos en la práctica enfermera: ¿Un binomio imposible?. *Enfermería Global*, 11(27), 292-298. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300015>
- Wall, M. L., & Carraro, T. E. (2009). La teoría revolucionaria de Kuhn y su influencia en la construcción del conocimiento de la enfermería. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, 17(3), 417– 422. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000300021>

CAPÍTULO 3

DESARROLLO PROFESIONAL Y APLICACIÓN DE TEORÍAS DE ENFERMERÍA



Capítulo 3

Desarrollo profesional y aplicación de teorías de enfermería

Desarrollo profesional de enfermería

Es la enfermería una ciencia que cohabita en los espacios asistenciales de salud con otras profesiones sanitarias donde el trabajo en equipo resulta vital, pues requiere la colaboración entre profesionales ya bien en su práctica o su cultura; de ahí que haya diferencias sustanciales entre la práctica Médica y de Enfermería; con frecuencia se suele decir que los médicos curan y las enfermeras cuidan, aun cuando las investigaciones aportan información que refuta lo anterior y defiende que las enfermeras no solo emplean la experiencia acumulada de su praxis, también incorporan las evidencias científicas en la solución de problemas de salud de los pacientes. (Aguirre Raya, 2020, p. 3).

Estas valoraciones apoyan el reconocimiento de la existencia de dos áreas fundamentales de desarrollo profesional en Enfermería: la asistencial y la docente investigativa; ámbitos donde no deberían existir barreras o limitaciones, pues es precisamente en la práctica clínica donde se concretan los datos que emergen como evidencias científicas. La evidencia nace de la práctica asistencial y a ella retorna nuevamente (Aguirre Raya, 2020a, p. 3).

Otras de las problemáticas que afrontan hoy día los recursos humanos del gremio son entre otros aspectos: extensas jornadas laborales, salarios no acordes a sus funciones, no hay reconocimiento inadecuadas condiciones laborales, poco tiempo

para la superación y escaso reconocimiento social de los practicantes. (Sociedad Cubana de Salud Pública (SOCUSAP) 2015, como se citó en Aguirre Raya, 2020)

El abandono profesional influye en la disponibilidad y la calidad de la atención sanitaria, así como en las relaciones del enfermero con las personas sujeto del cuidado, por lo que desvirtúan la atención a aquellas situaciones que generan preocupación, ansiedad y angustia en las personas y/o su familiar.

Esto tiene efectos sobre en el desempeño el cual juega un papel determinante, ya que el uso del conocimiento hace cada persona. Además, plantea evitar la separación de los aspectos cognoscitivos, afectivos y volitivos, y hablar de vinculación de todos estos aspectos.

Así mismo, el desempeño se refiere a la acción y efecto de desempeñarse en una ocupación, un cargo, una profesión, teniendo en cuenta los conocimientos que cada persona tienen de su labor. De lo anterior, se generaliza el criterio que el desempeño está relacionado con la labor cotidiana del profesional por el cumplimiento de los compromisos, funciones, tareas, inherentes a su cargo o puesto de labor; a la forma en que se realiza y también a sus resultados. Es la forma o manifestación del trabajo, labor o actividad Espinosa, Gilbert, & Oria (2016).

Etapas de enfermería

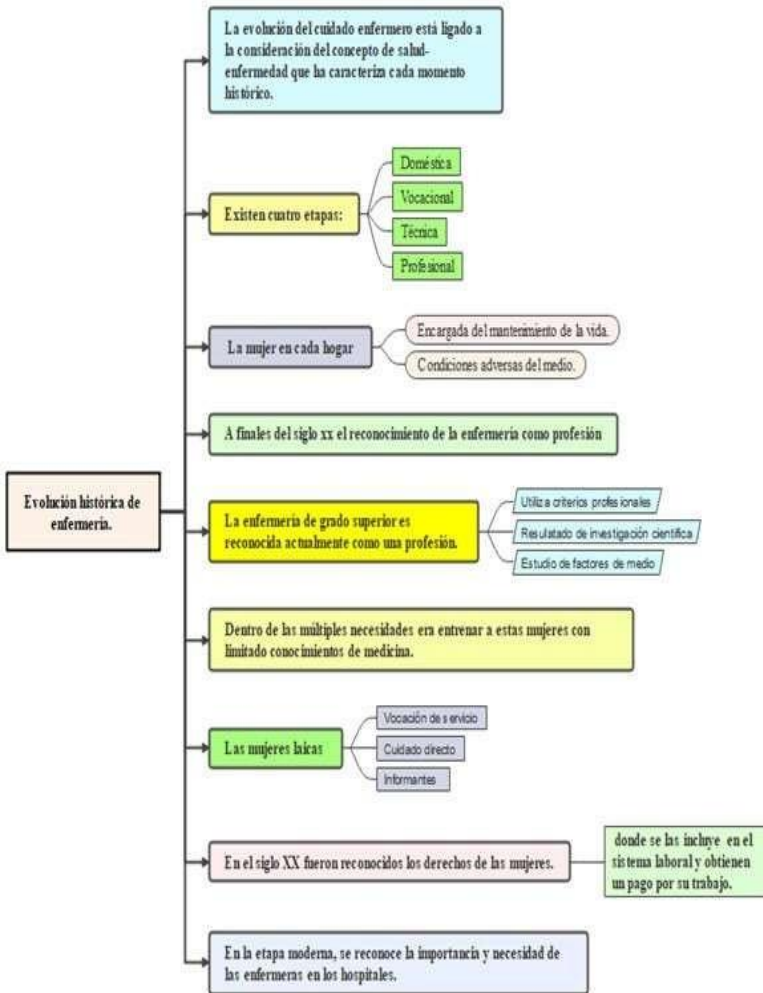
En medio de grandes dificultades enfermería se consolida como una disciplina profesional. Se ha afirmado que el cuidado humano es la esencia de enfermería, sin embargo, los cuidados han existido desde siempre como garantía para la sobrevivencia de las especies.

No obstante, es necesario observar la evolución de los cuidados, para hacer conciencia de lo meritorio en los logros de la disciplina, para valorar más objetivamente su esencia y entender el origen de muchos de los comportamientos, valores y percepciones que hacen parte de nuestro ser enfermeras (Vesga Gualdrón, 2012).

La existencia de la enfermería como disciplina académica, donde se fundamenta en teorías, modelos y filosofías que aportan fundamento científico, que es crucial para la práctica de la enfermería profesional. A finales del siglo xx el reconocimiento de la enfermería como profesión se convirtió en una cuestión menos urgente, pero ha sido un tema principal durante gran parte del siglo XX a medida que la enfermería avanzaba de manera lógica hacia un estatus profesional.

Hoy día, la enfermería de grado superior es reconocida como una profesión que utiliza criterios profesionales, para orientar su desarrollo. El desarrollo de la enfermería es resultado de la investigación científica y estudio de los factores del medio.

Figura 12
Evolución histórica de enfermería



Nota. Información tomada de: Vesga Gualdrón, L. M. (2012). Evolución del cuidado: de curanderas a enfermeras. *CUIDARTE Revista de Investigación*. Programa de Enfermería UDES <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/40/44>

Etapa doméstica del cuidado

La etapa doméstica al cuidado en el período más prolongado de la historia de la humanidad y a conocer cómo vivían los primeros hombres que poblaron la Tierra (Vesga Gualdrón, 2012).

La Prehistoria es el período que abarca desde la aparición del hombre hasta el inicio de los primeros testimonios escritos y se divide en varios períodos: el Paleolítico(Inferior, Medio y Superior), etapa en la que el hombre vivía agrupado como único mecanismo de defensa ante las adversidades del medio y se dedicaba principalmente ala caza; el Mesolítico, considerado un período intermedio en el que se produce la transición de hombres nómadas, esencialmente cazadores y cuya principal meta era la supervivencia, a una organización social que conoce la agricultura y la cerámica y que vive sedentariamente en un lugar fijo, y el Neolítico, etapa de transición que se caracteriza por el paso de una comunidad depredadora a una productora, que es conocida como la Revolución Neolítica.

Etapa vocacional del cuidado

La «etapa vocacional del cuidado», segunda etapa de la evolución del cuidado enfermero, se encuadra en la historia desde el origen del pensamiento cristiano, momento en que el concepto de salud- enfermedad adquiere un valor religioso, hasta el final de la Edad Moderna.

La esencia del cuidado de enfermería es la protección de una vida humana, que es el centro de la reflexión, el objeto del conocimiento, del saber y del quehacer en enfermería. El cuidado

de la vida sucede en el contexto del proceso vital humano que es dinámico, que ocurre entre dos polaridades: la vida y la muerte, donde está inmerso el proceso salud-enfermedad.

Esta visión dialéctica de la disciplina, se contrapone al concepto de salud que aparece desde la existencia del ser humano hasta mediados del siglo XX, donde salud se define como ausencia de signos y síntomas de enfermedad (Vesga Gualdrón, 2012).

Durante este periodo el cristianismo como religión de estado, tuvo el control en la totalidad de los asuntos sociales y con ansias de mantener el poder conseguido, atacó hasta exterminar todo aquello que le representara riesgo de perder dominio.

Por tanto, aquellas curanderas del pasado, a quienes la vida les había enseñado secretos de gran valor en la preservación de la salud, que prestaban sus servicios a la prole y que tenían la convicción de que los cuidados debían ser dirigidos al bienestar del cuerpo, no solo no comulgaron con la concepción del cuerpo como pecaminoso y malo, si no que se convirtieron en uno de los principales focos de eliminación.

Pese a sus convicciones del cuerpo, el motivo de más preocupación para el cristianismo, era el poder que les asignaba a estas “mujeres hechiceras”, la intervención en los planes de Dios en la vida o la muerte de las personas, y la no discriminación de sus servicios entre las personas que eran consideradas buenas o malas, creyentes o escépticos, enfermedad (Vesga Gualdrón, 2012).

Sin embargo, para ejecutar aquellas funciones propias del cuidado de los menos favorecidos o enfermos que buscaban soluciones en los hospitales, centros concebidos como instituciones para la caridad y no para el manejo de las enfermedades; estaban las mujeres consagradas.

Ellas, convencidas de que sus actividades del limitado cuidado personal, y la limpieza de los necesitados; realizadas con gran sacrificio, con horarios interminables, esta situación evidenció la necesidad de más personal para ayudar en el cuidado de los enfermos, que soportaran las labores que realizaban las mujeres consagradas.

De esta manera se empezó el reclutamiento de las mujeres laicas. Las pobres veían en esta actividad la manera de suplir sus necesidades básicas de comida, hospedaje y vestido y las mujeres de la alta clase social, podían sentirse útiles y sobretodo ser caritativas en el ejercicio de estas funciones (Vesga Gualdrón, 2012).

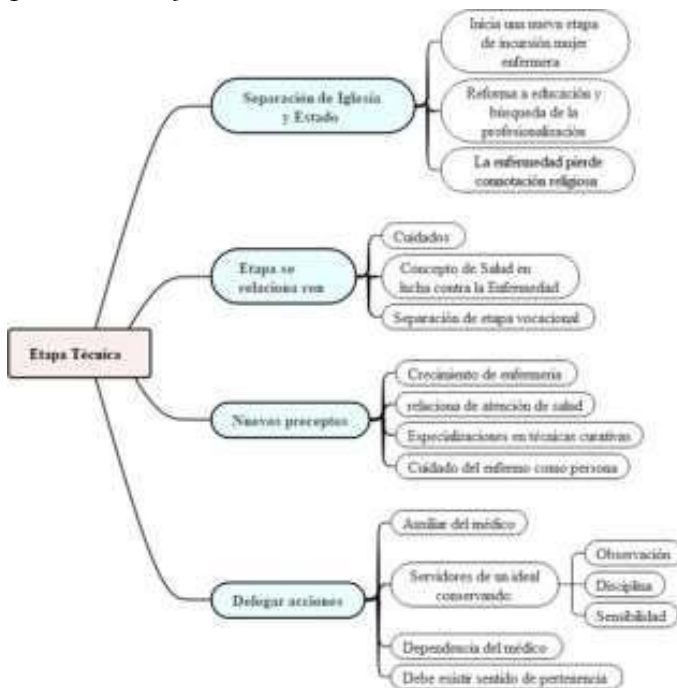
Etapa técnica

La etapa técnica inicia en el mundo contemporáneo con la separación del dominio político, formada en Inglaterra y Francia, proporcionando lugar a la separación de la Iglesia y el Estado. La llegada de la medicalización, inducida por el fortalecimiento de ciencias como la física y la química, con estos aportes, se puede ver como inicia la incursión de la mujer enfermera en la apertura de un nuevo camino de educación y mejoramiento de la posición de la enfermería en la búsqueda de la profesionalización (Moreno Sánchez et al., 2017).

Esta etapa se relaciona con los cuidados y con el concepto de la salud como lucha contra la enfermedad, la sociedad de esa época esperaba de las enfermeras una actitud maternal y abnegada, que se basara en modelos precedentes, por otra parte, el plan de atención a la salud organizaba patrones médicos que requerían a las enfermeras especializaciones en técnicas curativas y que se prepararan menos en el cuidado del enfermo como persona. Ambas partes entran en crisis, que comienzan a rechazar el aspecto vocacional en el sentido religioso (Moreno Sánchez et al., 2017).

Figura 13

Etapa técnica de enfermería



Nota. Información tomada de: Moreno Sánchez, Y. M., Fajardo Daza, M., Ibarra Acuña, A., Restrepo, S. S. (2017) Cronología de la profesionalización de la Enfermería. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*, 9(2) <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5177/517753268005/517753268005.pdf>

Etapa profesional

La Enfermería es considerada una profesión joven, que cumple diferentes etapas y sin duda ha marcado una historia; caracterizada por la lucha del gremio de enfermeras para alcanzar un mejor estatus social, laboral y económico. Actualmente, con el paso del tiempo se puede decir que esta fundamenta como ciencia deduciendo que, para lograr ser una profesión, tuvo una lucha constante para permanecer en la sociedad, siendo reconocida y respetada por sus modelos, teorías y filosofías que la enmarcaron en la etapa actual (Moreno Sánchez et al., 2017).

Por otra parte, se da a conocer que La enfermería es la ciencia del cuidado al ser humano, la etapa profesional se reconoce a varios niveles como el técnico, licenciatura, posgrado e investigación. La gestión del cuidado de enfermería será entendida como el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina: la ciencia del cuidar (Moreno Sánchez et al., 2017).

Esta se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución.

Aplicación de teorías de enfermería

La enfermería es una ciencia humana práctica, una actividad sistematizada que parte de una explicación lógica, racional y fundamentada (León Román, 2017).

Cuenta con un sistema de teorías que se aplican a la praxis profesional, al proporcionar el mecanismo, a través del cual, el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad.

Para que el conocimiento sea aceptado se han establecido diversos criterios que se deben tomar en cuenta y estos son: el crecimiento teórico basado en su revolución, evolución e integración.

En esta línea, para toda disciplina, es importante establecer las bases que la fundamentan, reconociendo que son éstas quienes delimitan su campo de estudio, de saber y de intervención; por lo tanto, las teorías ayudan en la continua descripción, explicación, predicción de los fenómenos propios de la disciplina y la práctica.

Así mismo, resulta incuestionable reconocer la importancia que representan las teorías para Enfermería, al brindar una visión de los principios, valores y supuestos ontológicos (ser, saber, hacer y saber hacer) que guían su práctica (León Román, 2017).

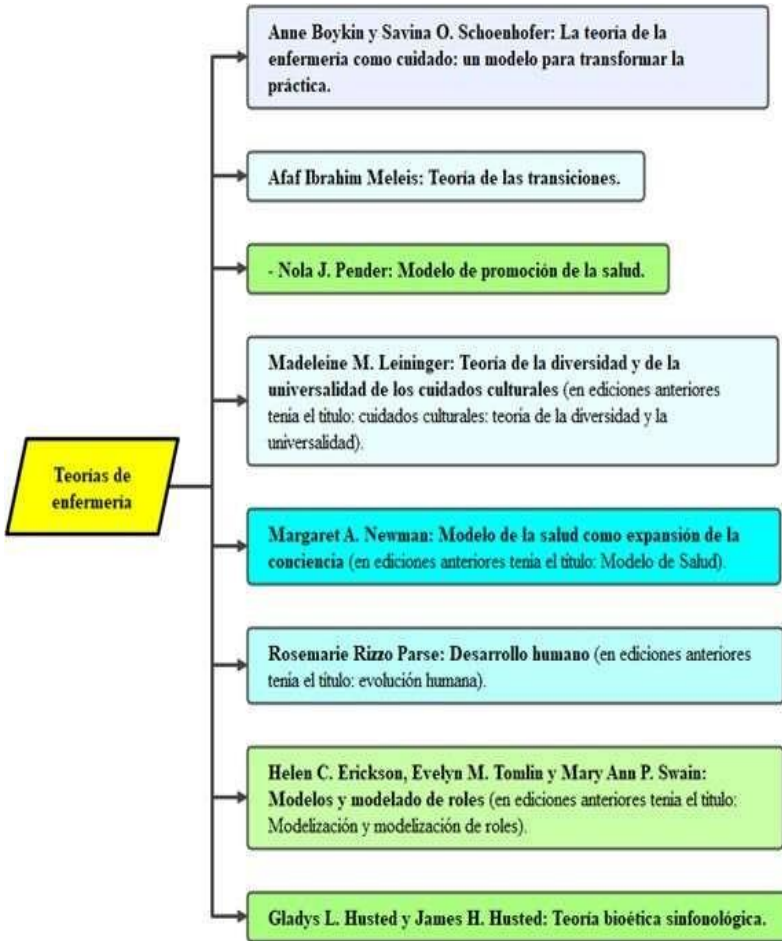
Por lo tanto, el desarrollo teórico ocurre dentro del contexto de la disciplina, que se relaciona con los conceptos que se describen en forma específica o explican fenómenos, tales como salud, entorno, persona y cuidado (elementos del metaparadigma) actuando como reglas o leyes que se han respaldado a través del tiempo y se han comprobado mediante la investigación y que se hacen más exactos al comprobarlos a través de teorías.

El crecimiento de la disciplina radica en parte, en el desarrollo de las teorías que dan sustento al conocimiento de la Enfermería, sobre todo, al conocimiento que permite ser la base de la práctica fundamentada y autónoma. Es decir, un conocimiento que exprese el tipo de conocimiento que maneja la Enfermería (León Román, 2017).

Finalmente se concluye que la profesión de enfermería, cuenta con múltiples modelos y teorías como parte de su cuerpo de conocimientos que orientan su quehacer profesional y permiten avanzar en su desarrollo. La aplicación de estos modelos y teorías en la práctica, la investigación y la docencia posibilita la racionalidad y disminuye el riesgo del empirismo en la práctica (la intuición es necesaria porque alimentada con formación y experiencia fortalece la experticia en la práctica profesional, el arte de la Enfermería que es la capacidad de crear contextos de cuidado); proyecta el quehacer más allá de la técnica, de las rutinas y la tradición; fomenta la estructura, la organización del conocimiento de la enfermería y provee un significado sistemático; mejora la comunicación entre los profesionales al proveer una base común de pensamiento, una unidad de lenguaje y de propósito que favorece la continuidad, eficiencia y eficacia en el cuidado (Salas et al., 2007).

Figura 14

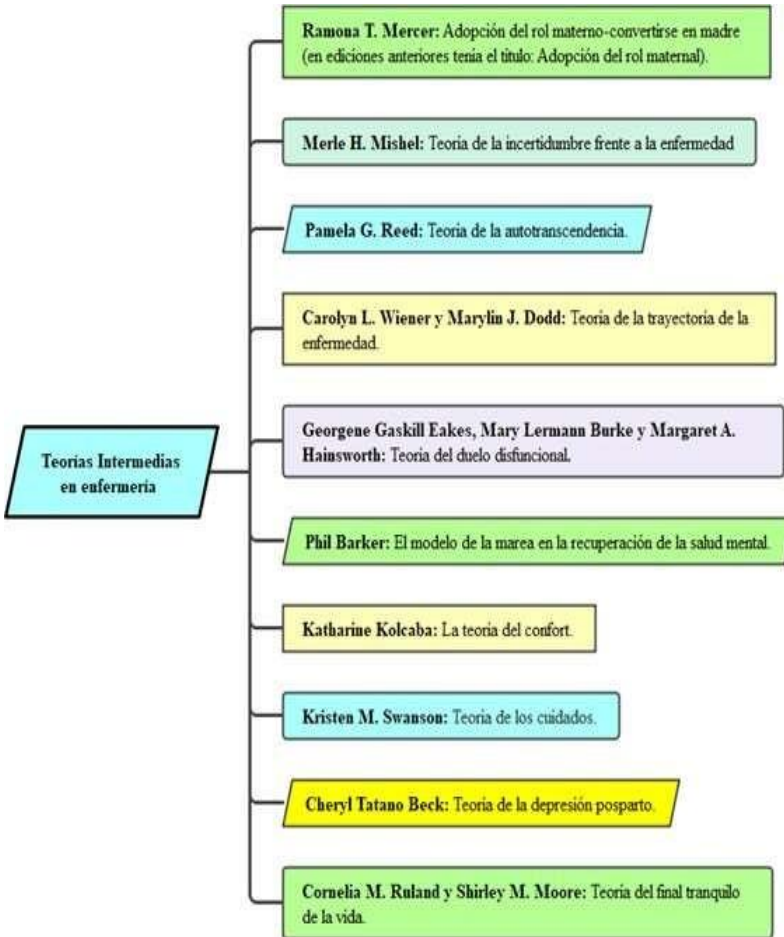
Autores y teorías de enfermería



Nota. Información tomada de: León Román, C. (2017). Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(4). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587>

Figura 15

Autores y teorías de enfermería



Nota. Información tomada de: León Román, C. (2017). Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(4). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587>

Aspectos de la práctica de enfermería

Se afirma que, el profesional de enfermería se ve enfrentado a distintos fenómenos del quehacer, que se centran en las realidades de los pacientes a quienes les brinda cuidado, donde por diversas condiciones, no se tiene la posibilidad de un momento de retroalimentación entre paciente-enfermera(o), que permita el crecimiento de esta díada y el fortalecimiento del cuidado que se brinda. Además, se hace necesaria la revisión de las condiciones en que se ofrece el cuidado humanizado, los comportamientos, las percepciones de quienes se ven involucrados en él, que hacen parte de la calidad ofrecida por profesionales de enfermería. Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería (González-Hernández, 2015).

Frente a este planteamiento, se afirma que en la práctica de enfermería profesional se cumplen estándares, procedimientos, pero aún no se cuenta con una norma o protocolos de enfermería que indiquen cómo se debe actuar en la dimensión del cuidado sensible; en la atención de las demandas de cuidados de aquellos que enfrentan los sufrimientos provenientes de la enfermedad. Ni siquiera conseguimos cualificar algunos comportamientos esperados en el proceso del cuidado de aquellos usuarios de los servicios de salud, que buscan resolver los desequilibrios en sus procesos vitales, estando en condiciones reales o de riesgo en relación con los problemas de salud (Pereira, et. al., 2012).

Se puede entonces comprender que

el abordaje global de las nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica, dentro del marco teórico de la ciencia de la enfermería, permite el conocimiento de diversas perspectivas que estimulan el pensamiento creativo, guían la enseñanza, la gestión y la investigación. (León Román, 201, p. 12)

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

Competencias de enfermería

El Consejo Internacional de Enfermeras (2012) planteó: “Las competencias del personal de enfermería que sean licenciados comprenden conocimientos, capacidades, juicio y atributos personales específicos que se requieren para que la enfermera especialista ejerza su profesión de manera segura y ética en una función y contexto determinados. Permiten disminuir inequidades, acceso limitado a los servicios y favorecen una atención segura y de calidad.

El ejercicio de esta profesión requiere de competencias propias en el arte de cuidar, desde que surge la vida hasta los

momentos actuales, donde se precisa poseer un perfeccionamiento continuo de los conocimientos, que permitan enfrentar el desarrollo constante de las Ciencias de la Salud y la tecnología para brindar cuidados de calidad oportunos, específicos y especializados (Cuñat et al., 2017).

Los enfermeros se forman en función de realizar un importante número de procedimientos y deben adquirir la capacidad de identificar problemas de salud que le permitan tomar decisiones propias del ejercicio profesional, Por ello, implica habilidades y competencias que un profesional de enfermería debe poseer cuando tenga que comenzar la fase inicial del proceso. Contribuye a la mejora de atención del profesional al cuidado de la salud del paciente, incluyendo el nivel de salud del mismo, o su estado.

Dentro del contexto de enfermería hay una frase clave en los diferentes textos de la reforma educativa que dice: “nuevos profesionales capaces de responder a los requerimientos de una sociedad de la información y globalizada.”

Esto exige que los nuevos profesionales estén dotados de procesos de pensamiento que no son fáciles de desarrollar sólo con estudios de pre y postgrado; debe ya haberlos iniciado en etapas anteriores de enseñanza. También en enfermería, al igual que en todas las áreas, sucede que la velocidad de los cambios hace que los profesionales deban responder acertadamente a

situaciones desconocidas e ir más allá del conocimiento conocido o preestablecido y se requiera crear interpretaciones particulares para determinadas situaciones. Esos mundos cambiantes requieren adaptación y flexibilidad (Jara Concha & Stieповic Bertoni, 2007).

Dentro de la práctica enfermería, implica el desarrollo de un pensamiento crítico, algo que constituye un tema prioritario en las líneas de investigación de la profesión a nivel nacional e internacional.

Es decir, implica lograr una real naturaleza dialéctica de la disciplina y su materialización de cuidado, se requiere que los profesionales de enfermería rompan la docilidad identitaria de la disciplina, dejen atrás el ejercicio profesional intramuro técnico, logrando así en la actualidad, el interés emancipatorio de las ciencias de enfermería, que se consigue a través de la investigación constante ya que esto mejora la calidad de la atención, así como la prestación de servicios (Sánchez Rodríguez, et al. 2017).

En este mundo globalizado, a escala mundial, es creciente la comunicación e interdependencia entre las distintas disciplinas y profesiones, uniendo sus avances científicos y tecnológicos en las sociedades de conocimiento y culturas del saber, donde es pertinente rectificar, transformar y transmutar el accionar profesional de enfermería en base a sustentos teóricos, epistémicos y ontológicos; que guíen cada actividad de cuidado que se ofrece a un paciente o cliente con demandas hoy día más exigentes, en relación a su derecho a salud.

Además, se cimentarían las bases para enmendar la supuesta imagen de invisibilidad de la profesión de enfermería en algunos servicios de atención, pero sobre todo con el uso del paradigma empirista, se logra una constante reflexión crítica por medio del uso de los modelos de enfermería, en relación a: cómo, cuándo, dónde y quien brinda ese cuidado seguro, crítico, reflexivo y pertinente (Sánchez Rodríguez, et al. 2017).

Práctica de enfermería

La enfermería se rige por la ciencia de los valores morales, además en los modelos y teorías de enfermería donde está considerada la persona, derechos de la persona, sus sentimientos, derechos de la sociedad, justicia, siendo esta última tan abarcadora que se refiere a comportamientos éticos en las relaciones entre enfermera y paciente. Los derechos de la sociedad están orientados a las relaciones éticas que deben existir entre enfermera, paciente y la sociedad en su conjunto, así como su integridad personal.

Dentro de la práctica, en esta época el cuidado humano ha recibido influencias de modelos, teorías, paradigmas, culturas y valores, el reto como profesionales de la enfermería es rescatar la concepción compleja de la persona no como un objeto de cuidado, sino como un sujeto de cuidado, cuyas necesidades se expresan durante el ciclo natural de la vida, hasta el proceso de fin de nuestros días, asimismo se reconoce que la persona posee dimensiones física, social, cultural, espiritual y afectiva que interactúan con el contexto, medio o espacio circundante en el cual vive, de ahí es deseable que la praxis sea el espacio donde se promueva el cuidado a la vida en la cotidianidad, mediante un

proceso de comunicación, identificación, comprensión, empatía y proyección que logre la transformación cultural de individuos y comunidades en el autocuidado, preserve, optimice su salud y la del medio ambiente (Rodríguez Jiménez et al., 2014)

Los modelos y teorías de enfermería pueden ser desarrollados y son esenciales para el avance de la práctica clínica de enfermería, siempre que estén bajo el paradigma de enfermería. Los modelos orientan a la enfermera individual y colectivamente y fomentan una visión colectiva apoyada por un lenguaje común que permite comunicar el desarrollo profesional hacia la visión planteada tanto por la enfermería, como por la institución. Es por ello que los modelos favorecen el conocimiento enfermero y el pensamiento sistémico en el que se incluye de manera sincrónica al sujeto, el contexto y la meta del cuidado y el compromiso y desarrollo de la misma enfermería (Rodríguez Jiménez et al., 2014).

Comprende las vivencias y fenómenos vividos por los profesionales al brindar asistencia durante la práctica de enfermería, relación enfermera-paciente, enfermera- contexto. Cuando la teoría surja y sea probada en la práctica y la investigación, será interpretada y dirigida.

Figura 16

Objetivos de la investigación en enfermería



Nota. Información tomada de: Castro, M., & Simian, D. (2018). La enfermería y la investigación. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 301– 310. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.007> <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300531>

(Castro & Simian, 2018) afirman que los profesionales de enfermería tienen competencias de conocimiento científico, filosófico, técnicos y humanistas que le confiere el estudio sistemático y universitario. Su alta calidad profesional le permite realizar la gestión y ejecución del cuidado y, por ende, ser consecuente con los deberes y responsabilidades inherentes a su carrera.

Un cuidado de alta calidad depende de estas capacidades y habilidades. El estudio y acceso permanente a la evidencia científica les permite mantener sus conocimientos actualizados y la búsqueda de respuestas a preguntas que nacen de su quehacer clínico.

Figura 17

Objetivos de la investigación en Enfermería



Nota. Imagen tomada de: Castro, M., & Simian, D. (2018). La enfermería y la investigación. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 301– 310. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.007> <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300531>

Dentro de todos los campos donde forma parte enfermería, si no se desarrollan competencias dentro del campo de la investigación, será en vano si no se muestra a comunidad de

profesionales de la salud y la forma de comunicación que perdura en el tiempo es a través de la publicación del estudio. Lo que no se publica, no existe.

Nadie podrá conocer los resultados y conclusiones de estudios realizados por nuestros profesionales, si no está publicado. Si el estudio no se plasma en un escrito científico, no será parte de la evidencia disponible, lo que no permitirá incrementar la evidencia, por ello dispondremos de una cantidad de publicaciones mínimas o escasas (Castro & Simian, 2018).

La investigación en enfermería explora, describe, explica y predice fenómenos que son de interés para la disciplina. Permite validar y refinar los conocimientos existentes y generar nuevos que son directa o indirectamente útiles para la práctica de la misma.

Entonces investigación en enfermería sería aquella que explicita la investigación realizada por enfermeras/os y para ser utilizada en la práctica de enfermería, aunque también incluiría, a la investigación realizada por enfermeras/os en grupos multidisciplinarios donde se desea encontrar la solución o respuesta a un problema específico desde el punto de vista de cada disciplina y excluyendo aquellas investigaciones en las cuales la enfermera/o participa como colaborador en estudios que buscan resolver problemas de otras disciplinas y en las cuales generalmente su aporte es anónimo o poco reconocido cuando son socializados los resultados en el ámbito científico.

Por ello, competencia en investigación en enfermería sería la capacidad de la enfermera/o asistencial de demostrar aptitudes, conocimientos y destrezas necesarias para generar, validar y clarificar los conocimientos que permitan encontrar y dar solución a los problemas de la práctica de enfermería, mejorar la calidad del cuidado y al mismo tiempo la calidad de vida de las personas involucradas (Orellana & Sanhueza,2011).

Es a través de la investigación que el conocimiento de enfermería puede ser depurado al punto de atender con calidad las crecientes y cambiantes necesidades de atención en salud presentadas por las personas, y acompañar con éxito los cambios en los sistemas de salud y viceversa. Enfermería se hará visible a los ojos de las propias profesionales de enfermería como de la sociedad toda, al hacer evidente la eficacia, efectividad, eficiencia, pertinencia, seguridad e integralidad de los cuidados entregados a los usuarios (Orellana & Sanhueza, 2011).

Se propone la definición de competencia en investigación que nace desde el punto de vista laboral de enfermería, donde se suma a los saberes utilizados dentro de práctica, el querer hacer y el poder hacer, donde la motivación y el apoyo institucional respectivamente son imprescindibles para realizar investigación (Orellana & Sanhueza, 2011).

Contar entonces con competencia en investigación es un requisito primordial en el momento actual para apropiarse y empoderarse del nuevo modelo de cuidado, que permita la transformación cultural de transitar hacia una práctica basada en evidencia que entrelaza la ciencia, la ética, la filosofía y la práctica.

Competencia en investigación que debe correlacionarse con el grado de formación en enfermería, el que va entregando diferentes niveles de formación, ya que son el motor principal para estimular y motivar investigación.

A medida que se apliquen más intervenciones basadas en investigación, habrá mayor necesidad de crear conocimiento, potenciando a enfermería como disciplina humanista y revelando nítidamente el carácter autónomo y social que la profesión posee, lo cual contribuye significativamente al desarrollo de nuestra profesión, por ello saber relacionar e integrar los conocimientos, lo cual potenciara y abrirá las puertas a quienes deseen participar dentro del campo investigativo.

Referencias

- Aguirre Raya, D.A. (2020) Retos y desafíos de la Enfermería en el mundo moderno. *Rev haban cienc méd [Internet]*. 19(3): e3229. <http://orcid.org/0000-0003-3833-0243>
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S729-519X2020000300001
- Castro, M., & Simian, D. (2018). La enfermería y la investigación. *Revista Clínica Las Condes*, 29(3), 301– 310. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.007>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300531?via%3Dihub>
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2012). *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. Revisado. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf

- Cuñat Ladrón de Guevara, Y., Pardo Fernández, A., Lara Latamblé, N.T., Local Rojas, E. (2017). Competencias de Enfermería en el proceso vital de cuidados. Universidad de Ciencias Médicas. ISSN 1028 9933. *Revista Información Científica*, 96(2), 325–336. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5517/551764114019/551764114019.pdf>
- Espinosa Aguilar, A. G., Lamadrid, M. P., & Oria Saavedra, M. (2016). El desempeño de los profesionales de Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(1), 87-97. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000100011&lng=es&tlng=es.
- González-Hernández, O. J. (2015). Valida de econfiabilida de do instrumento “Percepção de comportamentos de cuidado humanizado de enfermagem 3aversão.” *Aquichan*, 15(3), 381– 392. <https://doi.org/10.5294/ aqui.2015.15.3.6> http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972015000300006&lng=e&nrm=iso&tlng=pt
- Jara Concha, P., & Stieповic Bertoni, J. (2007). Currículo por competencias en el postgrado de enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(2), 122-129. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000200012
- León Román, C. (2017). Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(4). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587>
- Moreno Sánchez, Y. M., Fajardo Daza, M., Ibarra Acuña, A., Restrepo, S. S. (2017). Cronología de la profesionalización de la Enfermería. *Revista Logos, Ciencia*

Orellana, Y. A., & Sanhueza, A. O. (2011). Competencia en investigación en enfermería. *Ciencia y enfermería*, 17(2), 9-17. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000200002>

Organización Panamericana de la Salud. (2015). *La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10947:2015-pahowho-highlights-need-train-more-nursing-personnel&Itemid=1926&lang=es

Pereira, A., Souza Da Silva, R., De Camargo, C. L., & Ribeiro de Oliveira, R. C. (2012). Volviendo a los planteamientos de la atención sensible. *Enfermería Global*, 11(25), 343–355. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000100021&script=sci_abstract

Ponti, L., Castillo, R., Vignatti, R., Mónaco, M., & Núñez, J. (2017). Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. *Educación Médica Superior*, 31(4). <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1006/577>

Rodríguez-Jiménez, S., Cárdenas-Jiménez, M., Pacheco- Arce, A. L., & Ramírez-Pérez, M. (2014). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 11(4), 145–153. [https://doi.org/10.1016/s1665-7063\(14\)70927-3](https://doi.org/10.1016/s1665-7063(14)70927-3) http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632014000400005&script=sci_abstract

- Salas, E. O., Cuecuecha, J., Sánchez, Y., & Ostiguín, M. R. (2007). Teorías de enfermería: un fundamento disciplinar. *Enfermería Universitaria*, 4(3), 30. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2007.3.448>
- Sánchez Rodríguez, J. R., Aguayo Cuevas, C. P., & Galdames Cabrera, L. (2017). Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica. *Revista Cubana de Enfermería*, 3(3) <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091>
- Vesga Gualdrón, L. M. (2012). Evolución del cuidado: de curanderas a enfermeras. *Revista CUIDARTE*, 3(1), enero-diciembre, pp.410-415 <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533179022.pdf>
- Williams, A. M., & Irurita, V. F. (2006). *Emotional comfort: The patient's perspective of a therapeutic context*. 43, 405–415. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.06.004>

CAPÍTULO 4

***POSTULADOS TEÓRICOS DE ENFERMERÍA
SEGÚN LOS NIVELES DE ATENCIÓN
DE SALUD***



Capítulo 4

Postulados teóricos de enfermería según los niveles de atención de salud

Introducción

La práctica de enfermería se basa principalmente en el rol asistencial, generalmente se estratifica por niveles de atención definidos por el grado de complejidad según la situación del paciente, razón por la cual requieren de un personal preparado para ocuparse de problemas de salud específicos.

Los postulados teóricos que algunas enfermeras a lo largo de la historia implementaron con el fin de describir fenómenos, explicar las relaciones entre ellos y mejorar la calidad de los cuidados del paciente, deben ser conocidas e incorporadas a la práctica enfermera en los tres niveles; a su vez, desarrollando conocimiento del cual otros profesionales enfermeros, según su experiencia e investigación, pueden ir creando nuevas teorías basadas en la evidencia científica que permitirán crecer más a la profesión, incluso para que sirvan de aporte en la generación de nuevos conocimientos para las ciencias de la salud.

Características de los niveles de atención en salud

La salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades” que ciertamente es un hecho social bastante complicado, porque incluye la acción de múltiples factores ya sean sociales, culturales, económicos, científicos y políticos (Organización Mundial de la Salud (OMS citado en Almeida et al., 2018, p. 1).

En este sentido, dada la complejidad, se declaró en 1978 en Alma Ata que “La salud es un hecho fundamental, cuya realización requiere una acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector salud” (Van der Stuyft y De Vos, 2008, p. 2)

La accesibilidad y la facilidad de atención, son los factores más relevantes para definir la creación de los niveles de atención en salud, ya que lo que se exige en la declaratoria de los derechos humanos en lo que se refiere a salud, según la OMS, es que esta “Incluya el acceso oportuno, aceptable y asequible a los servicios de atención de calidad suficiente”. Para asegurar que este derecho sea cumplido, los servicios deben organizarse de manera sistemática, que permitan asumir con calidad y eficacia su papel como un determinante importante de salud.

Tradicionalmente se definen tres niveles de atención en salud que se manejan a nivel mundial: el primer nivel de atención caracterizado por ser el más cercano a la población en Ecuador, definido como la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud (SNS); en el segundo nivel, se encuentran los hospitales que prestan servicios más avanzados y, el tercer nivel de atención está conformado por los hospitales con la más alta tecnología, en el que se realizan investigaciones de pacientes con enfermedades más complejas.

Primer nivel de atención

El primer nivel es el más cercano a la población, está dado en consecuencia como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención, básicas y frecuentes

que pueden ser resueltas con actividades de promoción y prevención en salud. (Gravante et al., 2014)

Dentro de los establecimientos de salud que entran en el primer nivel están: consultorios generales, puestos de salud, centros de salud tipo A y B, centro de salud C materno infantil y emergencia (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Las funciones que a este nivel se le han asignado, se fusionan en tres puntos:

1. Ser la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud (SNS, es de suma importancia para la eficacia del sistema, ya que disminuye la demanda de pacientes en otros niveles. 2. Facilitar y coordinar el flujo de pacientes dentro del sistema en el cual se elabora y negocia un itinerario con el paciente y con otros profesionales de salud que sean requeridos de acuerdo al padecimiento; de la misma manera, se garantiza un adecuado uso del sistema de referencia y contra referencia, que posteriormente asegura la continuidad de la atención. 3. Asegurar la integración, y la síntesis de diferentes problemas, diagnósticos y tratamientos para el manejo adecuado del paciente, en la cual se hace uso de tecnologías en donde se archiva toda la información del paciente (Van der Stuyft y De Vos, 2008).

Este nivel se caracteriza principalmente por:

- Tener una mayor cobertura, y menor complejidad.
- Se atiende del 70-80% de la población.

- Se desarrollan actividades de promoción y prevención de riesgos y recuperación de la salud.
- Se realiza un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno a las necesidades de salud más frecuentes.
- Atención integral al individuo, la familia y la comunidad.
- Derivación oportuna de casos a niveles de mayor complejidad.
- Llevar la atención médica lo más cerca del paciente, ya sea en su trabajo, comunidad o donde sea requerida.
- Continuidad en los procesos de atención, a través del tiempo.
- Menor especialización y tecnificación de los recursos (Hurtado Romero, & Lescas Reyes, 2017)

Segundo nivel de atención

Según (Ministerio de Salud Pública, 2015) establece el escalón limítrofe del primer nivel de atención, corresponde directamente a los establecimientos que brindan asistencia especializada y servicios de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel de atención o de los que acuden a urgencias.

Este nivel se caracteriza por:

- Resolver hasta el 95% de los problemas de salud de la población, conjuntamente con el primer nivel de atención.
- Forman parte de este nivel los hospitales y establecimientos de salud, que prestan sus servicios de: medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría.

- Se brindan modalidades de atención, no basadas netamente en una cama de hospital, así como ser cirugía ambulatoria y centro clínico quirúrgico ambulatorio.
- Se aplican métodos de diagnóstico, internación y tratamiento quirúrgico.

Tercer nivel de atención

Corresponde a los “Establecimientos que prestan servicios hospitalarios de especialidad y especializados, son de referencia nacional, resuelven problemas de salud de alta complejidad, pudiendo realizar incluso trasplantes; cuentan con recursos, tecnologías de punta, especialidades y subespecialidades clínico-quirúrgicas (Este nivel se caracteriza por:

- Se resuelven el 5% a 10% de casos que no pudieron ser resueltos en los niveles inferiores.
- Constituye el centro de referencia de mayor complejidad.
- Se atienden problemas patológicos complejos, que requieren instalaciones y equipos sofisticados.
- Tienen recursos y tecnología de punta.
- El equipo multidisciplinario cuenta con un elevado nivel de formación y experiencia, que a su vez requiere un alto grado de coordinación y toma de decisiones de manera conjunta, basadas en la evidencia científica. (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Funciones de enfermería por niveles de atención

El término función comprende una esfera de responsabilidad que establecen las actividades relacionadas entre

sí, persiguiendo un mismo fin y a su vez, determinando el ejercicio de una profesión. Desde esta perspectiva, Enfermería se adhiere a este término, siendo necesario la división de trabajo entre los distintos profesionales, para lograr el objetivo común: la salud de la sociedad. La salud pública está integrada por profesionales preparados en distintas disciplinas, siendo estrictamente necesario que cada uno de ellos se integren entre sí.

Dentro de este contexto, enfermería forma parte importante del equipo de salud, y sus servicios no solo están encaminados al cuidado y recuperación del paciente, sino también a la administración, vigilancia y organización de los sistemas de salud, importancia que fue ratificada en el informe de la XXXII Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud (CAIS) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el que expresa “Las enfermeras proporcionan o supervisan la mayor parte de la asistencia sanitaria en el mundo. Independientemente de las diferencias nacionales, la enfermería personifica la conciencia pública respecto a la salud mundial.” (p. 1)

En relación con las diversas actividades que la enfermera o enfermero deben cumplir, se especifican funciones de acuerdo a los niveles de atención, que conjuntamente con el demás equipo de salud permiten: aumentar la racionalidad en la delegación del personal, al promover una organización que permita brindar una atención de calidad al paciente, determinando a su vez, responsabilidades y eliminando dualidades en las tareas que por lo general son más comunes en el personal de enfermería, cuando se le asignan varias tareas al mismo tiempo.

En el primer nivel de atención, la enfermera o el enfermero se encarga de encaminar al individuo, la familia y la comunidad al mantenimiento y promoción de la salud como también la prevención de la enfermedad, en la que involucra actividades tanto a nivel asistencial como educativo, centrándose en concienciar sobre la importancia del cuidado propio del cuerpo y mente, para mantener un estado óptimo de salud. Dichas actividades se detallan en la (Figura 18).

Figura 18

Actividades de enfermería en el primer nivel de atención

FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	
Educación para la salud	<p>Informar a la población sobre formas de como mejorar su salud</p> <p>Motivar a la población para que cree hábitos saludables</p> <p>Ayudar a la población a adquirir conocimientos y habilidades para mantener un estilo de vida saludable</p> <p>Propulsar cambios en el medio ambiente que permitan condiciones de vida saludables y una actitud positiva de salud</p> <p>Mantenimiento de una salud psicológica</p>
Atención directa en el Centro de Salud	<p>Se atiende a la población sana, como enferma.</p> <p>Aumentar el nivel de salud de las personas.</p> <p>Proporcionar cambios en los hábitos de salud en la consulta de Enfermería, de manera individualizada.</p> <p>Actuar como consultor en materia de salud del individuo, familia y comunidad</p> <p>Valorar la información recogida para realizar acciones de enfermería, registrándolas en la historia clínica.</p> <p>Ejecutar actividades de curación al individuo</p>
Participación Comunitaria	<p>Realiza actividades en la comunidad, mostrando apoyo a la población.</p> <p>Investiga características de la comunidad , analiza y discute la situación de salud de la población, detectando grupos vulnerables, factores de riesgo e implementando acciones con la finalidad de disminuir o eliminar dichos riesgos.</p> <p>Fomenta la participación de la población.</p> <p>Detecta necesidades educacionales y a la vez elabora programas de educación para la salud.</p> <p>Facilita el acceso de la población al programa de salud.</p>

Nota. Información tomada de: Alligood, M.R. (2015). Modelos y teorías de enfermería. (8va. ed.) Elsevier

El segundo nivel de atención corresponde a intervenciones asistenciales y curativas, cuya finalidad es tratar los problemas de salud ya establecidos o potenciales en los pacientes para prevenir un eventual agravamiento, mediante la elaboración de planes de acción destinados a reducir complicaciones; el énfasis de este nivel es la recuperación de la salud.

Figura 19

Funciones de enfermería en el segundo nivel de atención.

FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	
Asistencial	Ejecutar actividades de curación y cuidados paliativos al individuo
	Planificar y ejecutar acciones de enfermería en situaciones de emergencia y catástrofes
	Evaluar respuestas del paciente a los cuidados de enfermería registrados en los planes
	Realizar y controlar el Proceso de atención de enfermería, como método científico de la profesión.
	Cuidar la salud del paciente en forma individualizada, integral y constante, respetando sus valores, costumbres y creencias.
Recuperación de la salud	Aplicación del PAE con taxonomía NANDA-NIC y NOC en los servicios de recuperación de la salud.
	Vigilar al paciente sus signos vitales, el equilibrio hidroelectrolítico, calmar el dolor.
	Apoyo emocional para una efectiva recuperación, ser la voz y oídos para el paciente.

Nota. Información tomada de: Alligood, M.R. (2015). Modelos y teorías de enfermería. (8va. ed.) Elsevier

En el tercer nivel de atención, las funciones de enfermería incrementan su complejidad, aunque la promoción y la prevención continúan formando parte importante en este nivel también; el énfasis es la rehabilitación que corresponde a las actividades de enfermería orientadas al apoyo del paciente en su

adaptación a diferentes problemas ocasionados por la enfermedad y la superación de efectos de eventuales secuelas.

Importancia del conocimiento de postulados teóricos en los estudiantes de pregrado

La definición científica más entendible del concepto de teoría probablemente sea la que menciona que Es una construcción mental simbólica, verbal o icónica de naturaleza conjetural o hipotética, que nos obliga a pensar de un modo nuevo al completar, integrar, unificar, sistematizar o interpretar un cuerpo de conocimientos que hasta el momento se consideraban incompletos (Bondarenko Pisemskaya, 2009, p. 463).

Para enfermería, las teorías han sido sinónimo de reconocimiento dentro de la ciencia, ya que desde Florence Nightingale con sus actividades en la práctica y sus escritos explicando cómo debería ser la profesión, fundó la base para el desarrollo de posteriores teorías que enfermeras de nuevas generaciones mediante la observación, descripción, explicación, investigación, predicción y control de fenómenos de la realidad en las que estaban inmersas, integraron un cuerpo de conocimientos con objetivos de estudio: el individuo, la familia y la comunidad; por medio de los cuales establecieron teorías cuya finalidad es generar más conocimiento y sobre todo, guiar la práctica enfermera.

La enfermería es una ciencia que abarca conocimiento, actividades asistenciales, empatía, humanización y aptitudes necesarias para atender de la manera más profesional las

necesidades de cada individuo, partiendo de una explicación fundamentada y varios paradigmas y postulados teóricos que deben estar cada vez más inmersos en los programas formativos de enfermería.

Las teorías constituyen un cuerpo de conocimientos avalados por la investigación científica y el análisis lógico, que suministran las bases para comprender la realidad en enfermería y capacitan al enfermero para entender por qué ocurre un hecho.

Con el aprovechamiento del conocimiento teórico el profesional puede ser capaz de describir y explicar que está ocurriendo, una vez comprendido el motivo que desencadena un problema es posible identificar las acciones que se pueden tomar para solucionar dicho dilema; lo que es aplicable no solo cuando se presentan situaciones difíciles, sino también antes de que se lleguen a producir, pues como se había mencionado anteriormente, con el conocimiento de las teorías es posible predecir y controlar fenómenos que pueden ocurrir en la práctica(León Román, 2017).

Es por ello que se enfatiza la importancia de conocer los postulados teóricos desde un nivel de pregrado, porque de esta manera el estudiante desde un inicio irá desarrollando la habilidad de identificar los condicionantes de un problema y a la vez, cuenta con la capacidad de contrastarlo con un postulado teórico de enfermería, favoreciendo la planificación, la predicción, y la evaluación de los resultados, fruto de los cuidados que dispense; además garantiza que el futuro profesional de los estudiantes en un ambiente hospitalario, se maneje un mismo lenguaje y concepciones similares respecto a los cuidados que caracterizan

el rol de la profesión. Así lo corrobora (Khun (1975), citado por López-Parra et al., 2006) “El estudio de los paradigmas prepara a los estudiantes que pretenden ejercer esta profesión y que conformarán la base de su práctica. Si se estudian y ponen en práctica los paradigmas, los miembros de dicha comunidad científica aprenden su profesión” (p. 219)

Las teorías son muchas y el tiempo de estudio quizá se torne corto para lograr estudiar y comprender todos los postulados de enfermería, por otro lado, son pocos los docentes que conjugan enseñanza con asistencia, creando una fisura entre la teoría con la práctica.

Así mismo, en la formación universitaria el sistema educativo no incluye entre los planes de estudio, la revisión obligatoria de los modelos y teorías de enfermería, que permita a los estudiantes desarrollar sus funciones con el mayor grado de optimización posible, y no se limiten a inventar un plan de cuidados con el único objetivo de aprobar la materia.

Así pues, es necesario que su estudio se integre desde los primeros ciclos para que a medida que los conocimientos avanzan, se vaya creando una relación con las teorías, implementándolas a la práctica en cualquier ámbito o nivel de atención en salud, siguiendo en la búsqueda que la práctica de la enfermería, tenga un buen fundamento teórico posibilitando el avance y reconocimiento de la ciencia enfermera en la comunidad de salud y la sociedad en general.

Figura 20

Postulados teóricos de enfermería



Nota. Información tomada de: Alligood, M.R. (2015). Modelos y teorías de enfermería. (8va. ed.) Elsevier

Postulados teóricos de enfermería que se pueden aplicar en el primer nivel de atención

La finalidad de enfermería en el primer nivel de atención como se mencionó en la figura 21, se centra en los cuidados a nivel de promoción, educación y prevención de salud y ser la puerta de entrada a la atención, marcando sus intervenciones con un sólido fundamento científico reflejado en las teorías.

En este apartado se mencionan algunos postulados teóricos que sirven de modelo para la aplicación en un nivel primario, y que a su vez permitirán al profesional brindar cuidados de calidad a sus pacientes.

Modelo de promoción de la salud Nola Pender

Este modelo es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, pues permite entender los comportamientos

humanos, relacionados a la salud, a su vez, brinda pautas para orientar a los individuos hacia conductas saludables.

Tras una experiencia de cuidado a un familiar, No la Pender sintió el deseo de cuidar de los demás, siendo su objetivo ayudar a las personas a que ellos mismos sean los protagonistas de su propia salud, contribuyó al conocimiento enfermero en promoción de la salud mediante su investigación, enseñanza, presentaciones y escritos; tras publicar diversos estudios, entre ellos A conceptual Model for Preventive Health Behavior que fue la base para el estudio posterior de cómo las personas tomaban decisiones de su propio cuidado de salud, en un contexto de enfermería en el que encontró factores que influían en las acciones de los individuos para prevenir enfermedades, lo que originó posteriormente el Modelo de Promoción de la Salud (MPS).

(Ariztizábal, Blanco, Sánchez, Ostiguín, 2011) el MPS sirve para identificar conceptos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud.

Se basa en dos sustentos teóricos:

1. Teoría del aprendizaje social. Da importancia a los procesos cognitivos en el cambio de conducta, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas y se requiere de: atención (estar expectante ante lo que sucede); retención (recordar lo que uno ha observado); reproducción (habilidad de replicar la conducta) y,

motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

2. La conducta es racional. Considera que el componente motivacional clave es la intencionalidad, es decir, cuando existe un compromiso personal claro y concreto de lograr una meta por parte del individuo, aumenta la probabilidad de conseguir dicho objetivo.

Dentro de este contexto Nola Pender describió características y aspectos específicos de la conducta, que motivan al individuo a ser parte del cuidado de su propia salud y que además sirven como modelo para guiar nuestro accionar en el campo asistencial en el primer nivel de atención, por lo tanto, debemos poner atención en los siguientes conceptos encontrados en el escrito de (Ariztizábal et al., 2011)

- Conducta previa relacionada y los factores personales. Hace referencia a las experiencias anteriores que pudieron tener efectos de compromiso, con las conductas de promoción de salud; también están los factores personales que pueden ser biológicos, psicológicos y sociales los cuales pueden influir mucho en el comportamiento de un individuo.
- El conocimiento, los sentimientos, las emociones y las creencias. Son puntos claves para el MPS, ya que definen los beneficios percibidos de tener una buena conducta de salud, además identifican las barreras que impiden tener un buen comportamiento, porque actúan de forma negativa obstaculizando un compromiso con la acción, incluso permiten reconocer la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar cierta conducta;

también se puede distinguir cómo las influencias interpersonales permiten que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud, cuando las personas importantes para ellos, esperan que se den esos cambios y ofrecen apoyo para permitirlos.

- Compromiso para un plan de acción. Constituye el antecedente para la conducta promotora de salud, en este compromiso pueden influir factores externos como: el trabajo o responsabilidades del cuidado por ejemplo en la familia, asimismo las preferencias personales que pueden generar un control muy estricto sobre las decisiones de elegir algo.
- Finalmente, la conducta promotora de salud busca obtener resultados positivos como: el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.

Este modelo de promoción de la salud Aporta una solución enfermera a la política sanitaria y la reforma al cuidado de la salud, ofreciendo un medio para comprender como las personas pueden verse motivadas para alcanzar la salud personal. A través de este modelo se conseguirá prestar la atención necesaria a cualquier caso de pacientes con enfermedades crónicas, niños, madres gestantes, la familia y la comunidad; con una precisa valoración de las conductas de salud. (Alligood, 2015)

Teoría del autocuidado Dorotea Orem

Esta teoría pretende abordar al individuo de manera integral, situando los cuidados básicos que se brindan en el primer nivel de atención como el centro de ayuda a la persona,

familia y comunidad; de modo que permitan vivir de una manera óptima durante más tiempo, ayudando a llevar a cabo por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y mejorar su calidad de vida.

Orem presenta su teoría de manera general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del autocuidado, que describe por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas, Teoría del déficit de autocuidado que explica como la enfermera puede ayudar a las personas y la Teoría de los sistemas de Enfermería, que describe las relaciones que hay que sostener para generar el cuidado enfermero. (Alligood, 2015)

Al tratarse de atención en el primer nivel se detalla a más profundidad la teoría del autocuidado, generando únicamente definiciones de las dos teorías complementarias.

El autocuidado se define como la capacidad que tiene el hombre para llevar a cabo libremente acciones por sí solas, con el interés de mantener una vida saludable tomando conciencia de su propia salud.

Dorotea Orem plantea requisitos de autocuidado universales ilustrados en la (figura 21). La persona aprende a medida que madura este aprendizaje se ve afectado por factores como la cultura, la religión y las costumbres; al mismo tiempo forman parte de una motivación intrínseca, para que el individuo sea responsable del cuidado de su salud.

Figura 21

Requisitos universales del autocuidado

REQUISITOS UNIVERSALES DEL AUTOCUIDADO	
1	Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2	Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
3	Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
4	Provisión de cuidado asociado a los procesos de eliminación
5	Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y descanso
6	Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad
7	La prevención de peligros para la vida
8	Promoción del funcionamiento humano y desarrollo de grupos sociales.

Nota. Información tomada de: Alligood, M.R. (2015). Modelos y teorías de enfermería. (8va. ed.) Elsevier.

Por otro lado, en la teoría del autocuidado se enfatizan aspectos relacionados a la motivación y cambio de comportamiento del individuo, haciendo de la educación en salud una herramienta de trabajo provechosa, idealizando al autocuidado como un sistema de acción en el que se deben tener presentes las siguientes pautas:

- Examinar los factores, problemas de salud y déficit del autocuidado del individuo.
- Recoger datos acerca de los problemas, valorar el conocimiento, habilidades y motivación del paciente.
- Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al paciente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de la salud.

- Asumir el papel de enfermero orientador, contando con la participación del paciente. (Prado Solar et al., 2014)

Es importante tener presente las pautas antes mencionadas, identificar los factores condicionantes básicos. menciona que dichos factores afectan a la capacidad del individuo de ocuparse de su autocuidado, y a su vez al tipo y cantidad de autocuidado, estos factores son: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, modelo de vida, factores del sistema sanitario, factores del sistema familiar, disponibilidad de recursos, factores externos del entorno. (Hernández et al., 2017)

Si se reúnen todas estas pautas, es posible como profesionales de enfermería, direccionar el accionar y brindar la orientación oportuna promocionando la salud y promoviendo el autocuidado en el primer nivel de atención, tomando como referencia la teoría de Orem.

Cabe recalcar que el autocuidado precisa de una acción intencionada y condicionada por la voluntad del individuo de cambiar su comportamiento, sumando la necesidad de transformar la mentalidad para mejorar su salud, por lo que es indispensable que el personal de enfermería siempre muestre su disposición de guiar, ofrecer apoyo y enseñar a la persona, familia y comunidad.

Modelo de adaptación Callista Roy

Este modelo surge de una experiencia personal que Roy tuvo en un hospital al estar en el servicio de pediatría, en el que observó la gran capacidad que tenían los niños para recuperarse

y adaptarse a la situación de la enfermedad y sus cambios, tal fue su impacto que decidió documentarlo considerándolo como reseña conceptual para la enfermería. su referente teórico fue el psicólogo Harry Helson que en su teoría menciona. “La adaptación depende de un estímulo recibido, lo que provoca una respuesta positiva o negativa y el proceso de responder de forma positiva ante cambios en el entorno”.

Roy en base a estos conceptos y con la ayuda de otras coautoras, desarrolló el modelo de adaptación que lo define según “Proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos de forma individual o grupal, utilizan la conciencia consiente y eligen para crear una integración humana y ambiental”. (Díaz, et al., 2009)

Dentro de este contexto compiló diversos conceptos relacionados al ser humano que sirven para entender este modelo, tales como: la autorrealización, las experiencias, ser holístico, autodeterminación y la transformación; de igual forma, valores que deben caracterizar a la enfermera como la humanización, considerar a la persona como un ser creado por la divinidad mostrando respeto por la vida.

Para entender la aplicación del modelo de adaptación en el primer nivel de atención, es necesario enfatizar que, como profesionales de enfermería, se debe entablar una buena relación con el paciente y desarrollar la capacidad de identificar su autodeterminación, de esa manera conocer si puede lograr un estado de adaptación al problema que lo aqueja, para lo cual es necesario identificar sus vivencias, valores, principios y sus relaciones con los que lo rodean.

Por consiguiente, se debe tomar en cuenta los planteamientos que Callista Roy expuso en su modelo, los cuales se detallan a continuación.

Sistema adaptativo humano

Los seres humanos somos tan diferentes y vivimos mundos desiguales, pero a lo largo del tiempo a través de procesos de aprendizaje adquiridos, muchos encuentran la manera de adaptarse a situaciones diversas, pero otros no logran desarrollar dicha capacidad, por lo que la enfermera debe tratar a todas las personas como seres únicos y autónomos, teniendo en cuenta que cada persona forma parte de un ambiente del cual no puede ser separado.

Es por esto que cuando un paciente acuda a el centro de salud como lo menciona (Díaz, et al., 2009) al realizar la valoración, se evalúa como un todo, la valoración fisiológica y psicosocial no solo permite conocer el estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo, cómo lo está afrontando y cuáles son sus expectativas frente al cuidado de enfermería, para promover la adaptación.

Ambiente

Según Roy, el ambiente las condiciones, circunstancias o influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos con particular consideración de la persona y los recursos del mundo.

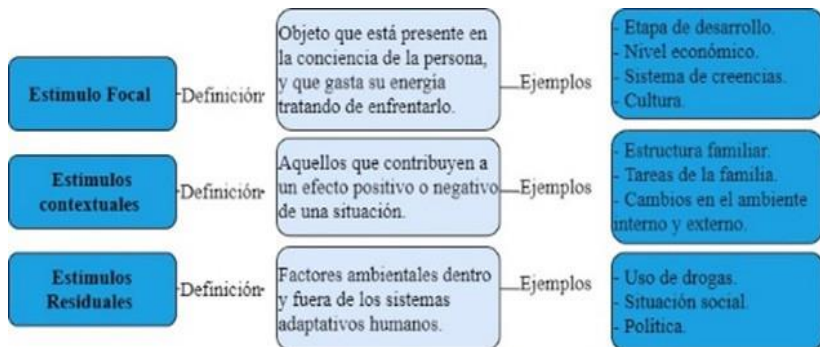
Considerando esta definición, se debe tener en cuenta que dentro de las circunstancias que rodean a la persona están las experiencias, que juegan un papel muy importante en materia de salud, pues al tener una mala experiencia con algún tratamiento o con el trato que le fue brindado en una anterior ocasión por el personal sanitario, se va a crear un ambiente hostil entre la persona y la enfermera, que afectará de forma negativa a su adaptación. (Díaz et al., 2009)

Estímulos

Callista Roy plantea que los estímulos son “todo aquello que provoca una respuesta y conforman un punto de interacción con el ambiente”. De la misma forma los clasifica como se ilustra en la figura 22. (Díaz et al., 2009)

Figura 22

Clasificación y ejemplos de los estímulos según Roy



Nota. Información tomada de: Díaz Leticia, M. Durán, P., Gallego, B. Gómez, E. Gómez, Y., González, M., Gutiérrez, Á., Hernández, J., Londoño, M., Moreno, B., Pérez, C., Rodríguez, C. Rozo, C., Umaña, S., Valbuena, R., Vargas, B. V. (2009). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. In Aquichan (Vol. 2, pp. 19–23). <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18/36>

El reconocer los tipos de estímulos en un paciente, debe ser un proceso dinámico pues como se había mencionado en el apartado anterior, todos los seres humanos somos diferentes y a medida que transcurre el día, varían los estímulos; el análisis de este estímulo permitirá al enfermero determinar la prioridad de necesidades, en los planes de cuidado y educación para la salud.

Modos de adaptación

Roy considera que las personas tenemos modos de adaptarnos, si bien pensamos que es algo innato que a lo largo de la vida se va adquiriendo, conforme la persona crece física y emocionalmente va desarrollando maneras de sobrellevar diversas situaciones, incluso en la salud, para tratar de sobrevivir. Por ello que se plantea los siguientes métodos de adaptación:

- Modo fisiológico o de las necesidades básicas. Son todas aquellas necesidades que nuestro cuerpo requiere para una correcta funcionalidad, ya sea a nivel hemodinámico, respiratorio y de alimentación, es decir a una respuesta física del paciente.
- Autoimagen. Se refiere al “YO” los pensamientos, las creencias y los sentimientos de una persona sobre sí misma y también a su imagen corporal.
- Función de rol. Trata del papel que cada uno desempeña en la sociedad ya sea padre, madre, hijo, enfermo, abuelo, jubilado. etc. Cuando uno de esos papeles se invierte, por ejemplo, un hijo que contrajo matrimonio y en unos meses será papá, tendrá que buscar las maneras de adaptarse a su nuevo rol.

- Interdependencia. Hace alusión a la manera a que una persona se relaciona con otra, integrándose, dando y recibiendo influencias.

Finalmente, la meta de la enfermera con la aplicación de este modelo en un nivel de atención primario, es garantizar un proceso de adaptación al problema que el paciente presente, mediante la valoración de estímulos, identificación de ambientes y la capacidad de autodeterminación; identificado esos puntos se podrá brindar en plan de atención para ayudar al paciente a su adaptación. De esta manera se cumple con la meta y se mantiene la integridad, mejorará la salud y calidad de vida de las personas.

Modelo de conservación Myra Levine

Este modelo propuesto por Myra Levine plantea que la adaptación “es el proceso de cambio mediante el cual el individuo se ajusta a la realidad de su entorno externo o interno para permanecer íntegro.” y es el proceso mediante el cual se logra la conservación cuyo propósito es la integridad de la salud. (Alligood, 2015)

Como hemos visto, su teoría se centra esencialmente en la conservación definida como “el modo en que los sistemas complejos son capaces de continuar funcionando en circunstancias difíciles.” Es decir, mediante la conservación los individuos son capaces de desarrollar estrategias que les permitan adaptarse a situaciones difíciles e incluso enfrentar adversidades con tal de sobrevivir. (Alligood, 2015)

El modelo de Levine 1973 resalta que las interacciones e intervenciones enfermeras pretenden mantener la globalidad y fomentar la adaptación y para llevar a cabo dichas intervenciones se deben ajustar a los principios de la conservación, detallados a continuación en la figura 23.

Figura 23

Principios de la conservación



Nota. Información tomada de: Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. ELSEVIER

Modelo de sistemas Betty Neuman

Neuman centra su modelo de sistemas en la atención a personas sanas y enfermas como un todo, para ello toma en cuenta los aspectos propios y extraños que influyen sobre la salud del individuo. Es por esta razón que se ubica su modelo en el primer nivel de atención, pues las pautas para la creación de dicho modelo se basan en 3 áreas que son: área psicológica, área filosófica y área biológica.

De acuerdo a estas áreas, Neuman se sustenta en modelos de otros autores como Gestalt, Hans Seyle, French Caplan, Karl Marx, entre otros, de los cuales genera varios conceptos importantes que toman fuerza para el diseño del Modelo de Sistemas, estos se describen de manera sencilla a continuación.

- El “estrés” teoría propuesta por Hans Seyle e interpretada por la teorista como... “Fuerzas del entorno y cuando la persona se enfrenta a estos factores, da como resultado la estabilidad o por el contrario la enfermedad” (Romero et al., 2007). Los tres tipos de factores estresantes son: Intrapersonales (dentro del sistema) interpersonales (entre dos o más sistemas) y extrapersonales (entre el sistema y las fuerzas externas). La reacción al impacto de estos factores estresantes en un individuo, se manifiesta con una mayor o menor estabilidad a nivel fisiológico (funciones corporales), psicológico (emociones) y socioculturales (influencias sociales) (De Marco et al., 2018). Para ello propone una relación de la Enfermería con niveles de prevención,

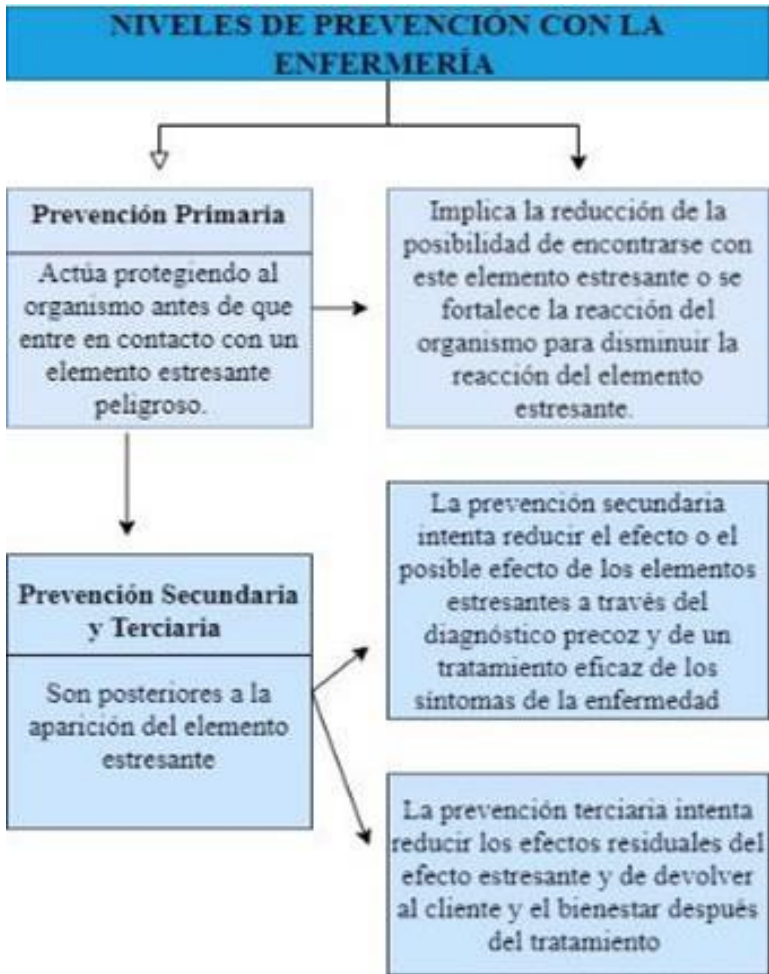
detallados en la figura 24 que serán de gran utilidad para guiarnos al momento de planificar intervenciones.

- Situaciones de crisis, teoría propuesta por French Caplan que tiene dos caminos: generar una personalidad fuerte para sobrellevar dicha crisis o también convertir a una persona vulnerable en todos los sentidos, siendo propenso a la enfermedad.
- El hombre no puede mantener una conducta estática, ya que constantemente tiene que interrelacionarse con su entorno para poder autosatisfacerse, por lo tanto, siempre va a responder a estímulos con el objetivo de mantener su bienestar
- Los sistemas pueden ser la familia, el individuo o la comunidad y se denominan sistemas abiertos, porque son seres vivos y en los cuales enfermería centra su labor.

Con estos antecedentes, Betty Neuman fundamenta su modelo de sistemas así lo indica el análisis de bases teóricas de en donde la persona (sistema) es el eje central del cuidado, en el cual siempre se debe tener en cuenta la interacción con el entorno y sus estresores para implementar medidas de intervención (Romero et al., 2007).

Figura 24

Niveles de prevención con la Enfermería



Nota. Información tomada de: Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. ELSEVIER

Modelo de la interacción para la salud infantil Kathryn Barnard

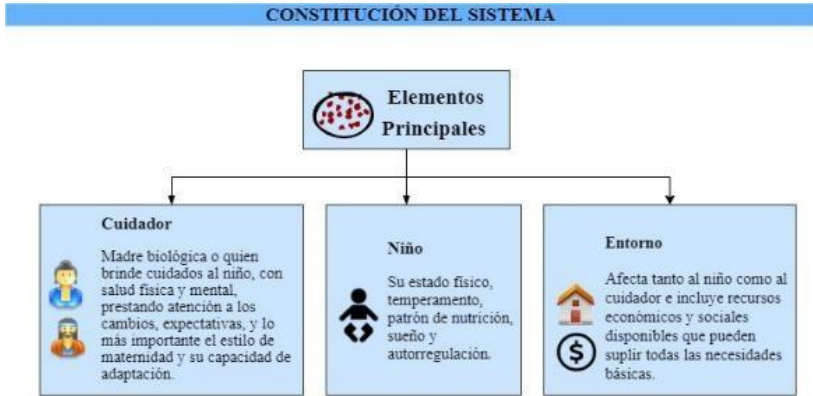
Es importante tocar el tema de la población infantil, más aún, en atención primaria en salud, es preciso mencionar que desde las primeras etapas de la vida la prevención juega un papel muy importante para el mantenimiento de la salud a lo largo de la existencia; en torno a los niños, los padres son los sujetos a intervenir. Por tanto, el modelo propuesto por Barnard será de gran ayuda.

La teoría de Barnard desde el punto de vista de (Cachupud & Cujano, 2019) se sustenta en postulados de psicología y del desarrollo humano, centra su investigación en la relación padres - hijo, permite medir efectos de la alimentación, enseñanza, entorno; por consiguiente, su aporte a la disciplina enfermera modificó la forma en que los profesionales de salud perciban y valoren las relaciones padres – hijo. Con respecto a esto va a permitir al personal de Enfermería, enfocarse en la forma del cuidado de los padres hacia el niño (a) e interpretarlas, para poder planificar actividades.

Para la comprensión del uso y/o aplicación de este modelo, es necesario mencionar que Kathryn estableció diferentes características del sistema de interacción padres – hijo, iniciando por la constitución del sistema dado por: el cuidador, el niño y el entorno (explícito en la figura 25) e influenciado por las características de cada miembro, las cuales pueden alterarse con la finalidad de satisfacer las necesidades del sistema.

Figura 25

Constitución del sistema según Kathryn Barnard.



Nota. Información tomada de: Cachupud, N., & Cujano, J. (2019). *Propuesta de valoración de enfermería al lactante según modelo de interacción padre-hijo de Kathryn Barnard*. Trabajo de Titulación, UNACH, 8(5), 55.

(Laguado, 2017) resalta que la interacción de padre o madre (cuidador) y el niño según el modelo de Barnard se da mediante cinco señales y actividades: claridad del lactante en la emisión de señales, reactividad del lactante a los padres, sensibilidad de los padres a las señales del lactante, capacidad de los padres para aliviar e identificar la incomodidad del lactante y actividades sociales que fomentan el crecimiento social y emocional, se explican mejor en la figura 26.

Figura 26

Señales y actividades de interacción entre padres e hijo

Señales y Actividades de interacción Padres-Hijo



<p>Claridad de los mensajes del lactante</p> <p>Los lactantes muestran signos de diferente clase: sueño, hambre, alerta, alegría, saciedad, así como cambios en la actividad corporal. Cuando en niño no es capaz de enviar señales dicha interacción puede deteriorar la capacidad de adaptación de los cuidadores. (Cachupud & Cujano, 2019)</p>  	<p>Respuesta del niño al cuidador</p> <p>El niño también ha de aprender a leer e interpretar signos que los padres transmitan para adaptar su conducta, claramente si no existe esta interacción será imposible la adaptación. (Cachupud & Cujano, 2019)</p>	<p>Sensibilidad de los padres a las señales de los niños.</p> <p>Los padres al igual que el niño, deben ser capaces de interpretar con precisión las señales enviadas para modificar su actitud oportunamente, pero hay distractores externos que influyen sobre esa capacidad de interpretar las señales como: aspectos laborales, académicos, conflictos emocionales que imposibilitan el grado normal de sensibilidad, al controlar dichos distractores los padres pueden interpretar adecuadamente los signos que transmite sus hijos. (Cachupud & Cujano, 2019).</p> 	<p>Actividades de los padres que fomentan el crecimiento social y emocional</p> <p>La capacidad para emprender actividades que fomenten al crecimiento emocional y social del niño depende de la adaptación de los padres a este proceso, siendo capaces de mostrar cariño al niño, y comprometerse en interacciones del ámbito social. (Cachupud & Cujano, 2019).</p> 
<p>Capacidad de los padres para aliviar el malestar del niño.</p> <p>Determinadas señales enviadas por el lactante indican la necesidad de que los padres le presten atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En primer lugar, debe ser reconocido la existencia de estas señales. • Posteriormente conocer la acción adecuada para disminuir dicha tensión. • Finalmente deben estar con buena disposición para poner en práctica este conocimiento 			

Nota. Información tomada de: Cachupud, N., & Cujano, J. (2019). *Propuesta de valoración de enfermería al lactante según modelo de interacción padre-hijo de Kathryn Barnard*. Trabajo de fin de grado, UNACH, 8(5), 55.

En definitiva, el modelo de la interacción está centrado en el óptimo desarrollo de los niños, teniendo como terapeutas a sus padres, además de que son ellos quienes son el eje central de intervención, cuyo objetivo es brindar apoyo y orientación para que puedan hacer fuerte a las reacciones comportamentales del hijo (a) (Laguado, 2017).

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

La diversidad cultural es un principio que está presente en todos los aspectos de carácter social, principalmente en salud es un tema que resulta un reto.

La realidad multicultural de los contextos en que se ejerce la atención sanitaria exige incorporar modelos teóricos integradores que permitan comprenderla, para brindar una atención en salud oportuna y pertinente a las comunidades a quien se dirige sus acciones, considerando la diversidad existente (Veliz-Rojas et al., 2019, p. 1).

Por ello es importante conocer desde ya que Madeleine Leininger propuso la teoría de la diversidad, misma que permitirá desarrollar competencias en el personal de enfermería para la atención primaria, centrada en la persona, familia y principalmente de la comunidad, ya que poseen diversos rasgos físicos, intelectuales, materiales, espirituales, tradiciones, formas de vida, e incluso diversos valores que son propios y que deben ser considerados parte del paciente e influyentes en su salud.

La teoría de Leininger presenta bases antropológicas y de Enfermería, a fin de descubrir las particularidades y universalidades de los cuidados de los humanos según la visión, para descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de diferentes culturas (Alligood, 2015).

El conocer de la diversidad cultural, modos de vida, creencias sirve como referencia para atender a todo tipo de pacientes, además de conocer cómo ellos se cuidan y qué elementos emplean para ello, también nos permite que sus creencias sean valoradas de tal forma que se crea un vínculo de confianza y no una barrera que haga pensar al paciente que se le quiere imponer ideas.

Esta teoría de la diversidad también es conocida como teoría de la transculturalidad, consta de tres conceptos fundamentales:

- Cultura. Entendida como los “valores, creencias, normas y prácticas de vida de un grupo en general, que puede ser una comunidad” (García Navarro, 2015, p. 25). El conocer esta definición es importante ya que ayudan a orientar el pensamiento, las decisiones y las acciones de Enfermería, pues la cultura influye muchísimo en los cuidados.
- Cuidados. Resaltan “la ayuda, apoyo o conductas de estímulo que facilitan o mejoran la situación de una persona tiene significados distintos en culturas diferentes determinados por: la estructura social, la visión del mundo y el lenguaje propio.” (García Navarro, 2015, p. 25).

Cuidados culturales. Hacen referencia a los “valores y creencias que ayudan o permiten a otras personas o grupo mantener su bienestar y mejorar sus condiciones personales o enfrentarse a la muerte o discapacidad.” (García Navarro, 2015, p. 25).

Para poder aplicar esta teoría, Leininger plantea que el profesional de Enfermería primeramente realice una valoración al individuo, dividido en dos secciones que se indican a continuación.

La primera desde la concepción del mundo que rodea al individuo expuesta en la figura 27.

Figura 27

Factores que rodean al individuo



Y en la segunda sección, se encuentran los destinatarios de los cuidados culturales considerando a:

- grupos de familias.
- comunidades.

Conociendo y valorando a los individuos desde estas dos secciones, se agregan otros puntos para la aplicación de esta teoría en la práctica como son:

- La visión del mundo. Se refiere, cómo los seres humanos ven el mundo y el entorno donde habitan, con sus normativas y reglas, es el significado del universo entero experimentado por un grupo cultural específico. El lenguaje es parte importante para identificar por parte de Enfermería, el conocer las distintas lenguas permite brindar un cuidado más acertado y que el individuo, familia o comunidad se sienta más comprendido (Bernal & Guachun, 2018, p. 16-17).
- Contexto ambiental. Se toman en cuenta los hechos o experiencias en determinados entornos ya sean físicos, ecológicos, políticos o sociales. Valorar este contexto brinda información provechosa que se debe tener en cuenta al momento de realizar los planes de cuidado, ya que estos son de manera individualizada.
- Bienestar tradicional. Según (García Navarro, 2015) “hace referencia a los cuidados o las prácticas que tienen un significado especial en una cultura y que son usadas para ayudar o asistir a las personas en su casa o comunidad” (p. 26). Indagar sobre estos cuidados o prácticas por parte del profesional de Enfermería es

primordial, porque van a permitir complementar dichos cuidados, con los brindados por el sistema de salud; de tal manera que se actúe en función de cada cultura y cada paciente, siempre respetando su criterio y no ponerse por encima del criterio del paciente, el nuestro. De esa manera la recuperación del individuo será más efectiva, además se crea un entorno de confianza con el personal sanitario.

- Los cuidados de negociación. Son aquellos que se tratan con el individuo incluyendo a su familiar, en la gestión de los cuidados, son aquellos que se brindan para la modificación de ciertos hábitos y prácticas de cuidado que quizá no son muy acordes al padecimiento del paciente, pero como son sus creencias, él las defiende. La finalidad es conseguir que los individuos de una cultura finalmente adopten los cuidados que se les ha indicado, pero, incluyendo alguna práctica de su rutina.
- Cuidados de reorientación. Es aquí donde los conocimientos de la enfermera/o sobre la cultura o grupo de procedencia de los individuos deben prevalecer, pues deben ser utilizados para facilitar la curación del paciente. Además de reorganizar la manera de vivir por uno nueva, respetando completamente los valores culturales.

Postulados teóricos de enfermería que se pueden aplicar en el segundo y tercer nivel de atención

La finalidad del segundo y tercer nivel de atención se centra en el rol asistencial de la enfermera y pacientes con un problema de salud establecido, además de su recuperación total que puede

requerir de procedimientos y atención más compleja, como cuidados para rehabilitación en caso de que el problema de salud del paciente lo requiera. A continuación, se describen modelos y teorías de Enfermería considerados para estos dos niveles de atención.

Teoría del cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de enfermería Patricia Benner

Patricia Benner ha estudiado la práctica de la enfermería clínica cuya actividad es realizar labores asistenciales y a la vez relacionarse con pacientes que tienen una situación a veces igual y otras veces distinta de salud; donde se genera un ambiente con elementos de repetición, lo que permite crear habilidades y destrezas propias del área clínica.

La esencia de enfermería es el cuidado y el velar por la salud del paciente en todo momento sea del sano, como del enfermo, adentrándonos un poco más en el rol asistencial que implica los cuidados en la parte clínica

La práctica clínica supone tanto habilidades como conocimientos que deben ser puestos en práctica para la prestación de cuidados de calidad, que la enfermera debe relacionar con lo aprendido en el pregrado, es decir con conocimientos científico a lo cual se suma la destreza que debe tener para ejecutar la acción en sí. (Carrillo Algarra et al., 2013)

Por tanto, la responsabilidad de la enfermera es buscar que la teoría fundamente y guíe su práctica, es importante recalcar que esto es un proceso y Benner lo plantea en diferentes niveles que se describen en la figura 28.

Figura 28

Nivel de adquisición de habilidades.



Nota. Información tomada de: Carrillo Algarra, A. J., García Serrano, L., Cárdenas Orjuela, C. M., Díaz Sánchez, I. R., & Yabrudy Wilches, N. (2013). Review of Patricia Benner's philosophy in clinical practice. *Enferm. Glob*, 12(32), 346– 361. <https://doi.org/10.6018/eglobal.12.4.151581>

Una vez descritos los niveles de adquisición de habilidades y reconociendo las características que definen a la enfermera/o en la práctica clínica, Patricia Benner gracias a estudios realizados, extrajo varios dominios de situaciones reales de la práctica clínica que deben adaptarse para ser utilizados en la práctica clínica, en cada institución de salud y estos son:

- 1) El rol de ayuda.
- 2) La función de la enseñanza- formación.
- 3) La función del diagnóstico y seguimiento del paciente.

- 4) La gestión eficaz de cosas que cambian con rapidez.
- 5) La administración y vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos.
- 6) El seguimiento y garantía de calidad de las prácticas de cuidado de la salud.
- 7) Las competencias organizadoras del rol de trabajo

Adaptar estos dominios en la práctica clínica, asegura que la atención sea más efectiva y por tanto garantice cierto límite de seguridad para que el paciente se sienta seguro de la atención que recibe, al mismo tiempo mejore notablemente su estado de salud.

Por otro lado, haciendo énfasis en la primera parte (figura 28) que describe el nivel de adquisición de habilidades que los profesionales obtienen a través de la experiencia, es preciso rescatar que el área clínica está dividida por secciones de atención, de acuerdo al tipo de atención que requieren los pacientes, por ejemplo, las áreas de UCI, urgencias y pediatría las cuales requieren habilidades específicas.

En el área de UCI. La enfermera que atiende en UCI requiere un nivel de “experta” pues debe tener conocimientos científicos, tecnológicos, afectivos y emocionales. Por otro lado, debe componerse de agilidad, sabiduría e intuición.

En el área de urgencias. Se requiere de una enfermera de nivel “experta” ya que de sus acciones va a depender la vida del paciente, además en esta área no solo trabaja enfermería, sino también se incluye un equipo multidisciplinario, por tanto, se debe crear la capacidad de trabajo en equipo, toma rápida de decisiones acertadas y resolución de conflictos; hay que destacar

que los niveles de estrés son muy elevados en estas situaciones porque el equipo de trabajo se encuentra bajo presión, por tanto el desarrollo de una práctica tranquila y bien organizadas, mantendrá al margen el cuidado en UCI.

Área de pediatría. Se requiere de un “nivel eficiente” pues se tiene que atender al binomio madre-hijo, así lo describe “El niño percibe la enfermera/o como una persona amigable que debe ser eficiente para disminuir el efecto negativo que genera la hospitalización, permitiendo el proceso de recuperación más rápido.” En estos servicios la mayoría de veces los enfermeros y enfermeras son evaluados por los padres, por lo tanto, su nivel de eficiencia debe ser el máximo. (Velázquez et. al (2009) citado en Carrillo Algarra et al., 2013)

Por consiguiente, el nivel de habilidad es clave para la aplicación de esta teoría, saber reconocer las características y adaptarlas a la realidad de cada uno es lo esencial, además de ir día a día preparándose académicamente y en la práctica para ascender de nivel y garantizar la mejor atención para el paciente.

Teoría de los cuidados Kristen Swanson

La teoría de los cuidados propuesta por Swanson ofrece una explicación del modo de cuidado que las enfermeras y enfermeros utilizan en la práctica asistencial “Hace hincapié en el bienestar de todos”, por ello describe 5 procesos del cuidado.

- Conocimiento. Describe como “esforzarse para comprender el significado de un suceso en la vida de otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la

que cuida, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y es cuidado.” (Alligood, 2015, p. 743). Es decir, estar empapados del problema del paciente, sus miedos, preocupaciones e inseguridades para poder resolverlas de la manera más efectiva y crear un compromiso con el paciente.

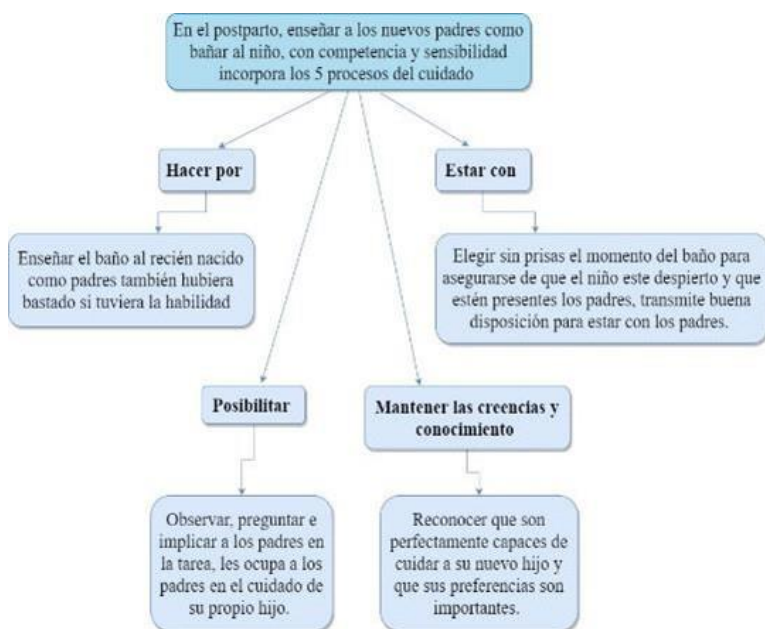
- Estar con. Swanson lo definió “Estar emocionalmente presente para el otro, incluye estar allí en persona.” Lo es interpretado como estar con el paciente todo el tiempo que él lo necesite, mostrar que se dispone de tiempo para lo que él requiera, además de compartir sentimientos para que no sienta soledad y tampoco se abrume por su enfermedad. (Mckelvey, 2018, p.8)
- Hacer por. Aquí se refiere a lo que haría por uno mismo, si previendo necesidades y atención adecuado para con el paciente y ejerciendo con habilidades y competencias e importante que la empatía esté presente en todo momento, tratar de protegerlo, respetando siempre su dignidad.
- Posibilitar. Se trata de mostrar el camino para que el paciente este orientado en el espacio que está siendo atendido y que sienta el apoyo por parte de enfermería, llevándose una experiencia no tan desagradable.
- Mantener las creencias. La parte cultural- espiritual siempre esta presenta como parte innata de todo ser humano, en esta teoría tampoco se deslinda. En la que la enfermera o enfermero mantiene la esperanza en todo momento, que sus cuidados cambiaran el estado de salud del paciente positivamente, mostrándose siempre

optimista y elevando la autoestima del paciente siempre y cuando sea posible, para obtener mejores resultados.

Estos 5 procesos explican que los cuidados se realizan de forma secuencial, así lo manifiesta (Alligood, 2015) que los cuidados creados por la propia actitud filosófica enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimiento) los mensajes verbales y no verbales transmitidos al paciente (estar con) y las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el paciente). En la figura 29 se describe un ejemplo de aplicación en el ambiente hospitalario, para una mejor comprensión de aplicación de esta teoría.

Figura 29

Ejemplo de aplicación de la teoría de los cuidados



Nota. Información tomada de: Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías de enfermería*. ELSEVIER

Referencias

Alligood, M.R. (2015). *Modelos y teorías de enfermería*. (8va. ed.) Elsevier. ISBN 978-84-9022-727-5

Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N., & Fábrega, R. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1–6. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.104> <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e104/es>

Ariztizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A. Ostiguín, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 16–23.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003

- Bernal, M. F. P., & Guachun, D. A. P. (2018). *Aplicación del modelo de Madeleine Leininger a los adultos mayores de la parroquia Sidcay, cantón Cuenca periodo septiembre 2017-febrero 2018*. Trabajo de fin de grado. Universidad Católica de Cuenca. <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/6446>
- Betancourt Jimbo, C.R., Cachupud Cuji, N. B., & Cujano Ortiz, J. (2019). *Propuesta de valoración de enfermería al lactante según modelo de interacción padre-hijo de Kathryn Barnard*. Trabajo de Titulación, UNACH, <https://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6027>
- Bondarenko Pisemskaya, N. (2009). El concepto de teoría: de las teorías intradisciplinarias a las transdisciplinaria. *Revista de Teoría y Didáctica de las Ciencias Sociales*, 15, julio-diciembre. pp. 461-477 Universidad de los Andes <https://www.redalyc.org/pdf/652/65213215010.pdf>
- Carrillo Algarra, A. J., García Serrano, L., Cárdenas Orjuela, C. M., Díaz Sánchez, I. R., & Yabrudy Wilches, N. (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*, 12(32), 346-361 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021
- De Marco, R. F., Fawcett, J., & Mazzawi, J. (2018). Covert incivility: Challenges as a challenge in the nursing academic workplace. *Journal of Professional Nursing*, 34(4), 253–258. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.10.001>
- Díaz L., Durán, M., Gallego, P., Gómez, B., Gómez, E., González, Y., Gutiérrez, M., Hernández, A. Londoño, J., Moreno, M., Pérez, C., Rodríguez, C., Roza, C., Umaña, C., Valbuena, S., Vargas, R., B. V. (2009). Análisis de los

conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. In *Aquichan* 2, pp. 19–23). <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18/36>

García Navarro, E. B. (2015). *Competencia cultural en salud: conocimientos, prácticas culturales, y actitudes ante los cuidados*. Doctorado, 1–240. <http://hdl.handle.net/10272/11441>

Gravante, G., Rai, S., & Jadhav, V. (2014). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Surgery (United States)*, 155(5), 954–955. <http://doi.org/10.1016/j.surg.2012.11.023>

Hurtado Romero, D. S., & Lescas Reyes, S. K. (2017). *Propuesta tecnológica para el desarrollo de una plataforma web para agendamiento de citas en dispensarios del sistema de salud pública: caso dispensario 12*. Tesis. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/22321>

Laguado, E. (2017). Cuidado de enfermería a padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos. *Revista CUIDARTE*, 20, 550–556. <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v4n1/v4n1a17.pdf>

León Román, C. (2017). Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(4). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587>

López-Parra, M., Santos-Ruiz, S., Varez-Peláez, S., Abril-Sabater, D., Rocabert-Luque, M., Ruiz-Muñoz, M., & Mañé-Buxó, N. (2006). Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enfermería Clínica*, 16(4), 218– 221. ISSN 1130-8621

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2037360>

Mckelvey, M. M. (2018). Finding Meaning Through Kristen Swanson's Caring Behaviors: A Cornerstone of Healing for Nursing Education. *Creat Nurs.* 1;24(1):6-11. doi: 10.1891/1078-4535.24.1.6. PMID: 29490829. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29490829/>

Ministerio de Salud Pública. (2015). *Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo al sistema nacional de salud*. Acuerdo Ministerial 5212, Registro Oficial Suplemento 428 de 30-ene.-2015 Estado: Vigente <http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo%20Ministerial%205212.pdf>.

Naranjo Hernández Y., Concepción Pacheco J. A, Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Méd Espirit [Internet].* 19(3): 89-100. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

Organización Panamericana de la Salud. (1997). *La importancia del personal de enfermería: centros colaboradores de la OMS para la red de enfermería y partería*. Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la Organización Panamericana de la Salud 16 al 18 de julio de 1997. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/35246/doc023.pdf?sequence=1>

Pérez Pimentel, S. (2009). Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad

urbana: Camaguey, 2008. *Rev Cubana Enfermer*, 25 (3-4) jul.-dic. 2009
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200003

Pisemskaya, N. B. (2009). El concepto de teoría: de las teorías. *Revista de Teoría y Didáctica de las Ciencias Sociales*, 15, 461–477.
<https://www.redalyc.org/pdf/652/65213215010.pdf>

Prado Solar, L. A., González Reguera, M., Paz Gómez, N., & Romero Borges, K. (2014). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835–845. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242014000600004&script=sci_abstract

Romero, G., Flores, E., Cárdenas, P., & Ostiguín, R. (2007). Análisis de las bases teóricas del modelo de sistemas de Betty Neuman. Resumen. *Enfermería Universitaria*, 4(1), 44–48. <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/470>

Torres Esperón, J. M. (2006). *Definición de funciones de enfermería por niveles de formación: propuesta para el sistema de salud cubano*. Doctor en Ciencias de una Especialidad, Escuela Nacional de Salud Pública. <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/140148>

Van der Stuyft, P. and De Vos, P. (2008). La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de

la salud. *Rev Cubana Salud Pública*, 34(4), p.0-0. ISSN 0864-3466 <http://scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/>

Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. F., & Silva- Fernández, M. (2019). Intercultural skills in primary health care: A challenge for higher education in contexts of cultural diversity. *Cadernos de Saude Publica*, 35(1), 1–11. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00120818>

CAPÍTULO 5

GUÍA DE APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO DIRECCIONADA AL ÁMBITO COMUNITARIO



Capítulo 5

Guía de aplicación del proceso enfermero direccionada al ámbito comunitario

Introducción

En la atención primaria de salud, el cuidado del profesional de enfermería va orientado a la consecución de la promoción de la salud, prevención, recuperación, rehabilitación y reinserción a la sociedad del individuo al que ha aquejado alguna enfermedad, instalando y garantizando el acceso a los servicios por parte de las personas, familia y comunidad en general.

La sociedad cambiante y sus transformaciones van de la mano con las necesidades de recibir cuidados sobre la salud, los mismos que han ido volviéndose más complejos y condicionan directamente la calidad de vida de la comunidad, sus familias y a nivel personal, entonces es imperativo que estos cuidados enfermeros se manifiesten desde una perspectiva holística, los mismos que constituyan la prevención, la distribución de la información y la educación a la población.

En el direccionamiento hacia la comunidad, la población es el eje principal de estos cuidados, motivo por el cual, inexcusablemente, estará inmerso en el proceso del cuidado de la salud de sus miembros, tomando como base sus propios recursos y comprometerla a integrar las decisiones sobre las problemáticas que afectan a su estilo de vida en general.

Por ende, es necesario la creación de una guía que permita organizar e identificar dichos problemas y proponga un punto de transición de la información relacionada con el proceso de atención de enfermería, la misma que será la mediadora de la consolidación y cumplimiento holístico de este proceso.

Para facilitar y cohesionar la ejecución del proceso enfermero, esta guía ha sido fundamentada con contenido estandarizado NANDA- NIC-NOC y organizada conforme a los requerimientos de los mismos. Todo esto estratégicamente direccionado a la facilidad de interacción entre los profesionales de enfermería ya que representa un lenguaje universal en la carrera, y facilitando la planificación de dicho proceso para la ejecución en la comunidad.

Objetivos General

- Fortalecer la planificación, elaboración, ejecución y evaluación del proceso enfermero a nivel comunitario y de atención primaria en salud.

Específicos

- Robustecer la fundamentación científica de los involucrados en el proceso de atención de enfermería.
- Dinamizar el manejo de en la ejecución del mismo hacia la comunidad. las teorías y taxonomías de atención en salud basados en NANDA-NIC-NOC.
- Asegurar la calidad del proceso enfermero.

Definición y perspectiva del proceso de atención de enfermería

El proceso de atención de enfermería es una herramienta pedagógica y facilitadora del aprendizaje durante todos los años de la carrera, pues ofrece una formación integral al estudiante, lo que le permite desarrollar el aprendizaje y adquirir habilidades, además aborda a la persona durante todo el ciclo vital y permite articular e integrar los conocimientos conceptuales, filosóficos, técnico científicos y bioéticos en las diferentes asignaturas que hacen parte del núcleo fundamental y flexible del currículo (Tiga et al., 2021).

El proceso de atención de enfermería es el método sistemático y organizado para administrar de acuerdo con el enfoque básico, en que cada persona o grupos de personas responden de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud.

Es decir, el proceso de atención de enfermería representa un sistema científico, educativo, formativo y ejecutorio, dirigido a la atención integral de los pacientes y la comunidad en general, mediante el cual se brinda la holística y fundamentación de los cuidados impartidos por todos los profesionales y estudiantes del área de enfermería, que se apoyan y hacen uso del mismo. Este proceso representa la columna vertebral del arte del cuidado del profesional de enfermería, y más aun de la rehabilitación y reinserción del paciente en el mundo actual.

Figura 30

Etapas del proceso de atención de enfermería



Nota. Tomado de <https://hablemosdeenfermeria.blogspot.com/2015/07/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae.htm>

La dinámica de las etapas del proceso enfermero representan un sistema cohesionado, delimitado, estructurado y fundamentado, el cual será orientativo al personal de enfermería en su accionar y pensamiento crítico al momento de la consecución de los objetivos trazados y la ejecución de los cuidados planificados hacia la integridad de la persona y la comunidad.

Etapa 1: valoración

Recurso jerarquizado y sistemático de recolección de información relacionado con la salud individual, familiar y comunitario. en base a diversas fuentes. Recolección y sistematización de la documentación sobre la situación de salud

en busca de hallazgos de funcionamiento antinatural o factores amenazantes que puedan desencadenar problemáticas, así como medios y capacidades con los que cuentan individual y grupalmente.

Recolección de datos

Esta etapa inicial permite al profesional de enfermería recabar la información actualizada y en tiempo real de la salud de la persona, la misma que será el pilar en el proceso de planificación de las actividades de enfermería, direccionadas a la obtención concisa de los objetivos. En relación a la información recogida, se determinarán las normativas de una atención e individualización de los cuidados de calidad, esta misma incluye algunas fases:

Recogida de datos. Principalmente se recaba datos en base a las necesidades básicas de V Henderson incluyendo los de tipo: subjetivos, objetivos, antecedentes, actualizados, globales y focalizados. Nos guían en relación al nivel de independencia y si dichos comportamientos u accionares del individuo resultan ser apropiados y capaces para cubrir eficientemente las necesidades básicas.

Obtención de los datos

La obtención de los datos se realizará de 2 fuentes fundamentales:

- a. Paciente. Mediante técnicas de recolección de datos como: entrevista, observación, indagación antecedente. examen y exploración física.
- b. Familiares. A través de información originaria de registro e historias clínicas de otros prestadores de servicios de salud.

Todos estos métodos estandarizados y técnicas mediante las cuales se realizará la recolección de datos, siempre deben constar en los informes y registros que realiza el personal de enfermería a cargo.

Validación o comprobación de los datos: consiste en corroborar los datos y que estos mismos se presenten con exactitud, veraces y cabales, de esta manera impidiendo la aparición de errores y desenlaces apresurados. Es necesario clasificar todos los datos que sean considerados como prioridad o claves, ya que permitirán determinar un diagnóstico, y así mismo los que resulten equívocos o inadecuados.

- Marjory Gordon suministra una validación en base a los 11 patrones funcionales.
- Dorotea Orem establece en base a ocho requisitos de autocuidado y asistencia.
- Callista Roy propone un modelo de adaptación para la persona en base a tres clases de estímulos y cuatro ejes.
- Betty Neuman precisa un modelo de aparatos y sistemas anatómicos en una secuencia céfalo- caudal.

- Nola Pender: propone un basado conducta preventiva y guiado por un modelo de promoción.

Organización de los datos. Consiste en agrupar la información conforme al grado de relevancia y relación entre ellos. La organización metodológica permite la fácil identificación de problemas, situaciones de autonomía y dependencia sobre los cuales se planificará los cuidados particularizados.

Agrupación de los datos en base a la valoración por necesidades

Para la correcta organización de datos es necesario establecer:

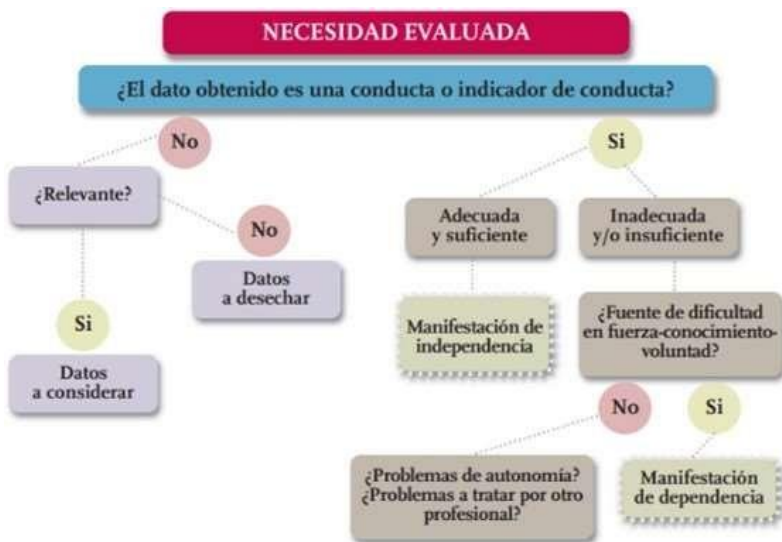
- **conductas:** representadas por datos objetivos (síntomas).
- **indicadores de conducta:** datos subjetivos (signos).
- **datos a considerar:** son los que no se hallan incluidos en ningún grupo, pero resultan relevantes en la etapa de planificación; ejemplo: factores personales, socio-económicos, familiares etc., los cuales posee una persona, y así mismo, factores individuales que intervienen en la complacencia de sus necesidades.
- **manifestaciones de independencia:** comprende la satisfacción de la necesidad que ha sido evaluada a través de la ejecución acertada de acciones autónomas de una

persona y la de terceros, en base a la situación actual y de salud en la cual la persona se encuentra inmersa.

- **manifestaciones de dependencia:** comprende la no satisfacción de las necesidades que han sido evaluada como resultado de accionares inapropiados o escasos, a cargo del involucrado o de terceros en función de su cronología, y problemática de salud actual, y por ende, necesitará un reforzamiento para al alcance de los objetivos establecidos.

Figura 31

Flujograma de valoración en el proceso enfermero



Nota. Bellido Vallejo, J. C., Lendínez Cobo, J. F . (2010). *Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN* (Primera Edición). Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>

Etapa 2: diagnóstico

Representa el juicio clínico que se antepone sobre la reacción de una persona, entorno familiar o comunitario anverso a problemáticas de salud vitales ya sean reales o potenciales. El diagnóstico del proceso enfermero establece el pilar para la clasificación de las intervenciones de enfermería, direccionadas a cumplir los objetivos que el profesional de enfermería se ha planteado.

Es el vínculo entre la planificación y la valoración mediante el cual, partiendo del análisis crítico de la información obtenida, desenlazará en la caracterización de los problemas que se quiera resolver a través del plan de cuidados de enfermería.

Esta etapa consta de dos fases:

- a. Análisis de datos. Después de establecer los datos, se constituyen los vínculos entre las claves y se dilucidan, permitiendo la detección de los problemas de colaboración real o potencial, los mismos que demandan un abordaje multidisciplinario, y luego se instituyen los diagnósticos enfermeros que surgirán de forma independiente.

b. Identificación de los problemas:

- **Problema de colaboración.** Son todos aquellos que demuestran agudizaciones reales o potenciales procedentes de una patología o tratamiento, en las que el individuo demande del personal de enfermería realizar o apoyar las actividades indispensables para la identificación del tratamiento y control de las indicaciones dadas por otro profesional (médico).
- **Diagnóstico de enfermería.** Juicio formulado en base a circunstancias que la enfermera identifica; contrasta de manera autónoma y con absoluto control, responsabilidad y profesionalismo de la situación; presenta de forma independiente, el mismo que está orientado a la consecución de los objetivos planteados y por ende recuperar y satisfacer las necesidades del individuo.
- **Problema de autonomía.** Escenario en el cual al paciente se le imposibilita satisfacer sus necesidades de manera independiente, debido a que aún no ha recuperado la capacidad de hacerlo, o la ha perdido de manera temporal o definitivamente, por lo que no se tiene respuesta incluso trabajando sobre la fuerza, voluntad o conocimiento. En este punto es necesario capacitar a un agente de autonomía asistida, que ejecute las intervenciones necesarias.

Los diagnósticos enfermeros detectados pueden ser reales o potenciales de riesgo.

Diagnóstico de enfermería real. Detalla como el individuo responde a los estados de salud que existen en si mismo, y cómo influye a nivel familiar o comunitario.

Su caracterización se fundamenta en la presencia de particularidades determinantes, o manifestaciones del problema al momento de llevar a cabo la valoración.

Diagnóstico de enfermería de riesgo.: Detalla problemáticas de salud que pudieran manifestarse en el futuro, a raíz de la omisión o inicio tardío de las medidas preventivas relacionadas con los factores de riesgo identificados al momento de la valoración.

Los diagnósticos de enfermería se enuncian utilizando la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 2016)

- **Nombre o etiqueta.** El componente más importante ya que representa el inicio del proceso de la formulación de diagnósticos. El mismo puede incluir modificadores en su elaboración: año de creación, año de modificación, año de revisión.
- **Definición.** Concepto acertado y concisa de la problemática. Afirma su significado y diferencia los diagnósticos.

- **Factores relacionados y/o de riesgo** (relacionado con R/C). Elementos y situaciones que originan la problemática o favorecen su desarrollo. Estos deben ser solventados a través de acciones propias de enfermería; sobre estos elementos las acciones de enfermería y actividades tienen que estar bien enfocadas. Si a pesar de las intervenciones de enfermería, dudamos del alcance de los objetivos planteados (criterios de resultado: NOC) y no logramos resolver la problemática, estaríamos frente a un problema de colaboración o ante uno de autonomía.
- **Características definitorias.** Conjunto de caracteres y sintomatologías que se relacionan a la problemática que se observan en la respuesta de un individuo. Presentaciones clínicas que detallan un conjunto de manifestaciones de tipo objetivo y subjetivo las cuales muestran la representación de la etiqueta diagnóstica, la misma que está expresada por parte del individuo o su familia a manera de términos verbales, síntomas y signos, a excepción de los diagnósticos de riesgo, los cuales se pueden desarrollar posteriormente en el caso de no intervenir apropiadamente.

Características

- Suministra lenguaje fácil y coherente.
- Derivados de la valoración integral.

- La resolución del problema de salud es proporcional a la responsabilidad del profesional de enfermería.
- Sus métodos son dinamizados.
- Diferencia a la profesión de otras ramas escenarios.

Eje diagnóstico

Se define como la extensión o alcance de la respuesta del individuo considerada en el proceso diagnóstico, dividido en 7 ejes a tomar en cuenta:

- Eje 1: foco diagnóstico: etiqueta diagnóstica.
- Eje 2: sujeto del diagnóstico: paciente, entorno familiar, entorno comunitario, (EAIS).
- Eje 3: juicio: descriptor o modificador.
- Eje 4: localización: lugares o zonas afectadas.
- Eje 5: edad: grupo etéreo según clasificación disponible.
- Eje 6: tiempo evolución: agudo, crónico, continuo, intermitente, situacional.
- Eje 7: estado del diagnóstico: categorización del diagnóstico.

Identificación de diagnósticos

- **Diagnóstico enfermero focalizado en el problema:** juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad a una afección de salud/ proceso vital. (Etiqueta, características definitorias y factores relacionados).
- **Diagnóstico enfermero de riesgo:** juicio clínico en relación a la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/ proceso vital (Etiqueta y factores de riesgo)
- **Diagnóstico enfermero de promoción de salud:** juicio clínico, en relación con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud humano. (Etiqueta y características definitorias)

Reglas para la formulación de los diagnósticos y problemas Identificados

Diagnóstico real

Formato PES (Problema - Etiología-Signos y síntomas) o **PER** (Problema -Etiología-factores Relacionados).

Problema (Etiqueta) **relacionado con** (factor relacionado) **manifestado** por (características definitorias).

(00051) Deterioro de la comunicación verbal R/C Diferencias culturales M/P dificultad para comprender y expresarse.

Diagnóstico de riesgo

Problema (Etiqueta) **relacionado con** (Factor de riesgo).

No hay manifestaciones del problema puesto que no ha aparecido, a pesar de la presencia de factores de riesgo.

(00155) Riesgo de Caídas R/C debilidad en miembros inferiores, presencia de obstáculos (alfombras) e iluminación deficiente.

Problema de autonomía.

Área del déficit + tipo de suplencia

Movilización y mantenimiento de una buena postura: suplencia parcial/total.

Problema de colaboración.

Complicación Potencial (Problema que puede aparecer) + **secundario a/relacionado con** (causa que puede originarlo).

CP: Hipotensión arterial secundaria a/relacionada con tratamiento con vasodilatadores.

Problema de colaboración (problema ya instaurado) + secundario a/relacionado con (causa que lo origina).

Edema agudo de pulmón secundario a/relacionado con insuficiencia cardíaca.

Etapa 3: planificación

Clasificación e inclusión de prioridades para el abordaje de las problemáticas:

- Problemáticas que atenten contra la integridad y la vida del individuo.
- Problemáticas distinguidas por el individuo, entorno familiar o como prioridad.
- Problemáticas que aporten a la persistencia o consecución de otras problemáticas y cuya resolución las reduce o corrige.
- Problemáticas a solventar por el personal de enfermería.
- Problemáticas a solventar de manera multidisciplinaria.
- Determinación de los resultados (objetivos) de una manera clara, de forma que pueda direccionar el accionar del profesional de enfermería y expresados en procesos conductuales evidentes a los ojos del individuo.

¿Cómo se beneficiará el individuo? ¿Qué puede hacer?
¿Cuándo hacerlo?

Los objetivos se constituyen usando la Sistematización de Resultados de Enfermería (NOC).

Selección de actividades e intervenciones

- En los Dg. Reales las intervenciones se direccionarán sobre los factores relacionados para lograr la disminución, control y erradicación de las manifestaciones.
- En los Dg de Riesgo la intervención se direccionar a actuar sobre los factores de riesgo, evitando la aparición de un problema, así como el descubrimiento prematuro en caso de originarse este.

Registro del Plan de Cuidados: elemento y material fundamental en la planificación de cuidados y la prolongación de estos, dinamizando la comunicación de los profesionales de la salud. Este registro administra los cuidados y es el pilar de la evaluación de los avances, adicional es un instrumento para la investigación en el factor de cuidado y requisito legal.

Las intervenciones de enfermería se constituyen utilizando la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Etapa 4: ejecución

Cumplimiento de las intervenciones planificadas para la consecución de los objetivos instaurados en el plan de cuidados.

Se definen 3 pasos importantes:

Preparación

- Adecuación efectiva del plan de cuidados y su transportación a la situación actualizada del individuo antes de la ejecución, revisar el surgimiento de nuevas problemáticas.
- Valorización de los conocimientos y habilidades del individuo para la realización del plan.
- Disponer de talento humano y recursos, materiales y económicos necesarios.
- Adecuar el entorno para el accionar del profesional que sus actividades se desarrollen en un entorno seguro.

Etapa 5: evaluación

En esta etapa final del proceso de atención de enfermería, el profesional valora en que escala ha sido reformado el escenario inicial como respuesta a las intervenciones de enfermería, valorando, además, el alcance de cumplimiento de los objetivos determinados para el paciente, y resuelve si hay la necesidad de incluir alguna modificación en el Plan de Cuidados de enfermería.

La evaluación hace presencia en todas las etapas descritas, de forma extendida, y en cada una de ellas se evalúa las siguientes incógnitas:

- **Valoración:** ¿los datos e información obtenida son suficientes y veraces para la elaboración del diagnóstico enfermero?
- **Diagnóstico:** ¿el diagnóstico enfermero es puntual y apropiado?

- **Planificación:** ¿los objetivos e intervenciones se apegan a la problemática y son medibles?, lo que permite estimular la exploración de los planteamientos del plan de cuidados de enfermería.
- **Ejecución:** las respuestas del paciente, y partiendo de las mismas, se puede continuar, reprogramar, modificar, para revisión o interrupción del plan de cuidados de enfermería.

Taxonomías

Figura 32

Taxonomías: NANDA; NIC-NOC.



La taxonomía de los diagnósticos de enfermería ha sido desarrollada con la participación de colectivos de profesionales del mundo anglosajón, por tanto, incluye problemas, intervenciones y resultados que tratan de dar respuestas a esos

colectivos en un entorno social y legal específico, lo que invita a realizar investigaciones en nuestro medio (contextos y poblaciones propias), ya sea validando las etiquetas diagnósticas y las características definitorias (validez de contenido), analizando o comparando la taxonomía con un segundo concepto (validez de criterio/predictivo) o comparando relaciones hipotéticas basadas en relaciones teóricas (validez de constructo).

Las taxonomías como los diagnósticos enfermeros de la NANDA, las intervenciones de la NIC y los resultados e indicadores de la NOC, proporcionan la mejor oportunidad de responder a las preguntas sobre la seguridad, la eficiencia y efectividad de la práctica enfermera.

Diagnósticos de enfermería más usados en el ámbito comunitario

Dominio 1: promoción de la salud

Conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control, así como la mejora del bienestar o la normalidad de la función.

Tabla 4
Gestión ineficaz de la salud

Diagnóstico: gestión ineficaz de la salud		Código NANDA: (00078)
Definición: patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.		
Necesidad: 09 (evitar peligros/ seguridad).	Patrón: 01 (percepción- manejo de la salud).	Clase: 02 (gestión de la salud).
Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo social insuficiente. - Conflicto de decisiones. - Conflicto familiar. - Conocimiento Insuficiente del régimen terapéutico. - Dificultad para gestionar un régimen terapéutico complejo. - Dificultad para manejarse en sistemas de salud complejos. - Impotencia. - Patrones familiares de cuidados de salud. - Percepción de barreras y beneficios. - Percepción de la gravedad del problema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normalización de la familia (2604). - Participación de la familia en la asistencia sanitaria personal (2605). - Autogestión de los cuidados (1613). - Conducta de cumplimiento (1601). - Motivación (1209) - Control de riesgo (1902). 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo al cuidador (7040). - Fomentar la implicación familiar (7110). - Movilización familiar (7120). - Ayuda en la modificación de sí mismo (4470). - Establecimiento de objetivos comunes (4410). - Enseñanza procedimiento / tratamiento (5618). - Facilitar el aprendizaje (5520).

Tabla 5*Salud deficiente de la comunidad*

Diagnóstico: salud deficiente de la comunidad	Código NANDA: (00215)
--	----------------------------------

Definición: presencia de uno o más problemas de salud o factores que impiden el bienestar o aumentan el riesgo de problemas de salud que experimenta un colectivo.

Necesidad: 09 (evitar peligros/ seguridad).

Patrón: 01 (percepción- manejo de la salud).

Clase: 02 (gestión de la salud).

Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none"> - Acceso insuficiente al proveedor de salud. - Apoyo social inadecuado al programa. - Datos de resultados del programa inadecuados. - El programa aborda de forma incompleta el problema de salud. - Expertos comunitarios insuficientes - Insatisfacción del ciudadano con el programa. - Plan de evaluación inadecuado del programa. - Presupuesto inadecuado para el programa. - Recursos Insuficientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de salud de la comunidad (2701). - Competencia social (2700). - Efectividad de la detección precoz sanitaria de la comunidad (2807). 	<ul style="list-style-type: none"> - 8700 – desarrollo de un programa. - 8500 – fomentar la salud de la comunidad. - 8850 – análisis de riesgos ambientales. - 6520 – análisis de la situación sanitaria. - 6652 – vigilancia: comunidad. - 8550 – manejo de recursos económicos - 5510 – educación para la salud. - 6610 identificación de riesgos. - 5515 – mejorar el acceso a la información sanitaria.

Dominio 2: nutrición

Actividades de incorporación, asimilación y utilización de nutrientes con el propósito de mantener y repara los tejidos y producir energía.

Tabla 6

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales

Diagnóstico: desequilibrio nutricional:inferior a las necesidades corporales		Código NANDA: (00002)
Definición: consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades.		
Necesidad: 02 (comer y beber)	Patrón: 02 (Nutricional - metabólico)	Clase: 01 (Ingestión)
Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none"> - Ingesta diaria insuficiente. En desventaja económica. - Factores biológicos. - Incapacidad para absorber nutrientes. - Incapacidad para digerir los alimentos. - Incapacidad para ingerir los alimentos. - Trastorno psicológico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Autocontrol del trastorno de la alimentación (1411). - Autocuidado: Comer (303). - Conducta de adhesión: Dieta saludable (1621). - Conocimiento: Dietasaludable (1854). - Conocimiento: Manejo del trastorno de alimentación (1853). - Creencias sobre la salud: Percepción de recursos (1703). 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayuda para ganar depeso (1240). - Manejo de la nutrición (1100). - Manejo de los trastornos de la alimentación (1030). - Asesoramiento nutricional (5246). - Ayuda con el autocuidado (1803). - Apoyo para la consecución del sustento (7500).

Tabla 7*Lactancia materna ineficaz*

Diagnóstico: Lactancia materna ineficaz		Código NANDA: (00104)	
Definición: dificultad para el amamantamiento que puede comprometer el estado nutricional del neonato/lactante.			
Necesidad: (comer y beber).	02	Patrón: (Nutricional metabólico).	02 -
Clase: 01 (Ingestión).			
Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)	
<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación suplementaria con tetinas artificiales. - Ambivalencia materna. - Anomalías en la mama materna. - Ansiedad materna. - Apoyo familiar Insuficiente. - Conocimientos insuficientes de los padres sobre la importancia de la lactancia materna y las técnicas de lactancia materna. - Dolor materno. - Fatiga materna. - Interrupción de la lactancia materna. - Obesidad materna. - Ocasiones para mamar insuficientes. - Reflejo débil de succión del lactante. - Retraso en la fase II de la lacto génesis. - Secreción de leche inadecuada. - Uso del chupete. 	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de la lactancia materna: Lactante/Madre (1000-1001). - Estado nutricional del lactante (1020). - Lactancia materna: Destete (1003). - Conocimiento: Cuidados del lactante (1819). - Conocimiento: lactancia materna (1800). - Mantenimiento de la lactancia materna (1002). - Conducta de la salud maternal en el postparto (1624). - Desempeño del rol de los padres: lactante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asesoramiento en la lactancia (5244). - Cuidados del niño prematuro (6840). - Educación parental: lactante (5568). - Enseñanza de la nutrición el lactante 0-12 meses (5640/41/42/43). - Manejo de la nutrición (1100). - Fomentar el apego (6710). - Alimentación con biberón (1052). - Estimulación de la integridad familiar: familia con niño recién nacido (7104). 	

Dominio 3: eliminación e intercambio

Secreción y excreción de los productos de desecho del organismo.

Tabla 8

Diarrea

Diagnóstico: diarrea		Código NANDA: (00013)
Definición: eliminación de heces líquidas, no formadas.		
Necesidad: (comer y beber).	02 Patrón: 02 (Nutricional -metabólico).	Clase: 01 (Ingestión).
Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none"> - Abuso de laxantes. - Ansiedad. - Aumento del nivel de estrés. - Mal uso de sustancias. - Exposición a alimentos preparados de formano higiénica. - Exposición a contaminantes. - Exposición a toxinas. - Alimentación enteral. - Infección. - Inflamación gastrointestinal. - Irritación gastrointestinal. - Mala absorción. - Parásitos. - Régimen terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Control: continencia intestinal (500). - Nivel de malestar (2109). - Severidad de los síntomas (2103). - Conocimiento: dieta saludable (1854). - Conocimiento: manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal (1856). - Función gastrointestinal (1015). - Nivel de ansiedad (1211). - Hidratación (602). - Respuesta a la medicación (2301). - Severidad de la infección (703). 	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de la diarrea (460). - Manejo de la medicación (2380). - Control intestinal (430). - Manejo de la nutrición (1100). - Manejo de los líquidos (4120). - Vigilancia de la piel (3590). - Control de infecciones (6540). - Disminución de la ansiedad (5820). - Ayuda con el autocuidado: micción/defecación (1804).

Dominio 4: actividad/reposo

Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.

Tabla 9

Deterioro de la ambulación

Diagnóstico: deterioro de la ambulación		Código NANDA: (00088)
Definición: limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.		
Necesidad: (Moverse).	04 Patrón: 04 (Actividad-ejercicio).	Clase: 02 (Actividad-ejercicio).
Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none"> - Barreras en el entorno. - Cambios de humor. - Conocimiento insuficiente sobre estrategias de movilidad. - Disminución de la resistencia. - Dolor. - Fuerza muscular insuficiente. - Obesidad. - Pérdida de la condición física. - Temor a las caídas. - Alteración del funcionamiento cognitivo. - Deterioro de la visión. - Deterioro del equilibrio. - Deterioro músculo esquelético. - Deterioro neuromuscular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Control: continencia intestinal (500). - Nivel de malestar (2109). - Severidad de los síntomas (2103). - Conocimiento: dieta saludable (1854). - Conocimiento: manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal (1856). - Función gastrointestinal (1015). - Nivel de ansiedad (1211). - Hidratación (602). - Respuesta a la medicación (2301). - Severidad de la infección (703). 	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de la energía (180). - Terapia de ejercicios: ambulación (221). - Fomentar la mecánica corporal (140). - Fomento del ejercicio (200). - Manejo de la nutrición (1100). - Prevención de caídas (6490). - Control de infecciones (6540). - Disminución de la ansiedad (5820). - Ayuda con el autocuidado: micción/defecación (1804).

Tabla 10*Descuido personal***Diagnóstico: descuido personal****Código NANDA:
(00193)**

Definición: constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables (Gibbons, Lauder & Ludwick, 2006, p.).

Necesidad:
(Moverse).

04

Patrón: 04 (Actividad-
ejercicio).**Clase:** 02 (Actividad-
ejercicio).

Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none"> - Elección del estílo de vida. - Estresores. - Función ejecutiva deficiente. - Incapacidad para mantener el control. - Mal uso de sustancias. - Temor a la institucionalización. - Alteración del funcionamiento cognitivo. - Deterioro funcional. - Dificultad para el aprendizaje. - Disfunción del lóbulo frontal. - Simulación de enfermedad. - Trastorno psicótico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bienestar personal (2002). - Nivel de autocuidado (313). - Autocuidados: actividades de la vida diaria (300). - Conducta de cumplimiento (1601). - Adaptación de la discapacidad física (1308). - Conocimiento: estilo de vida saludable (1855). - Orientación sobre la salud (1705). - Creencias sobre la salud (1700). 	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de la energía (180). - Terapia de ejercicios: ambulación (221). - Fomentar la mecánica corporal (140). - Modificación de la conducta (4360). - Facilitar la responsabilidad (4480). - Prevención de caídas (6490). - Facilitar la auto responsabilidad (4480). - Disminución de la ansiedad (5820). - Ayuda con el autocuidado (1800). - Mejora de la confianza (5395).

Dominio 5: percepción/cognición

Sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

Tabla 11
Conocimientos deficientes

Diagnóstico: conocimientos deficientes		Código NANDA: (00126)
Definición: carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o su adquisición.		
Necesidad: (Aprender).	14 Patrón: 06 (Cognitivo - perceptivo).	Clase: 04 (Cognición).
Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento insuficiente de los recursos. - Información errónea proporcionada por otros. - Información insuficiente. - Insuficiente interés en el aprendizaje. - Alteración de la memoria. - Alteración del funcionamiento cognitivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento: estilo de vida saludable (1855). - Conocimiento: fomento de la salud(1823). - Comunicación receptiva (904). - Motivación (1209). - Nivel de delirio (916). - Nivel de demencia (920). - Pensamiento abstracto (919). - Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza (3012). - Participación en las decisiones sobre la asistencia sanitaria (1606). - Conducta de búsqueda de la salud(1603). - Conducta de adhesión/cumplimiento(1600/1601). 	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñanza: individual (5606). - Enseñanza tratamiento (5618). - Enseñanza procesode la enfermedad (5602). - Análisis de la situación sanitaria(6520). - Ayuda en la modificación de sí mismo (4470). - Facilitar el aprendizaje (5520). - Manejo ambiental: seguridad (6486). - Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515). - Enseñanza: grupal/individual (5604/5606). - Potenciación de la disposición de aprendizaje (5540).

Dominio 6: autopercepción

Conciencia de sí mismo.

Tabla 12

Trastorno de la imagen corporal

Diagnóstico: trastorno de la imagen corporal		Código NANDA: (00118)
Definición: confusión en la imagen mental del yo físico.		
Necesidad: 09 (Evitar peligros/seguridad).	Patrón: 07 (Autopercepción -autoconcepto).	Clase: 03 (Imagen corporal).
Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de la autopercepción. - Incongruencia cultural. - Incongruencia espiritual. - Transición del desarrollo. - Alteración del funcionamiento cognitivo. - Alteración del funcionamiento corporal. - Deterioro del funcionamiento psicosocial. - Enfermedad. - Lesión. - Procedimiento quirúrgico. - Régimen terapéutico. - Traumatismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptación a la discapacidad física (1308). - Autoestima (1205). - Identidad (1202). - Nivel de ansiedad social/miedo (1216/1210). - Afrontamiento de los problemas (1302). - Modificación psicosocial: cambio de vida (1305). - Autocontrol del pensamiento distorsionado (1403). - Equilibrio del estilo de vida (2013). 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejora de la imagen corporal (5520). - Grupal/individual (5604/5606). - Potenciación de la autoestima (5400). - Apoyo emocional (5270). - Ayuda del autocuidado (1800). - Disminución de la ansiedad (5820). - Potenciación de la autoconciencia (5390). - Potenciación de la socialización (5100). - Prevención del suicidio (6340). - Reestructuración cognitiva (4700). - Apoyo espiritual (5420). - Manejo de las ideas delirantes (6450). - Orientación anticipatoria (5210).

Tabla 14
Cansancio del rol de cuidador

Diagnóstico: cansancio del rol de cuidador		Código NANDA: (00068)
Definición: dificultad para satisfacer las responsabilidades de cuidados, expectativas y/o comportamientos requeridos por la familia o personas significativas.		
Necesidad: 09 (Evitar peligros - seguridad).	Patrón: 08 (Rol – relaciones).	Clase: 01 (Roles del cuidador).
Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none"> - Alta domiciliaria reciente con importantes necesidades de cuidado. - Aumento en las necesidades de cuidados. - Conducta problemática. - Dependencia. - Predictibilidad de la trayectoria de la enfermedad. - Problema de salud inestable. - Codependencia. - Expectativas no realistas del receptor de cuidados. - Patrón de relación Ineficaz. - Apoyo social Insuficiente. - Dificultad para acceder a la asistencia. - Dificultad para acceder a los recursos comunitarios. - Dificultad para acceder al apoyo. - Recursos comunitarios insuficientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación del cuidador familiar domiciliario (2202). - Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos (2205); cuidados indirectos (2206). - Resistencia del papel del cuidador (2210). - Afrontamiento de problemas (1302). - Bienestar del cuidador principal (2508). - Clima social de la familia (2601). - Afrontamiento de los problemas de la familia (2600). - Salud física del principal cuidador (2507). 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo al cuidador principal (7040). - Cuidados por relevo (7260). - Fomentar el rol parental (8300). - Asistencia en el mantenimiento del hogar (7180). - Fomentar el apego (6710). - Manejo de la energía (1800). - Orientación anticipatoria (5210). - Potenciación de roles (5370). - Mejorar el afrontamiento (5230). - Terapia familiar (7150). - Mantenimiento de procesos familiares (7130). - Grupo de apoyo (5430). - Fomentar la implicación familiar (7110). - Aumentar los sistemas de apoyo (5440).

Dominio 8: sexualidad

Identidad sexual, función sexual y reproducción.

Tabla 15

Identidad sexual, función sexual y reproducción

Diagnóstico: proceso de maternidad ineficaz		Código NANDA: (00228)
Definición: incapacidad para prepararse o mantener un embarazo y proceso de parto saludable, así como los cuidados del recién nacido para asegurar el bienestar.		
Necesidad: 10 (Comunicación).	Patrón: 08 (Rol – relaciones).	Clase: 02 (Relaciones familiares).
Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none"> - Confianza materna baja. - Conocimiento insuficiente sobre el proceso de maternidad. - Cuidado prenatal Insuficiente. - Estrés psicológico materno. - Entorno inseguro. - Impotencia materna. - Mal uso de sustancias. - Modelo de rol parental insuficiente. - Nutrición materna inadecuada. - Preparación cognitiva insuficiente para la paternidad. - Sistema de apoyo Insuficiente. - Violencia de género. - Visitas sanitarias prenatales inconsistentes. - Embarazo no deseado o no planificado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estado fetal: durante el parto (112). - Estado fetal: prenatal (111). - Estado materno: durante el parto (2510). - Estado materno: preparto (2509). - Estado materno: puerperio (2511). - Lazos afectivos padres-hijo (1500). - Conducta sanitaria prenatal (1607). - Desempeño del rol de padres (2211). - Conocimiento cuidado del lactante (1819). - Soporte social (1504). - Crecimiento (110). 	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el apego (6710). - Fomentar el rol parental (8300). - Asesoramiento en la lactancia (5244). - Aumentar los sistemas de apoyo (5440). - Cuidados intraparto/posparto (6830/6930). - Cuidados prenatales (6960) - Preparación al parto (6760) - Parto (6720) - Educación parental: lactante (5568). - Identificación de riesgos: familia con recién nacido (6612). - Cuidados del lactante: RN (6824). - Fomentar el desarrollo: lactantes (8278).

Tabla 16*Patrón de sexualidad ineficaz*

Diagnóstico: patrón de sexualidad ineficaz		Código NANDA: (00065)
Definición: expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.		
Necesidad: 10 (Comunicación).	Patrón: 08 (sexualidad – reproducción).	Clase: 02 (función sexual).
Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de intimidad. - Conflicto debido a preferencias cambiantes. - Conflicto sobre la orientación sexual. - Conocimiento insuficiente sobre alternativas relacionadas con la sexualidad. - Deterioro de la relación con una persona significativa. - Habilidades deficientes sobre alternativas relacionadas con la sexualidad. - Modelo de rol inadecuado. - Temor a las infecciones de transmisión sexual. - Temor al embarazo. - Ausencia de personas significativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identidad sexual (1207). - Conciencia de uno mismo (1215). - Desempeño del rol (1501). - Modificación psicosocial (cambio de vida). - Conocimiento: funcionamiento sexual (1815). - Control de riesgo de ETS (1905). - Imagen corporal (1200). - Nivel de estrés (1212). - Nivel de miedo (1210). - Soporte social (1504). 	<ul style="list-style-type: none"> - Asesoramiento sexual (5248). - Enseñanza: sexualidad (5624). - Enseñanza: relaciones sexuales seguras (5622). - Facilitar el aprendizaje (5520). - Manejo de la tecnología reproductiva (7886). - Planificación familiar: anticoncepción/infertilidad (6784/6786). - Apoyo en la protección contra abusos (6400). - Manejo de la conducta sexual (4356). - Potenciación de la autoestima (5400). - Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362). - Grupos de apoyo (5430).

Dominio 9: afrontamiento/tolerancia al estrés

Convivir con los eventos/procesos vitales.

Tabla 17

Síndrome postraumático

Diagnóstico: síndrome postraumático		Código NANDA: (00141)
Definición: susceptible de experimentar sentimientos negativos (soledad, temor, ansiedad) como respuesta a las consecuencias no satisfactorias ya las barreras culturales de la transición migratoria personal, que pueden comprometer la salud.		
Necesidad: 09 (Evitar peligros - seguridad).	Patrón: (Afrontamiento - tolerancia al estrés).	Clase: 02 (Respuestas postraumáticas).
Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo social insuficiente. - Conducta auto lesiva. - Disminución de la fuerza del ego. - El entorno no atiende a las necesidades. - Percepción traumática del acontecimiento. - Rol de superviviente. - Sentido exagerado de responsabilidad. - Población de riesgo. - Accidente grave. - Acontecimientos fuera de la gama de experiencias humanas habituales. - Amenaza grave a persona querida. - Amenaza grave a sí mismo. - Antecedentes de abusos. - Antecedentes de haber sido prisionero de guerra. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bienestar personal (2002). - Equilibrio emocional (1204). - Resiliencia Personal (1309). - Afrontamiento de los problemas (1302). - Autocontrol de la depresión (1409). - Autocontrol del miedo (1404). - Esperanza (1201). - Nivel de ansiedad (1211). - Nivel de ansiedad social (1216). - Resolución de la aflicción (1304). - Resolución de la culpa (1310). 	<ul style="list-style-type: none"> - Asesoramiento (5240). - Aumentar los sistemas de apoyo (5440). - Control de estado de ánimo (5330). - Apoyo en la protección contra abusos (6400). - Potenciación de la autoestima (5400). - Grupos de apoyo (5430). - Dar esperanza (5310). - Disminución de la ansiedad (5820). - Entrenamiento para control de impulsos (4370). - Facilitar: <ul style="list-style-type: none"> * Duelo (5290). * Perdón (5280). * Expresión de sentimiento de culpa (5300).

Diagnóstico: síndrome posttraumático

Código NANDA: (00141)

Definición: susceptible de experimentar sentimientos negativos (soledad, temor, ansiedad) como respuesta a las consecuencias no satisfactorias y a las barreras culturales de la transición migratoria personal, que pueden comprometer la salud.

Necesidad: 09 (Evitar peligros - seguridad)

Patrón: (Afrontamiento – Tolerancia al estrés)

Clase: 02 (Respuestas Postraumáticas)

Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none">- Antecedentes de haber sido víctima de delincuencia.- Antecedentes de tortura.- Desplazamiento del hogar.- Destrucción del propio hogar.- Duración del acontecimiento traumático.- Exposición a acontecimientos que implican múltiples muertes.- Exposición a desastres.- Exposición a epidemias.- Exposición a la guerra.- Lesión grave a persona querida.- Presenciar una muerte violenta.- Presenciar una mutilación.- Profesiones al servicio humanitario.	<ul style="list-style-type: none">- Severidad de los síntomas (2103).- Autocontrol de la conducta abusiva (1400).- Autocontrol del impulso suicida (1408).- Autocontrol de la mutilación (1406).- Detección del riesgo (1908).- Imagen corporal (1200).- Protección del abuso (2501).- Severidad del sufrimiento (2003).- Recuperación tras el abuso: (2514)<ul style="list-style-type: none">* Económico (2503).* Emocional (2502).* Físico (2504).* Sexual (2505).	<ul style="list-style-type: none">- Manejo de la conducta de autolesión (4354).- Mejorar el afrontamiento (5320).- Potenciación de la seguridad (5380).- Terapia de relajación (6040).- Apoyo en la protección contra abusos (6400).- Orientación a la realidad (4820).- Potenciación de la socialización (5100).- Terapia de reminiscencia (4860).- Manejo ambiental: prevención de la violencia (6487).- Apoyo en la protección contra abusos (6400).- Prevención del suicidio (6340).

Dominio 10: principios vitales

Principios subyacentes en la conducta, pensamientos y comportamientos sobre los actos, costumbres o instituciones considerados como ciertos o dotados de un valor intrínseco.

Tabla 18

Sufrimiento moral

Diagnóstico: sufrimiento moral		Código NANDA: (00175)
Definición: respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisionesy/o acciones éticas o morales elegidas.		
Necesidad: 11 (Creencias - valores).	Patrón: 06 (Cognitivo - perceptivo).	Clase: 03 (Congruencia entre valores - creencias - acciones).
Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none"> - Conflicto entre los que toman la decisión. - Dificultad para alcanzar decisionesde final de vida. - Dificultad para alcanzar decisiones sobre el tratamiento. - Incongruencia cultural. - Información disponible contradictoria, para tomar la decisión ética. - Información disponible contradictoria, para tomar la decisión moral. - Limitación de tiempo para la toma de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Salud espiritual (2001). - Toma de decisiones (906). - Estado de comodidad (2011). - Muerte digna (1307). - Nivel de agitación (1214). - Nivel de miedo (1210). - Resolución de la culpa (1310). - Afrontamiento de los problemas (1302). - Autonomía personal (1614). - Autoestima (1205). - Resiliencia personal (1309). - Integridad de la familia (2603). 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo en la toma de decisiones (5250). - Mediación de conflictos (5020). - Apoyo emocional (5270). - Apoyo espiritual (5420). - Clarificación de los valores (5480). - Dar esperanza (5310). - Declarar la verdad al paciente (5470). - Cuidados en la agonía (5260). - Facilitar el crecimiento espiritual (5426). - Facilitar el duelo (5290). - Facilitar el perdón (5280). - Protección de derechos del paciente (7460).

Dominio 11: seguridad/protección

Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección.

Tabla 19

Riesgo de infección

Diagnóstico: riesgo de infección		Código NANDA: (00004)
Definición: susceptible de sufrir una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.		
Necesidad: 09 (Evitar peligros - Seguridad).	Patrón: 01 (Percepción – manejo de la salud).	Clase: 01 (Infección).
Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de la integridad de la piel. - Alteración del peristaltismo. - Conocimiento insuficiente para evitar la exposición a patógenos. - Malnutrición. - Obesidad. - Retención de los fluidos corporales. - Tabaquismo. - Vacunación inadecuada. - Exposición a brotes de enfermedades. - Problemas asociados. - Inmunosupresión. - Leucopenia. - Procedimiento invasivo. - Ruptura prematura de la membrana amniótica. - Ruptura prolongada de la membrana amniótica. - Supresión de la respuesta inflamatoria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Severidad de la infección (703). - Severidad de la infección: RN (708). - Autocontrol de la enfermedad crónica (3102). - Conductas de vacunación (1900). - Conocimiento: enfermedad aguda (1844). - Conocimiento: enfermedad crónica (1847). - Control de riesgo: proceso infeccioso (1924). - Estado inmune (702). - Estado nutricional (1004). - Severidad de la lesión física (1913). 	<ul style="list-style-type: none"> - Control de las infecciones (6540). - Manejo de la inmunización/vacunación (6530). - Protección contra las infecciones (6550). - Control de enfermedades transmisibles (8820). - Cuidado de las heridas (3660). - Manejo de la nutrición (1100). - Terapia nutricional (1120). - Vigilancia (6650). - Manejo ambiental (6480). - Monitorización de signos vitales (6680). - Terapia nutricional (1120). - Vigilancia (6650).

Tabla 20

Riesgo de caídas

Diagnóstico: riesgo de caídas		Código NANDA: (00155)
Definición: susceptible de sufrir un aumento de la vulnerabilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud.		
Necesidad: 09 (Evitar peligros - seguridad).	Patrón: 01 (Percepción – manejo de la salud).	Clase: 01 Lesión física).
Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de caídas. - Edad ≤ 2 años. - Edad ≥ 65 años. - Vivir solo. - Problemas asociados. - Afección en los pies. - Agente farmacológico. - Alteración del funcionamiento cognitivo. - Anemia. - Artritis. - Déficit propioceptivo. - Deterioro auditivo. - Deterioro de la visión. - Deterioro del equilibrio. - Enfermedad aguda. - Enfermedad vascular. - Hipotensión ortostática. - Neoplasia. - Neuropatía. - Período de recuperación postoperatoria. - Prótesis en extremidades inferiores. - Uso de dispositivos de ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Caídas (1912). - Severidad de la lesión física (1913). - Ambular (200). - Ambular silla de ruedas (201). - Atención al lado afectado (918). - Cognición (900). - Conocimiento: prevención de caídas (1828). - Control de riesgo: consumo de alcohol (1903). - Detección del riesgo (1908). - Equilibrio (202). - Envejecimiento físico (113). - Movilidad (208). - Sueño (4). - Nivel de fatiga (7). - Signos vitales (802). - Respuesta a la medicación (2301). 	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de la seguridad ambiental (6486). - Prevención de caídas (6490). - Cambio de posición (840). - Identificación de riesgos (6610). - Manejo de la demencia (6460). - Manejo de la medicación (2380). - Terapia de ejercicio: <ul style="list-style-type: none"> * Control muscular (226). * Equilibrio (222). - Ayuda con el autocuidado (1800). - Fomento del ejercicio (200). - Manejo del dolor (1400). - Manejo del sueño (1850). - Manejo del delirio (6440). - Estimulación cognitiva (4720). - Manejo de la demencia (6460). - Manejo de la medicación (2380). - Vigilancia (6650).

Dominio 12: confort

Sensación de bienestar o alivio mental, físico o social.

Tabla 21

Aislamiento social

Diagnóstico: Aislamiento social		Código NANDA: (00053)
Definición: soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o amenazador.		
Necesidad: 10 (Comunicación).	Patrón: 08 (Rol - relaciones).	Clase: 03 (Confort social).
Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none"> - Conducta social incongruente con las normas. - Dificultad para establecer relaciones. - Incapacidad para comprometerse en relaciones personales satisfactorias. - Intereses inadecuados para la etapa de desarrollo del individuo. - Recursos personales insuficientes. - Retraso en el desarrollo. - Alteración de la apariencia física. - Alteración del bienestar. - Alteración del estado mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implicación social (1503). - Severidad de la soledad (1203). - Bienestar personal (2002). - Clima social de la familia (2601). - Habilidades de interacción social (1502). - Desempeño del rol (1501). - Soporte social (1504). - Autoestima (1205). - Estado de salud personal (2006). - Imagen corporal (1200). - Movilidad (208). - Equilibrio emocional (1204). - Comunicación (902). 	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciación de la socialización (5100). - Terapia de actividad (4310). - Apoyo emocional (5270). - Asesoramiento (5240). - Dar esperanza (5310). - Elaboración de relaciones complejas (5000). - Facilitar visitas (7560). - Potenciación: <ul style="list-style-type: none"> * Autoestima (5400). * Autoconciencia (5390). - Terapia de entretenimiento (5360). - Terapia familiar (7150). - Potenciación de la socialización (5100). - Control estado de ánimo (5330). - Presencia (5340). - Fomentar desarrollo (8272/8274).

Dominio 13: crecimiento/desarrollo

Aumentos apropiados según la edad de las dimensiones físicas, la maduración de los sistemas orgánicos y/o la progresión en las etapas del desarrollo.

Tabla 22

Riesgo de retraso en el desarrollo

Diagnóstico: riesgo de retraso en el desarrollo		Código NANDA: (00112)
Definición: susceptible de sufrir un retraso del 25% o más en las áreas de la conducta social o autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras gruesas o finas, que puede comprometer la salud.		
Necesidad: 09 (Evitar peligros — seguridad).	Patrón: 08 (Rol - relaciones).	Clase: 03 (Confort social).
Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none"> - Mal uso de sustancias. - Nutrición inadecuada. - Presencia de abuso. - Analfabetismo funcional materno. - Antecedentes de adopción. - Cuidado prenatal insuficiente. - Cuidados prenatales del último período del embarazo. - Edad materna ≤ 15 años. - Edad materna ≥ 35 años. - Embarazo no deseado. - Embarazo no planificado. - En desventaja económica. - Exposición a desastres naturales. - Exposición a la violencia. - Implicación con el sistema de cuidados de adopción. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo infantil: 1 mes – 5 años (120-100-101-102-103-104-105-106-107). - Desarrollo infantil: adolescencia (109). - Desarrollo infantil: segunda infancia (108). - Control de riesgo (1902): <ul style="list-style-type: none"> * De consumo de alcohol (1903). * De consumo de drogas (1904). * De embarazo no deseado (1907). - Desempeño del rol de padres (2211): <ul style="list-style-type: none"> * En adolescentes (2903). * En el lactante (2904). * En el niño pequeño (2907). * En el preescolar (2906). Segunda infancia (2905). Seguridad física del adolescente (2902). Seguridad psicosocial (1901). 	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el desarrollo: <ul style="list-style-type: none"> * Adolescente (8272). * Lactantes (8278). * Niños (8274). - Análisis de la situación sanitaria (6520). - Apoyo al cuidador principal (7040). - Asesoramiento (5240). - Aumentar los sistemas de apoyo (5440). - Consejo genético (5242). - Cuidados del embarazo de alto riesgo (6800). - Cuidados prenatales (6960). - Fomentar el apego (6710). - Fomentar el rol parental (8300). - Identificación de riesgos genéticos (6614). - Manejo de la conducta (4350).

Diagnóstico: riesgo de retraso en el desarrollo

Código NANDA:
(00112)

Definición: Susceptible de sufrir un retraso del 25% o más en las áreas de la conducta social o autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras gruesas o finas, que puede comprometer la salud.

Necesidad: 09 (Evitar peligros — seguridad).

Patrón: 08 (Rol - relaciones).

Clase: 03 (Confort social).

Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none">- Nutrición materna inadecuada.- Prematuridad.- Prueba de cribado de drogas positiva.- Trastorno conductual.- Uso inadecuado de sustancias por parte de la madre.- Crisis convulsivas.- Dependencia de la tecnología.- Deterioro auditivo.- Deterioro de la visión.- Dificultad para el aprendizaje del cuidador.- Enfermedad crónica.- Envenenamiento por plomo.- Infección prenatal.- Lesión cerebral.	<ul style="list-style-type: none">- Detección de riesgos (1908).- Pensamiento abstracto (919).- Recuperación tras el abandono (2512).- Recuperación tras un abuso: (2514)<ul style="list-style-type: none">* Emocional (2502).* Físico (2504).* Sexual (2505).- Salud emocional del cuidador principal (2506).- Habilidades de interacción social (1500).- Nivel de hiperactividad (915).- Estado nutricional (1004).- Elaboración de la información (907).	<ul style="list-style-type: none">- Protección contralas infecciones (6550).- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas (4510).- Apoyo en la protección contra abusos (6402).- Planificación familiar: anticoncepción (6784).- Vigilancia (6650).- Enseñanzas de nutrición del lactante: 0 meses – 24 meses (5640-5641-5642-5643-5660-5661).

Diagnóstico: riesgo de retraso en el desarrollo

Código NANDA:
(00112)

Definición: susceptible de sufrir un retraso del 25% o más en las áreas de la conducta social o autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras gruesas o finas, que puede comprometer la salud.

Necesidad: 09 (Evitar peligros — seguridad).

Patrón: 08 (Rol - relaciones).

Clase: 03 (Confort social).

Factores relacionados	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<ul style="list-style-type: none">- Otitis media recurrente.- Problemas de salud mental del cuidador.- Régimen terapéutico.- Retraso en el desarrollo (retraso global, físico y psicológico, muchas veces ocasionado por el abandono).- Trastorno congénito.- Trastorno endocrino.- Trastorno genético.		<ul style="list-style-type: none">- Asesoramiento antes de la concepción (5247).- Terapia familiar (7150).- Modificación de la conducta: habilidades sociales (4362).- Orientación anticipatoria (5210).- Facilitar auto responsabilidad (4480).

Referencias

- Bellido Vallejo, J. C., Lendínez Cobo, J. F. (2010). *Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN* (Primera Edición). Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
<https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533180002.pdf>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M. M., & Wagner, C. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)* - E-Book.
- Elsevier. (2020, 28 enero). *El modelo NANDA-I: 7 ejes para construir conceptos diagnósticos*. Elsevier Connect. <https://https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/edu-modelo-nanda-7-ejes-para-construir-conceptos-diagnosticos>
- Elsevier. (2019, 21 agosto). *Fundamentos enfermeros: ¿cómo diagnosticar y comprender los conceptos?* Elsevier Connect. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/fundamentos-de-los-diagnosticos-enfermeros>
- Sánchez Rodríguez (2017). Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica. *Revista Cubana de Enfermería*. <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091/296>
- Tiga Loza, D. C., Parra, D. I., & Domínguez Nariño, C. C. (2014). Competencias en proceso de enfermería en estudiantes de práctica clínica. *Revista Cuidarte*, 5(1), 585-594. Retrieved April 02, 2021, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732014000100002&script=sci_arttext&tlng=es

Galería de Autores

Humberto Elizalde Ordoñez



Lugar y fecha de nacimiento: Loja, 28 de agosto de 1970.

Estudios realizados: Licenciatura en Enfermería. Magíster en Enfermería Clínico - Quirúrgica. Profesor de Segunda Enseñanza Especialización Ciencias Naturales. Egresado del Doctorado de Enfermería en la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo-Perú.

Motivación: inspirar a los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica Particular de Loja a creer en sus múltiples posibilidades, a tener fe en el poder, la creatividad y la responsabilidad. Que hagan honor a quienes están caminando con ellos en la formación profesional.

Propósito: generar métodos diferentes de aprendizaje, que evidencia que la enfermería en formación, va más allá de la recepción del conocimiento, y que superen todo, que no existen límites.

Edwin Javier González Estévez

Lugar y fecha de nacimiento: San Antonio de Ibarra, 13 enero de 1991. Residente en San Gabriel, provincia del Carchi, cantón Montúfar.

Estudios realizados: Licenciado en enfermería en la Universidad Técnica del Norte (UTN) – Ibarra.

Motivación: mi esposa y mi hijo que siempre me apoyan en todos los proyectos.

Propósito: impulsar la enfermería a nivel nacional e internacional para romper los tabúes existentes en Ecuador y el mundo.



Galería de Autores

Guissella Anabel Guamán Coronel



Lugar y fecha de nacimiento: Loja, 08 de octubre de 1999.

Estudios realizados: egresada de la Escuela Mixta "25 de diciembre" y del Colegio de Bachillerato "Beatriz Cueva de Ayora". Actualmente cursando el séptimo ciclo de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Motivación: la publicación de un libro me llamó bastante la atención, debido a que en el transcurso de mi carrera profesional no me imaginé realizar uno junto a mis compañeros. Además, tenía ciertos vacíos con respecto a las teorías y modelos de enfermería, por tanto, me ayudó a conocer con mayor profundidad la función de cada teorizante.

Propósito: dar a conocer la importancia del conocimiento de los modelos y teorías de enfermería a todos los profesionales de salud, especialmente a estudiantes de la carrera de enfermería, así mismo, contribuir con el aprendizaje continuo de las teoristas y ser un apoyo en sus prácticas preprofesionales

Brenda Carolina Ochoa Arévalo

Lugar y fecha de nacimiento: Quilanga, 17 de julio de 1999.

Estudios realizados: egresada de la Escuela "José Mejía Lequerica", estudios secundarios realizados en la "Unidad Educativa Quilanga". Actualmente cursando el séptimo ciclo de la carrera de Enfermería en la Universidad Técnica Particular de Loja.

Motivación: hacer crecer a mi carrera y futura profesión, en el mundo de la investigación; que muchos de los jóvenes que están estudiando y los que están por estudiar enfermería, tengan una idea puntual de la realidad de las teorías de enfermería.



Propósito: que este libro sirva de guía para los futuros profesionales de enfermería, que desde su formación comprenda la importancia del conocimiento de los postulados teóricos y sus puntos esenciales, para su posterior aplicación en cualquier nivel de atención de salud.

Galería de Autores

Brayan Fabricio Ordoñez Córdoba



Lugar y fecha de nacimiento: Cécica, 14 marzo 1999.

Estudios realizados: egresado de la escuela "Virgen del Rosario", estudios secundarios realizados en Colegio de Bachillerato "Trece de Noviembre". Actualmente cursando el séptimo ciclo de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Motivación: sentí mucha curiosidad por el tema que se había propuesto y al saber que podía participar me animé por intentarlo, es una experiencia nueva para mí, por ello el querer conocer fue parte de mi motivación.

Propósito: aportar con este libro a nuestros compañeros de carrera y que sus conceptos sirvan de guía dentro de su formación, que le

produzca motivación por nuestra maravillosa carrera y las puertas que nos abre dentro del ámbito profesional, despertando ese espíritu de investigación por conocer nuestro campo ocupacional el cual es amplio, dinámico y portentoso.

Ihoel Iván Romero Yugcha

Lugar y fecha de nacimiento: Bolívar, 20 de mayo de 2000.

Estudios realizados: egresado de la escuela "Arturo Henderson", estudios secundarios realizados en la Unidad Educativa "Manuel Benjamín Carrión". Actualmente curso el 7mo ciclo de la Carrera de Enfermería en la Universidad Técnica Particular de Loja.

Motivación: mi motivación inicia desde que supe que iba hacer parte de la elaboración de un libro de enfermería, con el total entusiasmo de contribuir al desarrollo de la carrera de enfermería y sobre todo a motivar a los estudiantes que se preparan en este camino, para que se interesen en aprender sobre las teorías de enfermería desde los primeros ciclos.



Galería de Autores

Magister Ángela Quintero de Contreras



Lugar y fecha de nacimiento: Mérida, Venezuela, 25 de julio de 1979

Estudios realizados: Licenciatura en Enfermería (Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela). Magister en Enfermería en Salud Sexual y Reproductiva (Universidad de Carabobo, Venezuela). Docente, investigadora, extensionista y conferencista internacional. Autora de libros y artículos científicos en revistas de alto impacto y regional.

Motivación: las teorías de enfermería representan un conjunto de constructos y visiones de la ciencia y práctica de enfermería. La motivación de hacer una revisión sobre estas teorías fue profundizar en ellas para aumentar el conocimiento propio sobre la ciencia enfermera y su vez, interrelacionar el campo de la práctica, de la enseñanza y de la investigación.

Propósito: contribuir al crecimiento de Enfermería como ciencia. Mostrar el cuidado de enfermería desde la diversidad de perspectivas que tuvieron las teorizantes y las proponentes de modelos consolidan los fundamentos que componen los cuidados enfermeros fomentando la enseñanza de dar cuidados teniendo siempre en cuenta, la perspectiva biopsicosocial, espiritual y holística del ser que requiere cuidado.

CIDE
EDITORIAL

The logo graphic for CIDE Editorial, featuring a stylized, open book with its pages fanning out, positioned below the text.

ISBN: 978-9942-844-55-2



9789942844552