

# **ESCEUELA SUPERIOR DE ENFERMERÍA**

## ***“CECILIA GRIERSON”***

Materia: Fundamentos Disciplinarios de la Enfermería

1° Año 1° Cuatrimestre Modalidad I      Agosto/Diciembre 2019

Jefa 1° Año Modalidad I: Lic. Prof. Silvia Sabio

1° Año 1° Cuatrimestre Modalidad II

Jefa 1° Año Modalidad II: Lic. Prof. Graciela Lavandeira

Sub Directora Turno Tarde: Prof. Lic. Susana Sotomayor

Docente Suplente: Lic. Prof. Adriana Crispi

Recopilaciones Bibliográficas

## La Profesión de Enfermería

El cuidado a la salud de las personas, familias y comunidades ha ido a la par con los avances científicos y tecnológicos, considerando que la salud es un derecho primordial para lograr el desarrollo económico y social que propicie el bienestar integral y la justicia social de los pueblos

La marca que la ha distinguido y sigue vigente, es de ser una profesión en ascenso y actualmente es reconocida como una disciplina con un sustento filosófico, teórico, metodológico y tecnológico, eminentemente indispensable en los sistemas de salud para procurar la salud de los ciudadanos que conforman las poblaciones.

A través de la historia, la Enfermería ha avanzado de ser una práctica empírica a ser una profesión que utiliza modelos de atención para comprender a las personas en su ciclo de vida dentro del proceso salud-enfermedad, no sólo prodigando cuidados dependientes e interdependientes, sino también cuidados independientes, en los diferentes escenarios donde se desarrolla.

Es entonces que en la actualidad las enfermeras se encuentran en una posición única para ayudar a las personas a conseguir y mantener estados de salud óptimos a través del fomento, la promoción y la prevención de los problemas de salud que le aquejan.

Cada generación va dejando su legado como herencia a las generaciones subsecuentes y así, lo que se hace hoy, ejercerá su influencia sobre lo que se hará mañana; es por ello que no se deben olvidar ni dejar de reconocer las aportaciones hechas por muchas enfermeras en forma anónima sirviendo como base para el crecimiento de la profesión, para que ésta sea más visible en la toma de decisiones políticas en los sistemas de salud de los pueblos del orbe.

Era impensable que actualmente el mundo entrara en un período crítico de los recursos humanos de salud calificado, pero en especial las enfermeras, problema que ha de solucionarse urgentemente si se quiere mejorar la salud y el bienestar de la población mundial; por tal motivo organismos internacionales, junto con gobiernos, asociaciones y organizaciones no gubernamentales, se ocupan del problema para conseguir capacidad suficiente tanto en la formación como en el ejercicio, para que los sistemas de salud puedan funcionar de manera eficaz. se sabe que la práctica de los cuidados en las primeras comunidades de la prehistoria era prodigado por las mujeres, práctica que hasta nuestros días prevalece, ya que la profesión sigue teniendo un predominio femenino, pues un 90% del personal de enfermería en el mundo son mujeres.

En consonancia con esta característica propia de la profesión, no se debe olvidar que en sus orígenes, la religión desempeñó un papel destacado en su desarrollo, surgiendo mujeres que ofrecían sus cuidados en los monasterios o iglesias para atender las necesidades de los menesterosos o más pobres. Todavía en nuestros días, prevalecen algunas órdenes religiosas que se dedican al cuidado de los enfermos en todo el mundo. su origen, la profesión ha sido una

disciplina eminentemente humanista, independientemente del sistema sociopolítico, económico o cultural donde se inserte su práctica; y que tampoco se debe perder de vista que enfermería como profesión humanista, también se realiza en apego estricto a valores, los que se han fortalecido a través de su propia historia, la ética, y más recientemente por la aportación específica de sus teorías y un método que es característico a la enfermería profesional, que han ponderado la necesidad de rescatar cada día esos valores éticos, estéticos y sociales.

Es importante enfatizar que para lograr que la enfermería continúe en ascenso y desarrollándose, es necesario contar con leyes y reglamentos que la hagan una profesión autónoma y pueda autorregularse; para ello, las enfermeras y los estudiantes deben participar activamente en las asociaciones y organizaciones gremiales o colegiadas, con miras a un trabajo recíproco en la elaboración de proyectos y toma de decisiones en beneficio de la profesión y la colectividad.



### Enfermería como Profesión y como Disciplina

La enfermería ha sido una actividad que ha transitado de oficio a profesión y de profesión a disciplina, esto debido a sus avances en el desarrollo teórico metodológico y a la importancia y trascendencia que su práctica tiene para responder a la demanda de cuidado de la sociedad en su conjunto.

#### De oficio a profesión

La enfermería era considerada un oficio, no respondiendo a preparación o instrucción formal alguna, fue meramente artesanal, otorgando una práctica en esencia empírica y un ejercicio no regulado por normatividad alguna; situación que privó por largas décadas. Sin embargo, a partir de la creación y servicio de la primera escuela de enfermería, da su primer paso hacia la profesionalización, fecha en la que toma un carácter de profesión.

La enfermería como profesión, se ubica como una actividad específica que posee un campo de práctica orientado hacia el beneficio de las personas a través del cuidado, se rige por un código ético, una legislación y una formación sistematizada y validada institucionalmente, su ejercicio es remunerado y posee un reconocimiento social (Durán, 1998). El desarrollo profesional hasta aquí alcanzado está influenciado por la delimitación y construcción del proceso de cuidado y por la identificación y desarrollo de tecnologías propias.

#### De profesión a profesión disciplinar

En la actualidad la enfermería se define como una profesión disciplinar del cuidado a la persona, dicha definición nos lleva a identificar en ella dos componentes: uno profesional y otro disciplinar, lo cual no implica una fragmentación real en la práctica, más bien con ello se pretende evidenciar el avance, desarrollo y la profesionalización de enfermería, ya que aunque sigue cumpliendo con las características de profesión, ahora apoya y fundamenta su práctica profesional no sólo con conocimiento y dominio tecnológico, sino con el perfeccionamiento de éste, a partir de reconocer y trascender en el dominio de su objeto y sujeto de estudio.

En lo disciplinar, la enfermería está justificada debido a que posee un cuerpo de conocimientos propios que evolucionan de manera independiente; asimismo tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia, consta de sustentos científicos propios y de otras disciplinas, los cuales están relacionados con el arte y la tecnología de cuidado.

La disciplina profesional de enfermería dirige sus metas hacia el logro y utilidad práctica, por lo tanto sus teorías deben mantenerse en los ámbitos descriptivos y prescriptivos (Durán, 1998), esto es, la enfermería lleva el conocimiento directo hacia la práctica, utilizando teorías que le competen y le permitan resolver necesidades humanas de salud, permitiéndole también crear nuevos conocimientos para el cuidado, lo cual posibilita la autonomía e identidad profesional. Del mismo modo, su práctica es guiada bajo principios éticos y morales que le permiten desarrollarse de manera efectiva y elocuente dentro de los principios de vida y respeto que demanda la práctica del cuidado a la persona.

La enfermería como disciplina tiene como finalidad facilitar el conocimiento necesario y suficiente que deben utilizar los profesionales en la práctica (Donalson y Crowley, 1978), lo cual compromete a quien la ejerce a construir o reconstruir conocimientos propios que contribuyan cada día más a su consolidación como ciencia del cuidado.

La disciplina de enfermería apoya y fundamenta la práctica profesional, no existe una separación, ya que ésta debe gobernar la práctica profesional y no ser definida por ella; debe aportar el sustento teórico metodológico y tecnológico necesario para el buen desempeño de los profesionales en el cuidado del individuo, familia y comunidad, base indispensable para la consolidación de una disciplina que, aunque vieja como arte, en la actualidad demanda su construcción y consolidación como ciencia (Donalson y Crowley, 1978).

El progreso y consolidación de una disciplina puede medirse por la extensión de la capacidad entre sus miembros en lo referente a identificar preguntas significantes, así como de proveer respuestas coherentes en lo relacionado a su naturaleza filosófico-epistemológica y metodológica que apoyen su construcción como disciplina.



Las formas fundamentales de Carper de “conocer”

En la asistencia sanitaria , las formas fundamentales de conocimiento de Carper son una tipología que intenta clasificar las diferentes fuentes de las cuales pueden derivarse conocimientos y creencias en la práctica profesional (originalmente, específicamente en enfermería ). Fue propuesto por Barbara A. Carper, (enfermera, doctora en educación, profesora asociada y directora de la División de Enfermería Médico-Quirúrgica de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Mujeres de Texas en Dallas) en 1978.

La tipología identifica cuatro patrones fundamentales de conocimiento:

- 1- Empírico: El conocimiento factual de la ciencia , u otras fuentes externas, que pueden ser verificados empíricamente .
- 2- Personal: Conocimiento y actitudes derivadas de la autocomprensión personal y la empatía , incluida la imaginación de uno mismo en la posición del paciente.
- 3- Ético: Actitudes y conocimientos derivados de un marco ético , incluyendo una conciencia de las preguntas y elecciones morales .
- 4- Estético: Conciencia de la situación inmediata, sentada en una acción práctica inmediata; Incluyendo la conciencia del paciente y sus circunstancias como individuos únicos, y de la totalidad combinada de la situación. (Estética en este sentido se utiliza para significar "relación con

el aquí y ahora", del griego αἰσθάνομαι ( *aisthanomai* ), que significa "percibo, siento, sentido" · la referencia *no* es a la consideración de la belleza, el arte y sabor ).

El énfasis en las diferentes maneras de conocer se presenta como una herramienta para generar un pensamiento y aprendizaje más claro y más completo sobre las experiencias, y una mayor auto-integración de la educación en el aula. Como tal, ayudó a cristalizar el marco de Johns (1995) para la investigación reflexiva para desarrollar la práctica reflexiva .

La tipología ha sido vista como una reacción contra el excesivo énfasis en el conocimiento derivado empíricamente, la llamada "enfermería científica", haciendo hincapié en que las actitudes y acciones quizás más personales e intuitivas son también importantes desde el punto de vista central e igualmente aptas para la discusión .

## Conceptos Metaparadigmáticos en Enfermería

### Estructura Disciplinar de la Enfermería

Un metaparadigma está constituido por conceptos que identifican los fenómenos de interés para la disciplina y describen las relaciones entre esos fenómenos.

Es cierto que la enfermería como disciplina requiere de una actualización y reconstrucción permanente, de ahí que algunos autores se refieran a ella como disciplina o ciencia en construcción (Esteban, 1992); sin embargo, el sentido estricto de esta referencia es en relación a que todas las disciplinas y en general la ciencia misma no es estática ni se considera terminada, es dialéctica, requiere de un dinamismo que la actualice, la renueve y la haga vigente para el servicio y bien de la humanidad.

Al respecto, la disciplina de enfermería posee una estructura instruida, que apoya la comprensión y conocimiento de su esencia **como ciencia del cuidado** y sirve como base para direccionar su formación académica, su práctica profesional y su investigación.

---

Dicha construcción disciplinar constituye una estructura organizada y lógica que permite una comprensión más amplia de las relaciones que guardan las dimensiones que como disciplina tiene esta profesión.

La filosofía dominante en la ciencia de enfermería es el humanismo, con énfasis en los valores humanísticos de la atención y la promoción del bienestar y los derechos del individuo (Gortner, 1990).

El metaparadigma de enfermería, que se define como un conjunto de conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería:

- a- Persona
- b- Salud
- c- Cuidado
- d- Entorno



La existencia de diversos modelos conceptuales refleja la postura filosófica, la orientación cognitiva, la tradición de la investigación y las modalidades de práctica de un conocedor o de un grupo de conocedores dentro de una disciplina. La metodología en Enfermería esta representada por el proceso de enfermería, el cual constituye una serie de pasos ordenados y sistematizados para dar cuidado; está compuesto por cinco etapas:

- 1- Valoración
- 2- Diagnóstico
- 3- Planeación
- 4- Ejecución
- 5- Evaluación

Es la expresión objetiva y evidente del proceso formativo científico teórico. Las profesiones disciplinares retoman esta estructura como base para la organización de su conocimiento y formación de sus futuros profesionistas.

Sin bien es cierto que esto sucede con la mayoría de las profesiones que han sido declaradas como disciplinas desde sus inicios, este no es el caso de la enfermería, la cual, no nace como profesión ni como disciplina, situación que la pone en cierta desventaja en cuanto a avance y desarrollo disciplinar, pues al nacer como una profesión determinada por la práctica, requiere rescatar de ella elementos que la ayuden a construir o reconstruir su esencia filosófica y generar teoría, lo cual es totalmente válido para la ciencia.

El reto que representa para la enfermería profesional su construcción o reconstrucción disciplinar es muy grande, debido a que cuando se ejerce una práctica sin una base filosófica, teórica y metodológica que la defina y oriente, se tiende a proyectar un ejercicio profesional no unificado y la mayoría de las veces carente de forma, estructura e identidad. Sin embargo, es un compromiso que se tiene que afrontar y cumplir dada la importancia y trascendencia que la profesión tiene ante la demanda de salud de la persona, familia y comunidad.

Los fenómenos de interés particular para la disciplina de enfermería se representan, entonces, en cuatro conceptos o núcleos básicos: persona, salud, entorno y cuidado.

Persona se refiere a los receptores de cuidado de enfermería, incluyendo a los individuos, las familias, las comunidades y otros grupos.

Entorno se refiere a las personas significativas y al medio ambiente físico de la persona, así como el lugar en que ocurre el cuidado.

Salud es el estado de bienestar de la persona que puede variar desde el bienestar de alto nivel hasta la enfermedad terminal.

Cuidado se refiere a las acciones o intervenciones emprendidas por las enfermeras en nombre de la persona o junto con ella, y las metas o resultados de sus acciones, las cuales son vistas como un proceso sistemático organizado e individualizado que las sustentan.

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

Cabe señalar que dichos conceptos responden a diferentes definiciones según la ideología y el enfoque disciplinar de los teóricos de la enfermería que los definen, lo cual es aceptable, dado el carácter subjetivo de los mismos; sin embargo, el que exista esta diversidad de enfoques conceptuales del metaparadigma, evidencia una pluralidad ideológica necesaria para el avance y desarrollo profesional, pues aporta diferentes significados que se traducen en diversas formas de explicar, entender y direccionar el fenómeno de cuidado, y por lo tanto, el ejercicio profesional.

Los elementos del Paradigma de Enfermería (persona, salud, cuidado, entorno dirigen la actividad de la profesión enfermera incluyendo el desarrollo del conocimiento, la filosofía, la teoría, la experiencia educativa, la investigación y la práctica

Dirigen la actividad de la profesión enfermera incluyendo el desarrollo del conocimiento, la filosofía, la teoría, la experiencia educativa, la investigación y la práctica



La enfermería como disciplina profesional continuará con la búsqueda de la delimitación del cuerpo de conocimientos, demostrando saberes, con la esperanza de alcanzar un desarrollo conceptual que la fortalezca en el ámbito social, en los aspectos del ser, saber, hacer y qué hacer.



## Paradigmas en Enfermería

Paradigma:

*“Grandes corrientes de pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo”*

Un paradigma es un modelo de pensamiento, útil para describir el dominio de una disciplina. Un paradigma conecta el conocimiento de la ciencia, la filosofía y las teorías aceptadas y aplicadas por la disciplina.

Existieron en la historia de la ciencia occidental tres grandes paradigmas que marcaron el rumbo del conocimiento en todas sus áreas. La Enfermería ha sido atravesada por ellos y los renombra como:

- 1- Paradigma de la Categorización (empírico)
- 2- Paradigma de la Integración (simbólico)
- 3- Paradigma de la Transformación (crítico)

- 1- Paradigma de la Categorización: (1850-1950) Los fenómenos son indivisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables

Este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal.

La salud es considerada como la falta de enfermedad, y a esta última no se la relaciona para nada con el entorno, sino que se reduce a una causa única.

El factor causal orienta hacia el tratamiento, se dejan de lado los factores personales o ambientales y el cuidado se orienta hacia los problemas, déficit o incapacidades de la persona

- 2- Paradigma de la Integración: (1950-1975) Prolonga el paradigma anterior reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en el que se sitúa. Este contexto influenciará la reacción del agente infeccioso y su respuesta al tratamiento. El cuidado va dirigido a la salud de la persona en todas sus dimensiones, salud física, mental y social.

Se caracteriza por el reconocimiento de una Disciplina Enfermera distinta de la Disciplina Médica y las investigaciones enfermeras se elaboran alrededor del objeto *persona-entorno*

- 3- Paradigma de la Transformación: (1975 a la actualidad) El cuidado va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define y entiende. La persona es un ser indisociable, mayor que la suma de las partes y diferente de esta.

La salud es un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. Hace referencia al bienestar y a la realización del potencial de crecimiento de la persona

La relación entre la persona cuidada y el enfermero es recíproca, los dos actores se benefician en la interacción y pueden crecer hacia una mayor autoconciencia.

La persona es considerada en su globalidad y el enfermero centra su atención en la persona global en proceso de autocuración.

La salud es un proceso de integración y de armonía entre el cuerpo, el alma y el espíritu.

La persona es la receptora del cuidado enfermero e incluye a los pacientes como individuos, los grupos, las familias y las comunidades. La persona es el centro del cuidado enfermero. Puesto que las necesidades de la persona con frecuencia son complejas, es importante proporcionar cuidados individualizados centrados en el paciente.

La salud tiene diferentes significados para cada paciente, entorno clínico y profesión sanitaria. Es dinámica y cambia continuamente.

El reto como enfermera es proporcionar el mejor cuidado posible basado en el nivel de salud del paciente y las necesidades de cuidado sanitario en el momento de prestarlo.

El entorno /situación incluye todas las condiciones posibles que afectan al paciente y el marco en el cual se presta el cuidado sanitario.

Existe una interacción continua entre un paciente y el entorno. Esta interacción tiene efectos positivos y negativos sobre el nivel de salud de la persona y sus necesidades sanitarias. Las características de la casa, la escuela, el lugar de trabajo o la comunidad influyen en el nivel de salud del paciente y sus necesidades sanitarias.



#### Concepción de cuidado

El término cuidado ha estado presente en el campo de la enfermería desde sus inicios; Florencia Nightingale hace mención de él, utilizándolo para

representar la ayuda que se prestaba a las personas para vivir o sobrevivir en sus ambientes físicos o naturales en relación con la limpieza, el aire no contaminado, el reposo, la buena alimentación y el ejercicio (Meleis, 1985).

Leininger (1978), establece también una clasificación y diferenciación entre lo que son los *cuidados genéricos*, los *profesionales*, y los *profesionales enfermeros*, conceptuándolos de la siguiente manera:

- a- *Los cuidados genéricos* son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación ofrecidos a individuos o grupos con necesidades evidentes y se orientan al mejoramiento y el desarrollo de la condición humana.
- b- *Los cuidados profesionales* son las acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidos cognitivamente y culturalmente que permiten (o ayudan) a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida.
- c- *Los cuidados profesionales enfermeros* son todas aquellas formas humanísticas y científicas, aprendidas en forma cognitiva, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades culturalmente determinadas, técnicas y procesos orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y muerte.

Esta diferenciación permite entender que los cuidados profesionales enfermeros son actividades claramente distintas, complejas, diversas, intencionadas, sistematizadas, reflexionadas y anticipadas, características que no poseen los otros dos tipos de cuidado.

La finalidad de los cuidados profesionales enfermeros es el mantener y desarrollar la salud y el bienestar de las personas (Medina, 1999), fundamentándose en un cuerpo de saberes que pueden ser enseñados y aprendidos.

Estos conceptos de cuidado, clarifican el sentido de los mismos, los diferencian de otros, precisando cómo interactúan y toman sentido de acuerdo al contexto donde se desarrollan.

El cuidado como objeto de estudio

El cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de la enfermería (Gaut, 1983; Leininger, 1978). Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirla del campo de la salud. La literatura indica que el término cuidado ha venido usándose de manera creciente desde el decenio 1960-69 hasta nuestros días. Al revisar la literatura es evidente que la mayoría de ideas y fundamentos para articular y sistematizar de forma conceptual la noción de cuidado, se han extraído del campo de la filosofía y psicología existencial, humanista y personalista.

La enfermería es un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos que se caracteriza por poseer un objeto de estudio o de conocimiento, que le permite delimitar un campo de estudio que lo define o caracteriza, de tal forma que quienes conforman la comunidad científica compartan ese mismo objeto de

estudio y un lenguaje común; es así que en la actualidad es universalmente aceptado que el cuidado es el objeto de estudio de enfermería.

El acto de salvaguardar la integridad física del individuo es el resultado de la naturaleza misma del ser humano, con esto podemos decir que cuidar es un acto inherente en el individuo. El cuidado como objeto de estudio logra una relevancia muy significativa en la sociedad, pues es la misma sociedad la que demanda y justifica la existencia de este.

La enfermería como disciplina que es, debe tener una amplia visión preestablecida relacionada con el cuidado profesional, debiendo reconocer a otros profesionales y al gremio como seres activos y trascendentes, considerando a la persona como un ser holístico, implementando la investigación con un abordaje cualitativo y cuantitativo capaz de retroalimentar la práctica de enfermería basada en el cuidado.

El acto de cuidado es un arte y ciencia que puede transformarse en reflexivo, deliberado y autónomo, a través de la disciplina enfermera que integre su práctica como sólo es posible descifrar la complejidad del cuidado humano.



### Cuidado holístico

El holismo forma parte de la corriente filosófica humanista; etimológicamente holismo viene de griego *holos*, que significa totalidad. Esta surge como una necesidad de explicar el fenómeno salud-enfermedad en el hombre de una forma diferente a la biologicista y la biopsicosocial, ya que debido al avance de la disciplina de enfermería y las necesidades externadas por la persona de cuidado, las corrientes mencionadas han sido superadas.

El ubicar al holismo como una corriente que considera a la persona como una totalidad integral e interactiva donde existe un dinamismo determinante entre sus esferas psicológica, biológica, sociocultural y espiritual, requiere de un cuidado o forma de cuidar correspondiente a dicha concepción, por lo que la enfermería actual requiere proporcionar su cuidado en la misma dimensión.

El cuidado holístico forma parte de un nuevo paradigma de la ciencia de enfermería, el cual atiende las necesidades de la persona bajo un contexto de totalidad comprensiva y cooperativa donde se promueva el humanismo y con ello la salud y calidad de vida de la persona en su integralidad contextual.

Hablar de cuidado holístico es reconocer que las experiencias de vida del ser humano son punto de partida para explicar sus comportamientos como seres humanos individuales, aceptando su dimensión subjetiva e intersubjetiva, su experiencia, creatividad y desarrollo.

El cuidado holístico se centra en la ayuda a la persona, la familia y los grupos para hacer frente a los cambios y a las crisis de una manera adaptativa, recursos y experiencias como un elemento de crecimiento a beneficio de su salud.

El cuidado holístico es además promotor de salud, ya que concibe a la persona capaz de construir una nueva estructura mental que le permita tomar decisiones en pro de la satisfacción de sus necesidades sin poner en riesgo su bienestar futuro; asimismo es un enfoque de crecimiento y sanación integral, en lo individual y colectivo, facilitando el desarrollo del potencial vital y creativo más profundo de la persona cuidada y de quien brinda este cuidado” (Rodríguez y Sotomayor, 2006:23-24).



## Teorías

Las teorías están diseñadas para explicar un fenómeno como el autocuidado o el cuidado.

Explican, describen o predicen el tipo de cuidados enfermeros que ayuda a los pacientes a conseguir un nivel de salud mejor (McEwen y Willis, 2011). Una teoría es un medio de visualizar un «conjunto de conceptos relativamente concretos y específicos y las proposiciones que describen o conectan estos conceptos

Una teoría enfermera es una conceptualización de algún aspecto de la enfermería que describe, explica, predice o prescribe un cuidado enfermero

Las teorías constituyen una gran parte del conocimiento de una disciplina. La teoría y la investigación científica tienen conexiones vitales entre una y otra, y proporcionan guías para la toma de decisiones, la resolución de problemas y las intervenciones enfermeras (Selanders, 2010). Las teorías nos dan una perspectiva para valorar la situación de nuestros pacientes y organizar los datos y métodos para analizar e interpretar la información.

La enfermería es una ciencia y un arte. Las enfermeras necesitan una base teórica para demostrar el conocimiento sobre la ciencia y el arte de la profesión con el fin de fomentar la salud y el bienestar de sus pacientes, ya sea un paciente individual, una familia o una comunidad (Porter, 2010).

Una teoría enfermera ayuda a identificar el foco, los medios y los objetivos de la práctica. Las teorías comunes mejoran la comunicación y aumentan la autonomía y responsabilidad para el cuidado de nuestros pacientes

Una teoría contiene un conjunto de conceptos, definiciones y asunciones o proposiciones que explican un fenómeno. La teoría explica cómo esos elementos están singularmente relacionados con el fenómeno

### Tipos de teorías

El objetivo general de una teoría es importante porque especifica el contexto y la situación en los que la teoría es válida.

*Teorías de alto rango:* tienen un ámbito sistemático y amplio, son complejas y, por ello, requieren mayor especificación por medio de la investigación. Son más generales.

*Teorías de rango medio:* Las teorías de rango medio tienen un ámbito más limitado y son menos abstractas. Tratan de un fenómeno específico y reflejan la práctica (gestión, clínica o enseñanza). Una teoría de rango medio tiende a centrarse más en un campo específico de la enfermería

*Teorías descriptivas:* Son el primer escalón del desarrollo teórico. Describen fenómenos, especulan sobre por qué suceden y describen sus consecuencias. Estas teorías explican, relacionan y, en algunas situaciones, predicen los fenómenos enfermeros

*Teorías prescriptivas:* Tratan de las intervenciones enfermeras para un fenómeno, describen las condiciones bajo las que la prescripción (p. ej. las intervenciones enfermeras) sucede y predicen las consecuencias



## Teorías interdisciplinarias

Para ejercer en los sistemas sanitarios actuales, las enfermeras necesitan una sólida base de conocimientos científicos de la enfermería y otras disciplinas, como ciencias físicas, sociales y conductuales. El conocimiento de estas otras disciplinas incluye teorías relevantes que explican los fenómenos.

Una teoría interdisciplinar es la que explica una visión sistemática de un fenómeno específico para la disciplina objeto de estudio.

## Teoría de sistemas

Un sistema está formado por componentes distintos. Los componentes están interrelacionados y comparten una finalidad común para formar un todo.

Existen dos tipos de sistemas: abierto y cerrado. Un sistema abierto, tal como el organismo humano o un proceso como el proceso enfermero, interactúa con el entorno, intercambiando información entre el sistema y el entorno. Los factores que cambian el entorno también afectan al sistema abierto. La teoría de sistemas de Neuman (2011) define un modelo holístico de la persona global y un enfoque de sistemas abiertos. Un sistema cerrado, tal como una reacción química dentro de un tubo de ensayo, no interactúa con el entorno.

Como todos los sistemas, el proceso enfermero tiene un propósito u objetivo específico. El objetivo del proceso enfermero es organizar y prestar los cuidados centrados en el paciente.



## Necesidades básicas humanas

La pirámide de las necesidades de Maslow es una teoría interdisciplinar útil para designar las prioridades del cuidado enfermero

La pirámide de las necesidades básicas humanas incluye cinco niveles de prioridad. El más básico o primer nivel incluye las necesidades fisiológicas como el aire, el agua y la comida. El segundo nivel incluye las necesidades de protección y seguridad, lo que implica la seguridad física y psicológica. El tercer nivel contiene las necesidades de amor y pertenencia, incluida la amistad, las relaciones sociales y el amor sexual. El cuarto nivel abarca las necesidades de estima y autoestima que incluyen confianza en uno mismo, utilidad, logro y



autovaloración. El último nivel es la necesidad de autorrealización, el estado de realización total del potencial, de tener la capacidad de resolver los problemas y afrontar las situaciones vitales de forma realista. Cuando se usa esta jerarquía, las necesidades básicas fisiológicas y de seguridad son, generalmente, la primera prioridad, especialmente cuando un paciente es gravemente dependiente físicamente.

Sin embargo, podrán encontrarse situaciones en las que un paciente no tiene necesidades emergentes físicas o de seguridad. En su lugar, habrá que dar mayor prioridad a las necesidades psicológicas, socioculturales, de desarrollo o espirituales del paciente.

Los pacientes que acuden al sistema sanitario normalmente tienen necesidades insatisfechas. Por ejemplo, una persona que llega a urgencias con una neumonía aguda tiene la necesidad insatisfecha de oxígeno, la necesidad fisiológica más básica. Una mujer anciana de una zona de alta criminalidad está preocupada por su seguridad física. Una madre de familia viuda cuyos hijos ya se han emancipado siente que no pertenece a nadie o no es querida. La pirámide de las necesidades es un medio para planificar el cuidado individualizado de los pacientes.



FUENTE: [https://es.wikipedia.org/wiki/Pir%C3%A1mide\\_de\\_Maslow#/media/File:Pir%C3%A1mide\\_de\\_Maslow.svg](https://es.wikipedia.org/wiki/Pir%C3%A1mide_de_Maslow#/media/File:Pir%C3%A1mide_de_Maslow.svg)

## Teorías del desarrollo

El crecimiento y desarrollo humano son procesos de predicción organizados que empiezan con la concepción y prosiguen hasta la muerte. Existen múltiples modelos teóricos bien comprobados que describen y predicen el comportamiento y el desarrollo en las distintas fases del continuo de la vida.

## Teorías psicosociales

La enfermería es una disciplina versátil que se esfuerza por satisfacer las necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales de los pacientes. Existen modelos teóricos que explican y/o predicen

las respuestas del paciente en cada uno de estos campos. (necesidades de la familia cuando es cuidadora, ayuda a los pacientes ante pérdida muerte o duelo)

### Importancia de las Teorías en Enfermería

A principios del siglo XX, la enfermería no era ni una disciplina académica ni una profesión. Los logros del siglo pasado han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas. Aunque estos términos (*disciplina* y *profesión*) están interrelacionados y a veces se utilizan indistintamente, deben señalarse las importantes diferencias que hay entre ellos. Cada uno tiene un significado específico que es importante conocer, como se explica a continuación:

Una disciplina es específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación, un departamento de aprendizaje o un dominio de conocimiento (Donaldson y Crowley, 1978; Orem, 2001; Styles, 1982).

Una profesión hace referencia a un campo especializado de la práctica; está creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan (Donaldson y Crowley, 1978; Orem, 2001; Styles, 1982).

Los logros de la profesión durante el siglo pasado fueron muy importantes para el desarrollo de la ciencia enfermera, aunque no llegaron de forma fácil. La historia demuestra que numerosas enfermeras fueron pioneras en diversas causas y desafiaron el *statu quo* con ideas creativas tanto para la salud de las personas como para el desarrollo de la enfermería.

Sus logros dieron paso a este momento estimulante en el que la enfermería fue reconocida como una disciplina académica y como una profesión (Fitzpatrick, 1983; Kalisch y Kalisch, 2003; Meleis, 2007).

Los trabajos teóricos enfermeros son la forma más representativa de presentar el conocimiento enfermero sistemático; por tanto, los trabajos teóricos enfermeros son cruciales para el futuro tanto de la disciplina como de la profesión de la enfermería.

Las definiciones y teorías enfermeras pueden ayudar a comprender la práctica enfermera.

### Objetivos de los Modelos Teóricos Enfermeros

- ✓ Identificar el dominio y los objetivos de la enfermería.
- ✓ Proporcionar conocimientos para mejorar la administración, práctica, educación e investigación enfermeras.
- ✓ Guiar la investigación y aumentar la base de conocimiento enfermero.
- ✓ Identificar las técnicas y herramientas de investigación utilizadas para validar las intervenciones enfermeras.
- ✓ Formular la legislación que controle la práctica, la investigación y la educación enfermeras.
- ✓ Formular reglamentos que interpreten la normativa y legislación que rigen la práctica enfermera.
- ✓ Desarrollar planes de estudios para la educación enfermera.

- ✓ Establecer criterios para medir la calidad del cuidado, la educación y la investigación enfermeras.
- ✓ Guiar el desarrollo del sistema de prestación de servicios enfermeros.
- ✓ Proporcionar una estructura y metodologías sistemáticas para las actividades enfermeras.



### Teoría de Nightingale

La teoría de Nightingale se centró en el entorno. Aunque ella nunca utilizó el término *entorno* en sus escritos, definió y describió con detalle los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos del entorno que se han acabado conociendo como entorno en discusiones de su obra. Aunque Nightingale definió los conceptos con exactitud, no separó aspectos del entorno del paciente en aspectos físicos, emocionales o sociales. Al leer *Notes on Nursing* (Nightingale, 1969) y sus demás obras, es fácil identificar su énfasis en el entorno *físico*. En el contexto de los problemas específicos que identificó y se esforzó para mejorar y corregir en varios lugares (en entornos de guerra y asilos) durante su vida, este énfasis parece más apropiado (Gropper, 1990). Su preocupación por un entorno saludable incluyó ámbitos hospitalarios en Crimea e Inglaterra, pero también se extendió a los hogares y las condiciones físicas de vida de los pobres. Creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar unos cuidados de enfermería adecuados.

Su trabajo teórico sobre los cinco elementos esenciales de un entorno saludable (aire puro, agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene y luz) se consideran tan indispensables en la actualidad como hace 150 años.

La mayor preocupación de Nightingale parecía ser que el paciente tuviera una ventilación adecuada; sus instrucciones a las enfermeras eran «que el aire que respira sea tan puro como el aire del exterior, sin provocarle un resfriado» (Nightingale, 1969, p. 12). Sin olvidar que rechazaba la teoría de los gérmenes (recientemente creada en esa época), el énfasis que Nightingale puso en una ventilación adecuada indica que parecía reconocer este elemento del entorno como causa de enfermedad y recuperación.

Además de describir el papel de la ventilación en la habitación o la vivienda, Nightingale ideó un sistema para medir la temperatura del paciente

mediante la palpación de las extremidades para calcular la pérdida de calor (Nightingale, 1969)

Las enfermeras eran instruidas para controlar el entorno de forma continuada con el fin de proporcionar al paciente calor con un buen fuego, ventilación abriendo las ventanas y colocando al paciente en el lugar más adecuado de la habitación.

El concepto de iluminación también era importante en la teoría de Nightingale. En particular, descubrió que la luz solar era una necesidad específica de los pacientes. Observó que «La luz posee tantos efectos reales y tangibles sobre el cuerpo humano... ¿Quién no ha observado alguna vez el efecto purificador de la luz y especialmente de la luz solar directa sobre el aire de una habitación?» (Nightingale, 1969, pp. 84-85). Para conseguir los efectos beneficiosos de la luz solar, se enseñaba a las enfermeras a mover y colocar a los pacientes de forma que estuvieran en contacto con la luz solar.

La higiene como concepto es otro elemento fundamental de la teoría del entorno de Nightingale (Nightingale, 1969).

A este respecto, se refirió específicamente al paciente, a la enfermera y al entorno físico.

Observó que un entorno sucio (suelos, alfombras, paredes y ropa de cama) era una fuente de infección por la materia orgánica que contenía. Incluso si el entorno estaba bien ventilado, la presencia de material orgánico creaba un ambiente de suciedad; por tanto, se requería una manipulación y una eliminación adecuadas de las excreciones corporales y de las aguas residuales para evitar la contaminación del entorno.

Por último, Nightingale era partidaria de bañar a los pacientes a menudo, incluso todos los días, en un momento en que esta práctica no era habitual.

También exigía que las enfermeras se bañaran cada día, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia (Nightingale, 1969).

Este concepto era especialmente relevante para el cuidado individual de los pacientes y fue muy importante para mejorar el estado de salud de los pobres que vivían hacinados, en malas condiciones, con sistemas inadecuados de evacuación de aguas residuales y con acceso limitado al agua potable (Nightingale, 1969).

Nightingale incluyó los conceptos de tranquilidad y dieta en su teoría del entorno.

Se pedía a la enfermera que evaluara la necesidad de tranquilidad e interviniera si era necesario (Nightingale, 1969). Debía evitarse el ruido creado por actividades físicas en torno a la habitación del paciente porque podría perjudicarlo.

Asimismo, Nightingale se preocupó también por la dieta del paciente (Nightingale, 1969).

Enseñó a las enfermeras a valorar no sólo la ingesta alimenticia, sino también el horario de las comidas y su efecto sobre el paciente. Creía que los pacientes con enfermedades crónicas corrían el peligro de morir de inanición

involuntariamente y que las enfermeras debían saber satisfacer las necesidades nutricionales de sus pacientes.

Otro elemento de su teoría era la descripción del control de los detalles más pequeños (Nightingale, 1969). Creía que la enfermera controlaba el entorno físico y administrativamente. La enfermera tenía que controlar el entorno para proteger al paciente de daños físicos y psicológicos: por ejemplo, debía evitar que el paciente recibiera noticias que pudieran perturbarlo, que recibiera visitas que perjudicaran su recuperación y que su sueño fuera interrumpido. Además, Nightingale reconoció que las visitas de pequeños animales domésticos podrían beneficiar al paciente. Creía que la enfermera era responsable del entorno incluso cuando no se encontraba físicamente allí, porque debía supervisar el trabajo de las demás enfermeras durante su ausencia



Teoría de Henderson

Virginia Henderson define la enfermería como «ayudar a la persona, enferma o sana, en la realización de aquellas actividades que contribuirán a su salud, recuperación o muerte en paz, y que la persona realizaría sin ayuda si ella tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios» (Harmer y Henderson, 1955; Henderson, 1966).

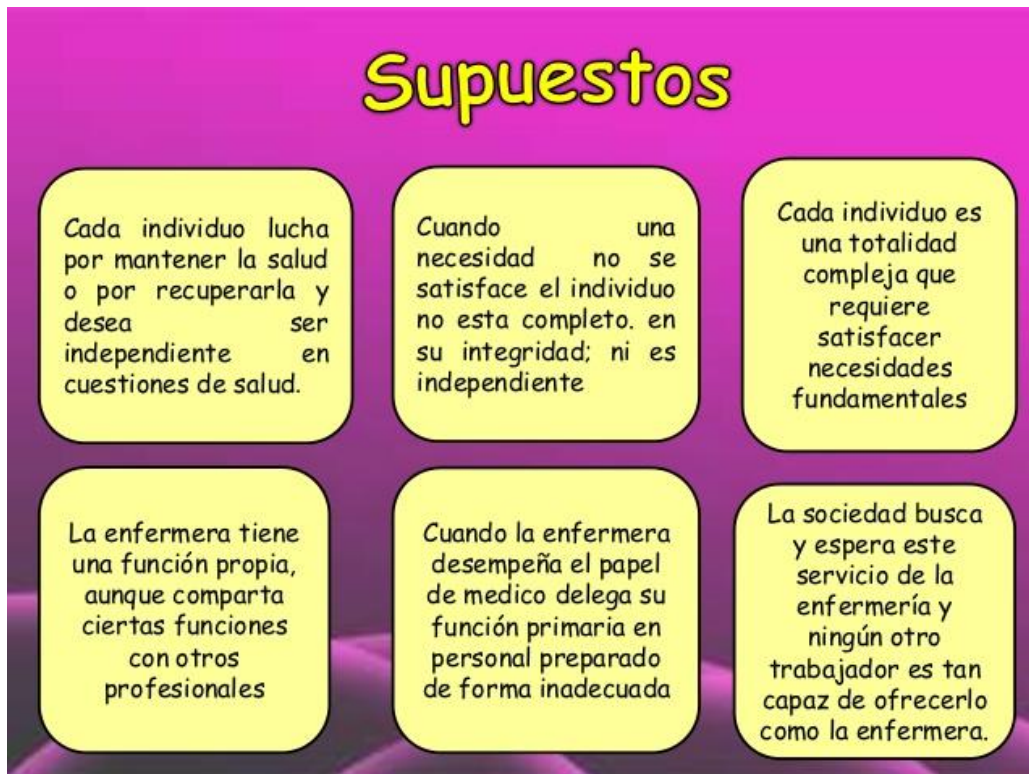
Henderson organizó su teoría sobre 14 necesidades básicas de la persona como un todo, e incluyó fenómenos de los siguientes campos del paciente: fisiológico, psicológico, sociocultural, espiritual y de desarrollo.

La relación interpersonal entre enfermera y paciente crea un entorno afectivo para identificar las necesidades del paciente, planificar los objetivos de los cuidados y proporcionar cuidados enfermeros centrados en el paciente (George, 2011).

Enmarcar el cuidado enfermero alrededor de las necesidades de la persona permite utilizar la teoría de Henderson para una variedad de pacientes a lo largo de la vida y en múltiples entornos a lo largo del continuo del cuidado sanitario.

### ***Las 14 Necesidades***

- 1- *Respirar normalmente*
- 2- *Comer y beber adecuadamente*
- 3- *Eliminar los desechos corporales*
- 4- *Moverse y mantener posturas deseables*
- 5- *Dormir y descansar*
- 6- *Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse*
- 7- *Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno*
- 8- *Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel*
- 9- *Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros*
- 10- *Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones*
- 11- *Rendir culto según la propia fe*
- 12- *Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro*
- 13- *Jugar o participar en diversas formas de ocio*
- 14- *Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles*



## Teoría de Watson

La teoría de los cuidados transpersonales de Jean Watson (2005,2008) define el resultado de la actividad enfermera con respecto a los aspectos humanísticos de la vida (Alligood y Tomey, 2010).

El propósito de la acción enfermera es comprender la interrelación entre salud, enfermedad y conducta humana. Así, la enfermería se ocupa de promocionar y restablecer la salud, y prevenir la enfermedad.

Watson diseñó su modelo sobre el proceso de cuidados, ayudando a los pacientes a alcanzar o mantener la salud o a morir en paz (Watson, 2005). Este proceso de cuidados requiere que la enfermera tenga conocimientos acerca del comportamiento humano y las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales

La enfermera también necesita conocer las necesidades individuales del paciente, cómo responder a los demás y las fortalezas y limitaciones del paciente y la familia, así como las de la enfermera. Además, la enfermera reconforta y ofrece compasión y empatía a los pacientes y las familias. El cuidado representa todos los factores que emplea la enfermera para la atención al paciente (Watson, 1996).

## Teoría de Orem

La teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem (2001) se centra en las necesidades de autocuidado del paciente. Orem define el autocuidado como una actividad aprendida, orientada a un objetivo, dirigida hacia el propio interés por mantener la vida, la salud, el desarrollo y el bienestar.



El objetivo de la teoría de Orem es ayudar al paciente a realizar el autocuidado y gestionar sus problemas de salud. El cuidado enfermero es necesario cuando el paciente es incapaz de satisfacer las necesidades biológicas, psicológicas, de desarrollo o sociales.

Esta teoría funciona bien en todas las etapas del proceso enfermero (George, 2011). La enfermera valora y determina por qué un paciente es incapaz de satisfacer estas necesidades, identifica los objetivos para ayudar al paciente, interviene para ayudar al paciente a realizar el autocuidado y evalúa cuánto autocuidado es capaz de realizar el paciente.

De acuerdo con la teoría de Orem, el objetivo de la enfermería es aumentar la capacidad del paciente para satisfacer esas necesidades de una manera independiente (George, 2011; Orem, 2001).

#### Teoría de Nancy Roper

Desarrolló un modelo de Enfermería basado en el modelo de vida, con los siguientes fundamentos básicos:

1. La vida se describe como una mezcla de Actividades Vitales.
2. Lo propio del individuo viene marcado por como realiza estas actividades.
3. El Ser Humano es valioso en todas sus fases de la vida, y va siendo progresivamente más independiente hasta ser adulto
4. La dependencia que pueda tener una persona no limita su dignidad.

Roper refiere que " Hay unos factores que influyen el conocimiento, actitudes y conducta del individuo: como son los biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales 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 el cual engloba además, del fomento y mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad.

Jugando aquí un papel importante, la actuación de las profesionales de Enfermería las cuales deben ser en cierto modo educadoras de la salud, y su actuación, se basa en colaborar con el paciente, quien normalmente posee autonomía a la hora de tomar decisiones, es decir lo específico de la enfermera es prevenir, investigar, resolver o afrontar de forma positiva los problemas relacionados con las actividades vitales.

#### Teoría de Peplau

La teoría de Hildegard Peplau (1952) se centra en las relaciones entre la enfermera, el paciente, la familia del paciente y el desarrollo de la relación enfermera-paciente.

El paciente es una persona con una necesidad y la enfermería es un proceso interpersonal y terapéutico. Esta relación enfermera-paciente está



influida, a la vez, por la enfermera y por las percepciones e ideas preconcebidas del paciente (George, 2011).

Al desarrollar la relación enfermera-paciente, la enfermera puede actuar como una persona de recursos, consejera y suplente. Por ejemplo, cuando el paciente busca ayuda, la enfermera y el paciente analizan primero la naturaleza de cualquier problema y la enfermera explica los servicios disponibles. A medida que se desarrolla la relación enfermera-paciente, la enfermera y el paciente definen de forma conjunta el problema y las soluciones posibles.

El paciente sale ganando con esta relación, utilizando los servicios disponibles para satisfacer sus necesidades, y la enfermera ayuda al paciente reduciendo la ansiedad relacionada con los problemas de salud.

La teoría de Peplau es única: la relación de colaboración enfermera-paciente crea una «fuerza de maduración» a través de la cual la efectividad interpersonal satisface las necesidades del paciente.

Esta teoría es útil para establecer una comunicación eficaz entre enfermera y paciente cuando se obtiene una historia de enfermería, cuando se proporciona educación al paciente y cuando se aconseja a los pacientes y sus familias

Cuando las necesidades originales del paciente son resueltas, emergen, algunas veces, necesidades nuevas.

#### Teoría de Leininger

Leininger utilizó su formación en antropología para forjar su teoría sobre la diversidad y universalidad del cuidado en diferentes culturas (Alligood, 2010).

El cuidado humano varía entre culturas en sus manifestaciones, procesos y modelos. Los factores de la estructura social, tales como la religión del paciente, la política, la cultura y las tradiciones, son fuerzas significativas que afectan al cuidado e influyen en los patrones de salud y enfermedad del paciente.

El concepto más importante de la teoría de Leininger es la diversidad cultural, y el objetivo del cuidado enfermero es proporcionar al paciente cuidados enfermeros específicos culturalmente (Alligood, 2010; Leininger, 1991). Para proporcionar cuidados a pacientes de culturas singulares, la enfermera integra sin riesgo las tradiciones culturales, los valores y las creencias del paciente en el plan de cuidados.

La teoría de Leininger reconoce la importancia de la cultura y su influencia en todo lo que rodea al paciente y a los profesionales sanitarios (George, 2011).

Leininger ha desarrollado varios términos que son relevantes para su teoría. Cuidados Culturales: Actos de prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás, centrados en necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar del cliente o para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas.

Diversidad de los Cuidados Culturales: Hace referencia a las variables y/o diferencias de los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de

los cuidados en o entre colectivos, relacionadas con las expresiones de asistencia, apoyo o capacitación en los cuidados a las personas.

**Universalidad de los Cuidados Culturales:** Se refiere a la similitud o uniformidad en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan el cuidado como una humanidad universal.

**Concepción del Mundo:** Se refiere a la forma en que las personas o los grupos tienden a mirar hacia su mundo o universo para formarse una imagen o un punto de vista sobre sus vidas o sobre el mundo que les rodea.

**Dimensiones Culturales y de la Estructura Social:** Hacen referencia a los modelos y características dinámicas, holísticas e interrelacionadas de los factores de estructura y organización de una cultura (o subcultura) determinada, donde se incluyen la religión (o espiritualidad), parentesco (sociedad), características políticas (ley), economía, educación, tecnología, valores culturales, filosofía, historia y lengua.

**Contexto del Entorno:** Se refiere a la totalidad de un entorno (físico, geográfico y sociocultural), situación o hecho con experiencias relacionadas, que otorgan significados que guían las expresiones y decisiones humanas con referencia a un entorno o situación particular.

**Etnohistoria:** Hace referencia a la secuencia de hechos o desarrollos conocidos, presenciados o documentados sobre una población diseñada de una cultura.

**Sistema de cuidados genéricos (tradicionales o populares):** Hace referencia a puntos de vista y valores locales, indígenas o interiores sobre un fenómeno.

**Sistemas de Cuidados Profesionales:** Hace referencia a puntos de vista y valores externos o más universales sobre un fenómeno.

**Salud:** Significa el estado de bienestar o recuperación que se define, valora y practica culturalmente por parte de individuos o grupos que les permite funcionar en sus vidas cotidianas

**Enfermería Transcultural:** Hace referencia a un área formal de conocimientos y de prácticas humanísticas y científicas centradas en fenómenos y competencias del cuidado (prestación de cuidados) cultural holístico para ayudar a individuos o grupos a mantener o recuperar su salud (o bienestar) y para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas, de forma culturalmente coherente y beneficiosa.

**Conservación o Mantenimiento de los Cuidados Culturales:** Se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura determinada a recuperar o conservar valores de los cuidados significativos para su bienestar, a recuperarse de las enfermedades o a saber afrontar impedimentos físicos o mentales, o la misma muerte.

**Adaptación o Negación de los Cuidados Culturales:** Hace referencia a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura (o subcultura)

determinada a adaptarse o a llegar a un acuerdo con otras culturas, para así obtener resultados beneficiosos y satisfactorios

**Reorientación o Reestructuración de los Cuidados Culturales:** Se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a los pacientes a reorganizar, cambiar y modificar en gran medida sus modos de vida para obtener nuevos resultados, diferentes y beneficiosos.

**Cuidados Enfermeros Competentes con la Cultura:** Hace referencia al uso explícito de cuidados y de conocimiento sanitario basado en la cultura de forma sensible, creativa y significativa que se adapte a formas de vida y necesidades generales de individuos o grupos para el bienestar y la salud beneficiosa y satisfactoria o para afrontar la enfermedad, las discapacidades o la muerte



### Teoría de Nola Pender

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

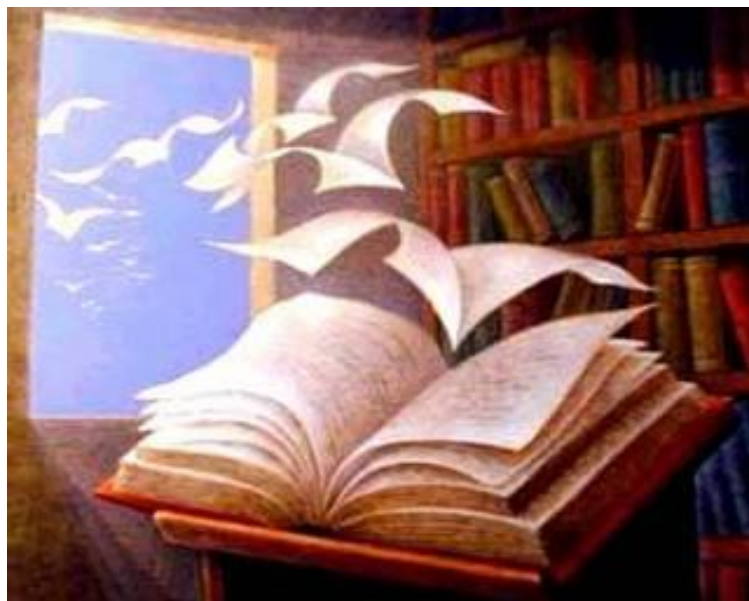
### Teoría de Orlando

La teoría enfermera de Orlando hace especial hincapié en la relación recíproca entre el paciente y la enfermera. Lo que los otros dicen y hacen afectan a la enfermera y al paciente.

Fue una de las primeras líderes enfermeras que identificó y destacó los elementos del proceso enfermero y la especial importancia de la participación del paciente en ese proceso. Orlando consideraba que la enfermería era una profesión distinta e independiente a la medicina. Creía que las órdenes de los médicos se dirigían a los pacientes, no a las enfermeras.

A pesar de ello, pensaban que la enfermera ayuda al paciente a llevar a cabo esas órdenes o, si el paciente es incapaz de realizarlas, debe llevarlas a cabo por él. Así mismo, si existen datos que contradicen las órdenes del médico, las enfermeras deben impedir que los pacientes las sigan. Es necesario que la enfermera justifique su decisión al médico. Puede que Orlando haya facilitado el desarrollo de las enfermeras como pensadoras lógicas. Orlando consideraba que las enfermeras decidían por sí mismas las acciones enfermeras, sin basarse en las órdenes del médico, las necesidades organizativas y las experiencias personales del pasado. Por tanto, la acción enfermera se basa en la experiencia inmediata con el paciente y en sus necesidades de ayuda inmediata.

Su objetivo general consistía en desarrollar "Una teoría de la práctica enfermera eficaz" que definiría un papel diferenciado para las enfermeras profesionales y que proporcionaría una base para el estudio sistemático de la enfermería.



## Proceso de Salud-Enfermedad

El concepto de salud ha cambiado significativamente a lo largo del tiempo. La conceptualización de la OMS en la primera mitad de siglo XX entendía la salud “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades”, lo que permite comprender la salud no solamente desde los equilibrios biológicos, sino como un sistema de valores, como noción que la gente usa para interpretar sus relaciones con el orden social

Estos conceptos han evolucionado y hoy se entiende la salud como un recurso para la vida y no el objetivo de la vida, en el cual, estar sano es “la capacidad (...) para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales”

Conocer el estado de salud de los individuos es estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, con el medio

ambiente, con el sistema de salud que le atiende y con los estilos de vida que caracterizan su comunidad y, por consiguiente, con su cultura (Dever )

La salud puede ser pensada como un hecho social que atraviesa la organización cultural, puesto que alrededor de ella se elaboran las culturas médicas locales y se construyen los diferentes sistemas de cuidado encargados de vigilar la salud de las personas y los grupos

En el pasado la mayoría de personas y de sociedades consideraban buena salud, o bienestar, como lo contrario o ausencia de enfermedad. Esta actitud simplista ignora los estados de salud entre enfermedad y buena salud.

La salud es un concepto multidimensional y es considerado desde una perspectiva más amplia.

Una valoración del estado de salud del paciente es un aspecto importante de la enfermería.

Los modelos de salud ofrecen una perspectiva para comprender la relación entre los conceptos de salud, bienestar y enfermedad. Las enfermeras se encuentran en una posición única para ayudar a los pacientes a conseguir y mantener niveles óptimos de salud. Necesitan comprender los retos actuales del sistema de atención sanitaria y aprovechar las oportunidades para promocionar la salud, el bienestar y la prevención de enfermedades.

En una época de contención de costes y tecnología avanzada, las enfermeras son un vínculo vital para la mejora de la salud de las personas y de la sociedad.

Identifican los factores de riesgo, reales y potenciales, que predisponen a una persona o a un grupo a la enfermedad. Además, la enfermera utiliza las estrategias de modificación del factor de riesgo para promocionar la salud y el bienestar y prevenir la enfermedad.

Las diferentes actitudes ocasionan que la gente reaccione a su enfermedad o a la enfermedad de un miembro de la familia de diferentes maneras. Los sociólogos médicos llaman a esta reacción *conducta de enfermedad*. Las enfermeras que comprenden cómo reaccionan los pacientes a la enfermedad pueden minimizar sus efectos y ayudar a los pacientes y sus familias a mantener o devolverles el más alto nivel de funcionamiento.

Definir la salud es difícil. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como un «estado de completo bienestar físico, mental y social, no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 1947).

Se necesita considerar muchos otros aspectos de la salud. La salud es un estado de la existencia que la gente define en relación con sus propios valores, personalidad y estilo de vida. Cada persona tiene un concepto personal de salud. Pender, Murdaugh y Parsons (2011) definen salud como la actualización del potencial humano inherente y adquirido mediante conductas dirigidas a una meta, autocuidado competente y relaciones satisfactorias con otros, al tiempo que

se hacen los ajustes necesarios para mantener la integridad estructural y la armonía con el entorno.

Las opiniones individuales sobre la salud varían entre los diferentes grupos de edad, géneros, razas y culturas (Pender, Murdaugh y Parsons, 2011). Pender (1996) explica que «todas las personas libres de enfermedad no están igualmente sanas». Las perspectivas sobre la salud se han ampliado para incluir bienestar mental, social y espiritual y han centrado la salud en los niveles de la familia y la comunidad (Pender, Murdaugh y Parsons, 2006).

Para ayudar a los pacientes a identificar y alcanzar las metas de salud, las enfermeras descubren y usan información sobre sus conceptos de salud. Pender, Murdaugh y Parsons (2011) sugieren que para muchas personas las condiciones de vida definen la salud más que los estados patológicos. Las condiciones de vida pueden tener efectos positivos o negativos sobre la salud mucho antes de que una enfermedad sea evidente (Pender, Murdaugh y Parsons, 2011). Las condiciones de vida incluyen variables socio económicas como el entorno, la dieta, las prácticas o elección de estilos de vida y muchas otras variables fisiológicas y psicológicas.

La salud y la enfermedad se definen de acuerdo con la percepción individual. A menudo, la salud incluye condiciones que eran consideradas enfermedad anteriormente. Por ejemplo, una persona con epilepsia que ha aprendido a controlar sus ataques con medicación y que funciona en casa y en el trabajo ya no puede considerarse enferma. Las enfermeras necesitan considerar a la persona completa y al entorno en el que ésta vive para individualizar el cuidado de enfermería y mejorar la significación del estado de la salud futura del paciente.

## Modelos de Salud y Enfermedad

Un modelo es una manera teórica de comprender un concepto o una idea. Los modelos representan diferentes maneras de acercarse a cuestiones complejas. Debido a que la salud y la enfermedad son conceptos complejos, los modelos se usan para comprender las relaciones entre esos conceptos y las actitudes de los pacientes hacia la salud y las conductas de salud.

Las creencias de salud son las ideas de una persona, las convicciones y las actitudes sobre la salud y la enfermedad. Pueden estar basadas en información fáctica o desinformación, sentido común o mitos, realidad o expectativas falsas. Debido a que las creencias de salud influyen normalmente en la conducta de salud, pueden afectar al nivel de salud del paciente positiva o negativamente.

Las conductas positivas de salud son actividades relacionadas con mantener, alcanzar o recuperar la buena salud y prevenir la enfermedad.

Las conductas positivas de salud comunes incluyen inmunizaciones, patrones de sueño apropiado, ejercicio adecuado, manejo del estrés y nutrición. Las conductas negativas de salud incluyen prácticas, dañinas para la salud en realidad o potencialmente, como fumar, abuso de drogas o alcohol,

dieta deficiente y rechazo a tomar la medicación necesaria. Las enfermeras desarrollan los siguientes modelos de salud para comprender las actitudes y los valores de los pacientes sobre la salud y la enfermedad y para proporcionar cuidados de salud efectivos. Estos modelos de enfermeros permiten comprender y predecir la conducta de salud de los pacientes, incluyendo como usan los servicios de salud y se adhieren al tratamiento recomendado.

#### *Modelo de creencia de salud*

El modelo de creencia de salud de Rosenstoch (1974) y Becker y Maiman (1975) aborda la relación entre las creencias de las personas y sus conductas.

El modelo de creencia de salud ayuda a comprender los factores que influyen en las percepciones, creencias y conductas de los pacientes para planificar los cuidados que serán más efectivos con el fin de mantener o recuperar la salud y prevenir la enfermedad.

El primer componente de este modelo implica la percepción de una persona de su susceptibilidad a una enfermedad. Por ejemplo, un paciente necesita reconocer el vínculo familiar en la enfermedad arterial coronaria. Después de reconocer este vínculo, especialmente cuando el padre o la madre y dos hermanos han muerto a los cuarenta años de infarto de miocardio, el paciente puede percibir el riesgo personal de enfermedad cardíaca.

El segundo componente es la percepción de una persona de la gravedad de la enfermedad. Esta percepción está influida y modificada por variables demográficas y socio psicológicas, amenazas percibidas de la enfermedad y señales para la acción (p. ej., las campañas de los medios de comunicación y el consejo de la familia, los amigos y los profesionales de la salud). Por ejemplo, un paciente puede no percibir que su enfermedad cardíaca sea grave, lo que puede afectar a la manera en que cuida de sí mismo. El tercer componente, la probabilidad de que una persona tome acciones preventivas, resulta de la percepción de una persona de los beneficios o las barreras para actuar. Las acciones preventivas incluyen cambios en el estilo de vida, aumento en la adherencia a los tratamientos médicos o la búsqueda de consejo o tratamiento médico. La percepción del paciente de la susceptibilidad a la enfermedad y su percepción de la gravedad de una enfermedad ayudan a determinar la probabilidad de que el paciente tome parte o no en conductas saludables.

#### *Modelo de promoción de la salud*

El modelo de promoción de la salud (MPS) propuesto por Pender (1982; revisado, 1996) estaba diseñado para ser un modelo «homólogo complementario para los modelos de protección de la salud» Define salud como un estado positivo, dinámico, no simplemente la ausencia de enfermedad (Pender, Murdaugh y Parsons, 2011).

La promoción de la salud está dirigida a aumentar el nivel de bienestar del paciente. El MPS describe la naturaleza multidimensional de las personas según interactúan dentro de su entorno para conseguir salud (Pender, 1996; Pender, Murdaugh y Parsons, 2011). El modelo se centra en las tres áreas siguientes: 1)



características y experiencias individuales; 2) conocimiento y afecto específicos de la conducta, y 3) resultados conductuales. El MPS señala que cada persona tiene características y experiencias personales únicas que afectan a acciones subsiguientes. El conjunto de variables para el conocimiento y el afecto específicos de la conducta tienen una importante significación motivadora. Estas variables pueden modificarse mediante acciones de enfermería. La conducta de promoción de la salud es el resultado conductual deseado y es el objetivo del MPS. Las conductas de promoción de la salud tienen como resultado una mejora de la salud, habilidad funcional mejorada y mejor calidad de vida en todas las etapas del desarrollo (Pender, Murdaugh y Parsons, 2011)

#### Pirámide de las necesidades de Maslow

Las necesidades humanas básicas son elementos necesarios para la supervivencia humana y la salud (p. ej., comida, agua, seguridad y amor). Aunque cada persona tiene otras necesidades propias, todas comparten las necesidades humanas básicas y hasta qué punto las necesidades básicas son satisfechas es un factor importante para determinar el nivel de salud de una persona.

La pirámide de las necesidades de Maslow es un modelo que las enfermeras utilizan para comprender las interrelaciones de las necesidades humanas básicas

Según este modelo, algunas necesidades humanas son más básicas que otras (es decir: algunas necesidades deben ser satisfechas antes que otras [p. ej., satisfacer las necesidades fisiológicas antes que las de amor y pertenencia]).

La autorrealización es la expresión más alta del potencial de una persona y le permite un descubrimiento continuo de sí mismo.

El modelo de Maslow toma en cuenta las experiencias individuales, siempre únicas para la persona (Ebersole y cois., 2008).

El modelo de necesidades jerárquico proporciona una base para que las enfermeras cuiden a los pacientes de todas las edades en todos los entornos sanitarios. Sin embargo, cuando se aplica este modelo, el centro de los cuidados está en las necesidades del paciente más que en una fidelidad estricta a la pirámide.

Es poco realista esperar que las necesidades básicas de un paciente ocurran siempre en el orden jerárquico fijado. En todos los casos una necesidad fisiológica emergente precede a una necesidad de nivel más alto. En otras situaciones una necesidad psicológica o de seguridad física es prioritaria. Por ejemplo, en un incendio de una casa el temor de lesión y muerte es prioritario a las cuestiones de autoestima. Aunque podría parecer que la necesidad más fuerte de un paciente que ha sufrido cirugía fuera el control del dolor en el área psicosocial, si la paciente acaba de tener una mastectomía, su principal necesidad estaría en las áreas de amor, pertenencia y autoestima.

Es importante no asumir las necesidades del paciente solamente porque otros pacientes han reaccionado de una cierta manera. La pirámide de Maslow puede ser muy útil cuando se aplica a cada paciente individualmente. Para

proporcionar los cuidados más efectivos, necesitamos comprender las relaciones de las diferentes necesidades y los factores que determinan las prioridades para cada paciente.

#### Modelos holísticos de salud

Los cuidados sanitarios han empezado a tener un punto de vista más holístico sobre la salud al considerar el bienestar emocional y espiritual y otras dimensiones de una persona como aspectos importantes del bienestar físico. El modelo holístico de salud de la enfermería intenta crear las condiciones que promueven una salud óptima. En este modelo las enfermeras, utilizando el proceso de enfermería, consideran que los pacientes son los expertos últimos con respecto a su propia salud y respetan su experiencia subjetiva como relevante para mantener la salud o ayudarlos a curarse. En el modelo holístico de salud los pacientes están implicados en su proceso de curación, asumiendo, por tanto, alguna responsabilidad para el mantenimiento de su salud (Edelman y Mandle, 2010).

Las enfermeras, al utilizar el modelo holístico de la enfermería, reconocen las capacidades curativas naturales del cuerpo e incorporan intervenciones complementarias y alternativas, tales como la musicoterapia, la reminiscencia, la terapia de relajación, el tacto terapéutico y la visualización guiada, porque son complementos efectivos, económicos, no invasivos y no farmacológicos a los cuidados médicos tradicionales. Estas estrategias holísticas, que pueden ser utilizadas en todas las etapas de la salud y la enfermedad, son esenciales en el creciente papel de la enfermería.

Las enfermeras utilizan las terapias holísticas ya sea solas o en unión con la medicina convencional. Por ejemplo, usan la reminiscencia con la población geriátrica para ayudar a aliviar la ansiedad de un paciente que afronta la pérdida de memoria o de uno con cáncer que afronta los difíciles efectos secundarios de la quimioterapia.

La musicoterapia en el quirófano crea un entorno relajante. La terapia de relajación es útil frecuentemente para distraer al paciente durante un procedimiento doloroso como un cambio de apósito.

Frecuentemente, los ejercicios respiratorios se enseñan para ayudar a las pacientes a manejar el dolor asociado con el parto y alumbramiento.

#### Variables que influyen en las creencias y prácticas de Salud

Muchas variables influyen en las creencias y prácticas de salud de un paciente. Variables internas y externas influyen en cómo una persona piensa y actúa. Como se ha mencionado antes, las creencias de salud influyen generalmente en la conducta y prácticas de salud y asimismo afectan al nivel de salud de un paciente positiva o negativamente.

Por ello, comprender los efectos de estas variables permite planificar y prestar cuidados individualizados

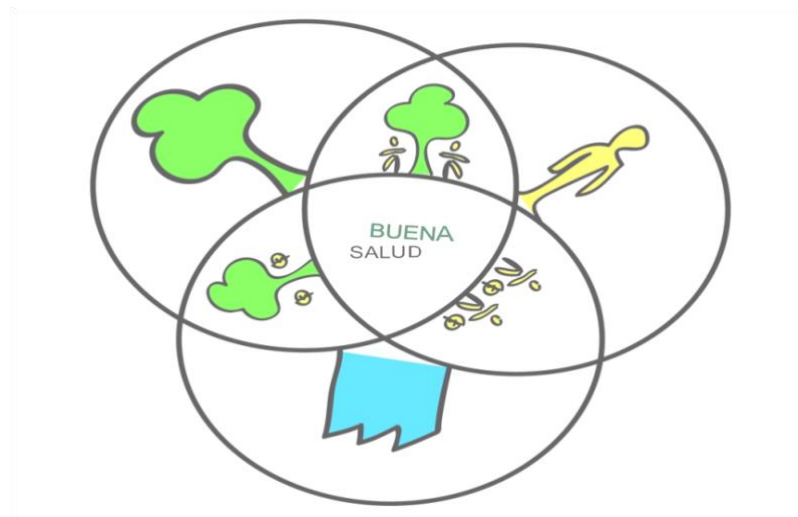
##### *1- Variables internas*

- ✓ *Etapas de Desarrollo:* El pensamiento de una persona y los patrones de conducta cambian a lo largo de la vida
- ✓ *Formación intelectual:* Las creencias de una persona sobre la salud están formadas, en parte, por los conocimientos de esa persona, la falta de conocimientos o la información incorrecta sobre las funciones corporales y la enfermedad, la formación educativa y las experiencias pasadas
- ✓ *Percepción de funcionamiento:* La manera en que las personas perciben su funcionamiento físico afecta a sus creencias y prácticas de salud.
- ✓ *Factores emocionales:* El grado de estrés del paciente, la depresión o el miedo pueden influir en las creencias y prácticas de salud
- ✓ *Factores espirituales:* La espiritualidad se refleja en cómo una persona vive su vida, incluyendo los valores y las creencias que posee, las relaciones con la familia y los amigos y la capacidad de encontrar esperanza y significado en la vida

## 2- Variables externas

Las variables externas que influyen en las creencias y prácticas de salud de una persona incluyen las prácticas familiares, los factores socioeconómicos y los antecedentes culturales.

- ✓ *Prácticas familiares:* La manera en que las familias de los pacientes utilizan los servicios de atención sanitaria afecta generalmente a sus prácticas de salud.
- ✓ *Contexto cultural:* El contexto cultural influye en las creencias, los valores y las costumbres. Influye en el acercamiento al sistema de atención sanitaria, en las prácticas personales de salud y en la relación enfermera-paciente.
- ✓ *Factores socio- económicos:* Los factores sociales y psicosociales aumentan el riesgo de enfermedad e influyen en la manera en que una persona define y reacciona a la enfermedad
- ✓ *Contexto cultural:* El contexto cultural influye en las creencias, los valores y las costumbres. Influye en el acercamiento al sistema de atención sanitaria, en las prácticas personales de salud y en la relación enfermera-paciente.



## Evolución del Concepto de Salud-Enfermedad

### 1- Concepción tradicional

Desde los albores de la humanidad, el ser humano ha hecho esfuerzos de diversa naturaleza por mantener su salud, y desde la antigüedad se ha considerado que existen personas con capacidades para restablecerla, para quienes la mayoría de las explicaciones acerca de la salud y la enfermedad, se fundamentaban en la existencia de dioses que curaban y en las virtudes mágicas de encantamientos y hechizos. En las culturas primitivas, el brujo era curandero por dos virtudes: por su conocimiento de plantas y preparación de brebajes y por su cercanía con los dioses. Las plantas de donde se extraían las infusiones y los bebedizos eran albergue de los espíritus de los dioses, que debían ser invocados mediante ceremonias y rituales.

Galeno, nacido en el año 131 A.C., se preguntaba por la causa de las alteraciones de la salud y cuestionaba la presencia de los dioses en la enfermedad. De esta forma, con el naturalismo hipocrático y con el racionalismo de la minoría ilustrada a la que pertenecía, se rechazó enérgicamente la doctrina de quienes querían introducir en la estructura de la enfermedad un elemento sobrenatural.

Sin embargo, en la Edad Media se recurre nuevamente al influjo religioso en la presencia de la salud y de la enfermedad

En la edad moderna, con el auge de la ciencia, se desarrolló de forma significativa la ciencia anatómica y se produjeron grandes avances en el descubrimiento de principios anatomo fisiológicos, y químicos, entre otros, vinculados a las alteraciones de la salud. En este mismo período parece abandonarse la creencia de que en dichas alteraciones hay una relación causal con el castigo de los dioses, los malos espíritus y los demonios.

En suma, se puede decir que, en la edad moderna hay un privilegiado interés natural por el cuerpo humano.

El invento del microscopio, a finales del siglo XVII, permitió profundizar en los aspectos biológicos de la enfermedad. Por otro lado, con el advenimiento de

la Revolución Industrial y los avances técnico científicos de la época, se identificaron causas en el medio ambiente y se empezó a tener en cuenta, no sólo los aspectos biológicos y físicos, sino los económicos, sociales y políticos relacionados con la salud

Con el surgimiento de la teoría microbiana en 1876, se reforzó la idea según la cual, la enfermedad estaba determinada por aspectos medioambientales y, en este caso, por la acción de un agente externo de tipo biológico.

Cuando el hombre descubrió la causa microbiana de la enfermedad, con éste creyó haber encontrado el origen de todos los procesos patológicos. Así adquirió un nuevo concepto con base en el cual, le atribuyó una causa a la enfermedad. Esto le permitió hablar de la “unicausalidad”.

Durante el siglo XIX, las ideas de la Revolución Francesa, el surgimiento del socialismo y los aportes de Virchow y Pasteur, hicieron que la perspectiva biologicista comenzara a tomar en cuenta la dimensión social y política de los fenómenos de enfermedad.

Entre la segunda mitad del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, el desarrollo de los conceptos sobre agentes infecciosos e inmunidad, condujo a una transformación del enfoque de los estudios médicos, lo que llevó a hacer especial énfasis en las fuentes ambientales de microorganismos y las formas de transmisión de las infecciones.

Desde esta perspectiva, el modelo causal simple se transforma en un modelo en el que la tríada huésped (Guest), hospedero (Host) y ambiente, participan en procesos de interacción recíproca.

Este modelo es considerado como el modelo epidemiológico clásico, que aún hoy continúa privilegiado por la racionalidad científica moderna

Los avances propiciados por las ciencias naturales, influyeron de manera significativa en la concepción sobre la salud y la enfermedad, de tal manera que para el diagnóstico, el tratamiento y el control de la enfermedad, primaron los criterios de objetividad y validez planteados por los positivistas y el interés se centró en las relaciones de deducibilidad entre los enunciados, a partir de los cuales se describen observaciones, se refutan o confirman leyes, hipótesis o teorías. Esta perspectiva está sustentada en las posibilidades de explicación, predicción y control, propias de las ciencias naturales.

A finales del siglo XIX y comienzos del XX, se empieza a observar un desplazamiento de la concepción biológica de la salud, hacia una idea de salud como un factor de desarrollo. El proceso biológico se empezó a mirar como un hecho ligado a las condiciones que rodean la vida humana, y la epidemiología se vio abocada a cambiar de la unicausalidad hacia la multicausalidad.

En 1946, surge la definición de salud enunciada por la Organización Mundial de la Salud –OMS–: “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”.

Antes de esta definición, se consideraba sano al individuo que no presentaba molestias o síntomas, es decir, a quien estaba libre de una enfermedad visible.

Muchos criticaron a la OMS la idea de completo estado de bienestar, ya que ésta idea parece irreal: salud y enfermedad no serían categorías ni estados nítidamente diferenciados, sino parte de un continuo, de un equilibrio permanente de diversos factores naturales y sociales en continua interacción.

De acuerdo con Molina, G el concepto de “salud” tampoco es estático ni a histórico: cambia de acuerdo con las ideas dominantes de cada sociedad. Se reconoce hoy desde diferentes posturas que, en cualquier sociedad la definición del término “salud” no es estrictamente biológica, sino primariamente social.

En los años cincuenta y sesenta del siglo pasado, se hizo hincapié en las estrategias de desarrollo económico, antes que en la inversión social en esferas, tales como la salud y la educación.

Sin embargo, los países, las organizaciones donantes y las universidades, emprendieron actividades relacionadas con la salud y la educación, especialmente en América Latina.

A pesar de los esfuerzos realizados, los análisis periódicos de las condiciones mundiales, efectuados por gobiernos nacionales, organismos internacionales

y otros observadores, revelaron que existen aún grandes grupos de población compuestos por personas pobres, enfermas o analfabetas, parcial o completamente marginadas de sus economías nacionales, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo; aunque las condiciones son especialmente desoladoras en estos últimos.

En 1973, cuando Laframboise propuso un marco conceptual para el campo de la salud, se diseñó un plan para las décadas de los ochenta y los noventa. Este enfoque, conocido más tarde como *concepto de campo de salud*, e incluido en un trabajo del gobierno canadiense que fue la base sobre la que se proyectó la política sanitaria del país, implica que la salud está determinada por una variedad de factores que se pueden agrupar en cuatro grandes grupos: *estilo de vida, medio ambiente, organización de la atención de la salud, y biología humana*.

En este momento histórico, parece darse un tránsito hacia una perspectiva epistemológica social, ya que se deja de pensar al hombre como ser individual y exclusivamente biológico, y se describe con base en un paradigma social, donde las relaciones entre los individuos se convierten en el objeto de estudio.

## 2. Concepción moderna

En los años noventa, se inicia el estudio de la salud desde las representaciones sociales que tienen los individuos y la sociedad en general. Herzlich,, señala cómo los individuos se expresan a propósito de la salud y la

enfermedad en un lenguaje elaborado a partir de la relación que establecen con la sociedad.

Es así como en la actualidad se abre paso a un análisis de la salud y la enfermedad, no como entidades cuya definición es evidente, sino como el resultado de procesos sociales, elaboraciones intelectuales y continuos intercambios de la colectividad.

Se puede mostrar que la representación no es solamente un esfuerzo por formular un saber más o menos coherente, sino también una interpretación y una búsqueda de sentido. Igualmente, la tradición antropológica muestra la existencia, en toda sociedad, de un discurso sobre la enfermedad indisociable del conjunto de construcciones mentales, expresión y vía de acceso privilegiada al conjunto de concepciones, valores y relaciones de sentido de esta sociedad

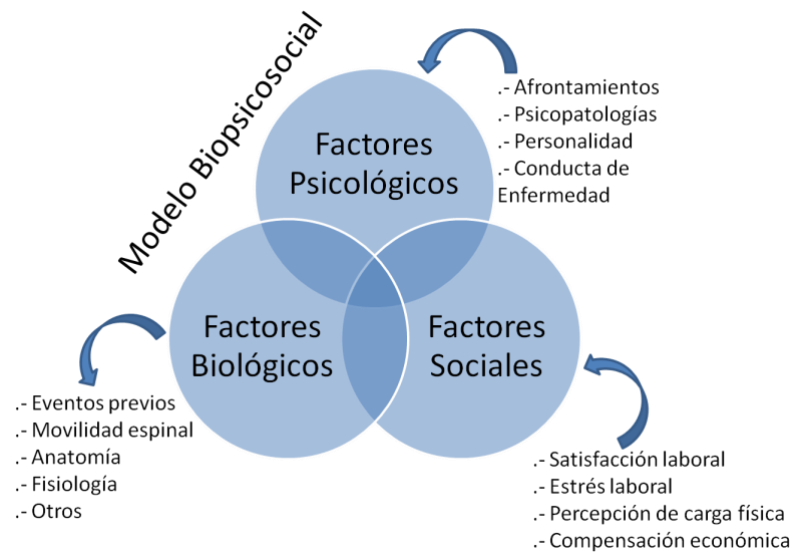
Ahora bien, pese a los continuos cambios en la concepción de la salud y la enfermedad, en la práctica, parece seguir predominando, con cierto grado de generalidad, el modelo biomédico.

Este modelo, sin embargo, ha entrado en crisis, a partir de la crítica de su deshumanización y su racionalidad exclusivamente técnico-instrumental.

En todo caso, sigue predominando un concepto perteneciente a la racionalidad científica que concede mayor relevancia a los factores biológicos y que se interesa más por la enfermedad y la rehabilitación. Esta racionalidad asume que, tanto la salud como la enfermedad intervienen en la realidad objetiva del cuerpo, mientras se da la espalda a las mediaciones culturales y sociales que acompañan al sufrimiento humano

Sin embargo, la ciencia médica no consiste en especular sobre estos conceptos vulgares para obtener un concepto general de la enfermedad, sino que su propia tarea consiste en determinar, cuáles son los fenómenos vitales a propósito de los cuales los hombres se declaran enfermos, cuáles son sus orígenes, sus leyes de evolución y las acciones que los modifican.

El concepto general de "valor" se ha especificado en una multitud de conceptos de existencia. Pero, a pesar de la aparente desesperación del juicio del valor en esos conceptos empíricos, el medico sigue hablando de enfermedades, porque la actividad médica por el interrogatorio clínico y por su terapéutica está relacionada con el enfermo y con sus juicios de valor.



### 3-Concepción Posmoderna

En la post epistemología, desde los años setenta en adelante, se han recuperado los aspectos positivos de las versiones epistemológicas anteriores, el ideal de precisión y de claridad conceptuales, la historia, la pragmática, el lenguaje, se destaca la comprensión de la realidad y específicamente de las realidades humanas socialmente constituidas.

No se niega que haya relaciones causales, ni tampoco se niega en principio que haya cambios de carácter histórico. Sin embargo, tanto las relaciones causales como los desarrollos diacrónicos, se entienden en función de relaciones de significación y de formaciones sincrónicas; se opone así al causalismo y al historicismo.

Se abre un horizonte que permite un acercamiento a las creencias y prácticas en salud, en diferentes contextos históricos culturales que hacen posible la comprensión de sus contenidos ideológicos en relación con otras praxis sociales y visiones culturales.

En este momento, nos encontramos ante un cambio paulatino, donde los conceptos de “salud” y “enfermedad” pueden tomar un giro mediante la construcción de nuevas posiciones desde el lenguaje de las sociedades, pues se concibe el lenguaje como el centro del proceso de conocer, actuar y vivir.

No obstante, no se puede hablar en cualquier época de cualquier cosa, pues no es fácil decir algo nuevo: no basta con abrir los ojos, con prestar atención, o con adquirir conciencia.

Lo que se busca no es manejar los discursos como conjuntos de elementos significantes que remiten a contenidos o a representaciones, sino como prácticas que forman sistemáticamente los objetos de los cuales hablan. Es indudable que los discursos están formados por signos, pero realmente lo que ocurre es el uso del signo que se ve superado con la carga de significaciones que cada uno le atribuye, y hace que se vuelva difícil ser analizado sólo desde la palabra, y en ese sentido, pone un reto a las ciencias sociales y médicas, pues



es importante descifrar la carga de significaciones que las personas le añaden para poder comprender los conceptos de “salud” y “enfermedad”.



La evolución del cuidado

## Cuidar en la práctica enfermera

Cuidar es el punto central de la práctica de la enfermería, pero es incluso más importante en el agitado entorno de la atención sanitaria de hoy en día. Las demandas, la presión y las limitaciones de tiempo en el entorno de los cuidados sanitarios dejan poco espacio para la práctica afectiva, lo que tiene como consecuencia que las enfermeras y otros profesionales sanitarios estén insatisfechos con sus trabajos y poco receptivos e indiferentes a las necesidades de los pacientes (Watson, 2006,2009).

El aumento del uso de los avances tecnológicos para un diagnóstico y tratamiento rápidos causa, a menudo, que las enfermeras y otros profesionales sanitarios perciban la relación con el paciente como menos importante. Los avances tecnológicos llegan a ser peligrosos sin un contexto de atención competente y compasiva.

A pesar de estos retos, las organizaciones más profesionales están acentuando la importancia de la afectividad en los cuidados sanitarios. *Nursing's Agenda for the future* (ANA, 2002) afirma que «La enfermería es la profesión sanitaria crucial, muy bien valorada por sus conocimientos especializados, su pericia y su humanidad en la mejora del estado de salud de la persona, la familia y la comunidad».

La American Organization of Nurse Executives (AONE, 2005) describe el cuidado y los conocimientos como el centro de la enfermería, y el cuidado es el punto clave de lo que una enfermera aporta a la experiencia del paciente

Es hora de que se valoren y adopten las prácticas de cuidado y el conocimiento experto que son el corazón de la práctica de la enfermería competente (Benner y Wrubel, 1989; Benner., 2010). Cuando se atiende a los pacientes con una actitud afectuosa y compasiva, el beneficio terapéutico que se da a los cuidados contribuye enormemente a la salud y al bienestar de los pacientes.

¿Ha estado alguna vez enferma o ha sufrido un problema que requiera una intervención de atención sanitaria? Piense en la experiencia. Luego considere los dos siguientes escenarios y elija la situación que crea que demuestra de manera más satisfactoria un sentido de afectividad. Hay poca duda de que el primer escenario presenta a la enfermera en actuaciones específicas de afectividad. La presencia tranquila de la enfermera, el contacto visual a la misma altura, la atención a las preocupaciones del paciente y la proximidad física, todos expresan un enfoque reconfortante, centrado en la persona.

En contraste, el segundo escenario está orientado a la tarea y manifiesta un sentido de indiferencia p o r las preocupaciones del paciente. Ambos escenarios llevan aproximadamente la misma cantidad de tiempo pero dejan en el paciente percepciones muy diferentes. Es importante recordar que, durante períodos de enfermedad o cuando una persona busca la orientación profesional de una enfermera, la afectividad es esencial para ayudar a la persona a alcanzar resultados positivos

## Puntos de Vista teóricos sobre el Cuidado

El cuidado es un fenómeno universal que influye en las maneras en que las personas piensan, sienten y se comportan en la relación de unos con otros. Desde Florence Nightingale, las enfermeras han estudiado el cuidado a partir de una variedad de perspectivas filosóficas y éticas. Diversas enfermeras estudiosas han desarrollado teorías sobre el cuidado debido a su importancia en la práctica de la enfermería.

La afectividad está en el centro de la capacidad de una enfermera para trabajar con todos los pacientes de una manera respetuosa y terapéutica. El cuidado es fundamental.

Las historias revelaron las conductas y decisiones de las enfermeras que manifestaban cuidado. Cuidar significa que las personas, los acontecimientos, los proyectos y las cosas importan a la gente (Benner y Wrubel, 1989; Benner y cois., 2010). Es una palabra que significa conectarse.

Cuidar determina lo que importa a una persona. Es la base de una amplia gama de interacciones, desde el amor de los padres hasta la amistad , desde cuidar su trabajo hasta cuidar su mascota, hasta cuidar y preocuparse de sus propios pacientes. Benner y Wrubel (1989) observan: «Cuidar crea la posibilidad».

La preocupación personal por otra persona, un acontecimiento o una cosa proporcionan motivación y dirección para que las personas cuiden. Cuidar como marco de trabajo tiene implicaciones prácticas para transformar la práctica enfermera (Drenkard, 2008). Por medio de los cuidados, las enfermeras ayudan a los pacientes a recuperarse frente a la enfermedad, dan un sentido a su enfermedad y mantienen o restablecen conexión.

Comprender cómo proporcionar cuidado humanístico y compasión empieza pronto en la formación de las enfermeras y continúa madurando mediante la experiencia práctica (Gallagher- Lepak y Kubbsch, 2009).

Todos los pacientes no son iguales. Cada persona aporta un fondo único de experiencias, valores y perspectivas culturales al encontrarse con los cuidados sanitarios. Los cuidados son siempre específicos y de relación a cada encuentro enfermera-paciente. A medida que las enfermeras adquieren más experiencia, aprenden normalmente que cuidar las ayuda a centrarse en los pacientes que ellas atienden.

Cuidar facilita la capacidad de la enfermera para conocer a un paciente, y permite reconocer y hallar los problemas del paciente e implementar soluciones individualizadas.

## Cuidado transcultural de Leininger

Desde una perspectiva transcultural, Madeleine Leininger (1991) describe el concepto de cuidar como la esencia y el dominio central, unificador y dominante que distingue a la enfermería de otras disciplinas sanitarias

El cuidado es una necesidad humana esencial, necesaria para la salud y para la supervivencia de todas las personas. Cuidar, a diferencia de curar, ayuda a una persona o grupo a mejorar la condición humana. Los actos del cuidado se refieren a actividades sustentadoras y competentes, procesos y decisiones para ayudar a las personas de maneras que son empáticas, compasivas y de apoyo.

Un acto de cuidado depende de las necesidades, los problemas y los valores del paciente. Los estudios de Leininger sobre numerosas culturas alrededor del mundo hallaron que los cuidados ayudan a proteger, desarrollar, alimentar y proporcionar supervivencia a las personas. Son necesarios para las personas de todas las culturas para recuperarse de la enfermedad y mantener prácticas de vida sanas.

Leininger (1991) acentúa la importancia de que las enfermeras comprendan las conductas culturales respecto a los cuidados. Aunque el cuidado humano es un fenómeno universal, las manifestaciones, los procesos y los patrones de los cuidados varían entre culturas

Los cuidados son muy personales; así, su manifestación difiere en cada paciente. Para que los cuidados sean efectivos, las enfermeras necesitan aprender conductas y palabras culturalmente específicas que reflejan el cuidado humano en diferentes culturas, para poder identificar y satisfacer las necesidades de todos los pacientes

#### Cuidado transpersonal de Watson

Los pacientes y sus familias esperan de las enfermeras una interacción humana de alta calidad. Desafortunadamente muchas conversaciones entre los pacientes y sus enfermeras son muy cortas e inconexas.

La teoría del cuidado de Watson es un modelo holístico para la enfermería que sugiere que una intención consciente de cuidar promueve la curación y la integridad (Watson, 2005,2010). La teoría integra los procesos del cuidado humano con los entornos de curación, incorporando para las enfermeras y sus pacientes los procesos de generar y recibir vida que proporcionan el cuidado humano y la curación (Watson, 2006).

La teoría describe una consciencia que permite a las enfermeras formular nuevas preguntas sobre lo que significa ser enfermera, estar enfermo y estar cuidando y curando. La teoría del cuidado transpersonal rechaza la orientación de la atención sanitaria hacia la enfermedad y coloca el cuidado antes de la curación (Watson, 1996,2008). La enfermera mira más allá de la enfermedad del paciente y su tratamiento por medios convencionales. En su lugar, el cuidado transpersonal busca fuentes más profundas de curación interna para proteger, mejorar y preservar la dignidad de la persona, su humanidad, su integridad y su armonía interior

Desde el punto de vista de Watson el cuidado se convierte en algo casi espiritual. Preserva la dignidad humana en el sistema de atención sanitaria dominado por la tecnología y por la curación (Watson, 2006).

El énfasis se pone en la relación entre enfermera y paciente. Se centra en el interior de las personas, que son el paciente y la enfermera, y en la relación afectiva. Una enfermera transmite al paciente cuidado-curación mediante la conciencia de la enfermera. Esto se da durante un único momento afectivo entre la enfermera y el paciente.

Se forma una conexión entre el que es cuidado y el cuidador. El modelo es transformador porque la relación influye, a la vez, en la enfermera y el paciente para bien o para mal (Watson, 2006,2010). La conciencia de la relación cuidado curación promueve la curación. La aplicación del modelo de cuidado de Watson en la práctica mejora las prácticas de cuidado de las enfermeras

#### *Resumen de los puntos de vista teóricos*

Las teorías del cuidado de enfermería tienen temas comunes. Duffy, Hoskins y Seifert (2007) identifican esos temas comunes como la interacción o comunicación humanas, la reciprocidad, el aprecio de la singularidad de las personas y la mejora del bienestar de los pacientes y sus familias. El cuidado es muy relacional. La enfermera y el paciente entran en una relación que es mucho más que una persona está simplemente «haciendo tareas por» otra.

Existe un dar y recibir mutuo que se desarrolla cuando la enfermera y el paciente empiezan a conocerse y cuidarse el uno al otro (Hudacek, 2008; Sumner, 2010).

Las teorías del cuidado son útiles cuando se valoran en un entorno multicultural las percepciones del paciente de estar siendo cuidado (Suliman y cois., 2009). Frank (1998) describió una situación personal cuando estaba sufriendo cáncer: «Lo que yo quería cuando estaba enfermo era una relación mutua de *personas* que eran también enfermeras asistenciales y pacientes». Para Frank era importante que se le viera como uno de dos compañeros humanos, no como el paciente dependiente que está siendo cuidado por la enfermera asistencial técnica y experta.

En algunas ocasiones, el cuidado parece muy invisible cuando una enfermera y el paciente entran en una relación de respeto, preocupación y apoyo.

La empatía y compasión de la enfermera llegan a ser una parte natural del encuentro con cada paciente. Sin embargo, una ausencia de cuidado llega a ser muy obvia. Por ejemplo, si la enfermera muestra desinterés o elige evitar la petición de ayuda de un paciente, su falta de acción expresa una actitud de falta de cuidado.

Benner y Wrubel (1989) cuentan la historia de una enfermera asistencial especialista que aprendió de un paciente lo que es el cuidado: «Sentía que estaba enseñándole mucho, pero en realidad él me enseñó a mí. Un día me dijo (probablemente después de que le hubiera comunicado alguna información técnica bienintencionada sobre la enfermedad): “Está haciendo un buen trabajo,

pero puedo decirle que cada vez que entra por esa puerta está saliendo”». En esta historia de la enfermera, el paciente percibía que la enfermera estaba simplemente enseñando mecánicamente y mostró poca atención hacia el paciente.

Los pacientes saben rápidamente cuando las enfermeras fallan en relacionarse con ellos.

A medida que la enfermera adquiere experiencia en cuidados, el paciente sentirá su compromiso y disposición a entrar en una relación que le permita comprender la experiencia de enfermedad del paciente. En un estudio con pacientes de oncología, un paciente describió los cuidados de una enfermera como «poner el corazón en ello» y «hacer una inversión» que hace que «los pacientes sientan que tú estás con ellos» (Radwin, 2000). Así, la enfermera se convierte en un entrenador y compañero, más que un proveedor de cuidados indiferente.

Uno de los aspectos del cuidado es capacitar, cuando una enfermera y un paciente trabajan juntos para identificar alternativas en las medidas y los recursos de los cuidados. Si pensamos en una enfermera que trabaja con un paciente recientemente diagnosticado de diabetes mellitus que debe aprender cómo administrar diariamente las inyecciones de insulina, la enfermera capacita al paciente al proporcionarle instrucción de una manera que permita que el paciente adapte satisfactoriamente, a su propio estilo de vida, las estrategias del manejo de la diabetes tales como la automedicación, el ejercicio y la dieta.

Otro tema común del cuidado es comprender el contexto de la vida y enfermedad de una persona. Es difícil mostrar cuidado por otra persona sin lograr una comprensión de quién es la persona y de su percepción de la enfermedad. Explorar las siguientes preguntas con los pacientes ayuda a comprender su percepción de la enfermedad:

¿Cómo reconoció su enfermedad por primera vez? ¿Cómo se siente respecto a su enfermedad? ¿Cómo afecta su enfermedad los hábitos de su vida diaria?

Conocer el contexto de la enfermedad del paciente ayuda a elegir e individualizar intervenciones que ayudarán realmente al paciente. Este planteamiento es más satisfactorio que simplemente seleccionar intervenciones sobre la base de los síntomas o el proceso de la enfermedad del paciente.



### Percepciones del Paciente sobre el Cuidado

Las teorías de Leininger, Watson y Swanson proporcionan un comienzo excelente para comprender las conductas y los procesos que caracterizan el cuidado.

Algunos investigadores estudiaron las conductas de cuidado de las enfermeras tal como son percibidas por el paciente. Sus hallazgos enfatizan lo que los pacientes esperan de sus cuidadores y así proporcionan unas directrices útiles para la práctica. Los pacientes continúan valorando la efectividad de las enfermeras al realizar sus tareas; pero, claramente, los pacientes valoran la dimensión afectiva de los cuidados de enfermería.

El estudio de las percepciones de los pacientes es importante porque la atención sanitaria está haciendo más hincapié en la satisfacción del paciente. Duffy, Hoskins y Seifert (2007) desarrollaron la Caring Assessment Tool (CAT) para medir el cuidado desde la perspectiva de un paciente.

Esta herramienta y otras valoraciones de los cuidados ayudan al profesional principiante a apreciar el tipo de conductas que los pacientes hospitalizados identifican como cuidado.

Cuando los pacientes sienten que los profesionales sanitarios son sensibles, empáticos, compasivos y están interesados en ellos como personas, se convierten, normalmente, en socios activos del plan de cuidados (Gallagher-Lepak y Kubsch, 2009). Suliman y cois. (2009) estudiaron el impacto de la teoría del cuidado de Watson como un marco de trabajo de valoración en un entorno multicultural.

Los pacientes del estudio indicaron que no habían percibido ningún sesgo cultural cuando percibieron las enfermeras como afectivas. Radwin (2000) encontró que los pacientes de oncología asociaban los cuidados de enfermería excelentes con atención, compañerismo, individualización, compenetración y afectividad. A medida que las instituciones buscan mejorar la satisfacción del paciente, crear un entorno afectivo es un objetivo necesario y que merece la pena.

La satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería es un factor importante en su decisión de volver a un hospital.

En la práctica clínica, hay que tener en cuenta cómo los pacientes perciben el cuidado y las mejores medidas para proporcionar los cuidados.

Las conductas asociadas con el cuidado ofrecen un excelente punto de inicio. También es importante determinar las percepciones individuales de un paciente y sus expectativas únicas. Frecuentemente, los pacientes y las enfermeras difieren en sus percepciones sobre los cuidados (Hudacek, 2008). Por esa razón, es necesario centrarse en construir una relación que permita aprender qué es importante para los pacientes (Gallagher-Lepak y Kubsch, 2009). Por ejemplo, el paciente tiene miedo de que se le ponga un catéter intravenoso y la enfermera todavía es una principiante en la inserción de un catéter. En lugar de dar una larga descripción del procedimiento para relajar la ansiedad, cabe pensar que el paciente se beneficiará más si se consigue ayuda de un miembro competente del personal. Conocer quiénes son los pacientes ayuda a elegir las medidas de cuidados que son más apropiadas para sus necesidades.

#### Cuidar en la Práctica Enfermera

Es imposible preceptuar los mecanismos que permiten saber si o cuándo una enfermera llega a ser una profesional del cuidado. Los expertos no están de acuerdo en si cuidar puede ser enseñado o es, más fundamentalmente, una manera de estar en el mundo. Para los que encuentran que cuidar es una parte normal de sus vidas, cuidar es un producto de su cultura, sus valores, experiencias y de relaciones con los otros. Las personas que no experimentan el cuidado en sus vidas encuentran, a menudo, dificultad en actuar de manera afectiva.



A medida que se trata en la práctica con la salud y la enfermedad, se crece en la capacidad de cuidar. Las conductas de cuidar incluyen proporcionar *presencia, ofrecer un tacto afectivo y escuchar*.

*a- Proporcionar presencia*



Proporcionar presencia es un encuentro persona a persona que expresa cercanía y sentido de cuidar. Fredriksson (1999) explica que la presencia implica «estar ahí» y «estar con». «Estar ahí» es no sólo una presencia física; también incluye comunicación y comprensión.

La presencia es un proceso interpersonal que está caracterizado por la sensibilidad, el holismo, la intimidad, la vulnerabilidad y la adaptación a circunstancias únicas. Tiene como consecuencia una mejora del bienestar mental en enfermeras y pacientes y una mejora del bienestar físico en los pacientes (Finfgeld-Connett, 2006).

La relación interpersonal de «estar ahí» depende del hecho de que una enfermera sea atenta con el paciente. La presencia puede ser trasladada a un arte de cuidar real que afecta, a la vez, a la curación y al bienestar de la enfermera y el paciente. Se usa, a menudo, en conjunción con otras intervenciones de enfermería, tales como establecer la relación enfermera-paciente, proporcionar medidas de confort, proporcionar educación al paciente y escuchar. Los resultados de la presencia de la enfermera incluyen aliviar el sufrimiento, disminuir el sentido de aislamiento, vulnerabilidad y el crecimiento personal (Zyblock, 2010). Este tipo de presencia es algo que la enfermera ofrece al paciente para lograr los objetivos de los cuidados. La enfermería requiere estar presente con los pacientes en un momento de crisis o necesidad (Zyblock, 2010). «Estar con» es también interpersonal. La enfermera se da a sí misma, lo que significa estar disponible y a disposición del paciente. Si los pacientes aceptan a la enfermera, la invitarán a ver, compartir y tocar su vulnerabilidad y sufrimiento. La presencia humana de una persona nunca deja a uno inafectado (Watson, 2008). La enfermera entra, entonces, en el mundo del paciente. En esta presencia el paciente puede poner palabras a sus sentimientos y comprenderse a sí mismo de una manera que lleva a identificar soluciones, ver nuevas direcciones y elegir.

Cuando una enfermera establece presencia, el contacto visual, el lenguaje corporal, el tono de voz, la escucha y una actitud positiva y alentadora actúan conjuntamente para crear sinceridad y comprensión.

El mensaje expresado es que la experiencia del otro importa al que está cuidando (Swanson, 1991). Establecer presencia mejora la capacidad de la enfermera de aprender del paciente. Esto fortalece la capacidad de la enfermera de proporcionar cuidados adecuados y apropiados.

Es especialmente importante establecer presencia y cuidado cuando los pacientes están experimentando acontecimientos o situaciones estresantes. Esperar un informe médico con los resultados de un análisis, prepararse para un procedimiento desconocido y planificar el regreso a casa después de una enfermedad grave son sólo unos pocos ejemplos de acontecimientos en el curso de la enfermedad de una persona que pueden crear imprevisibilidad y dependencia de los proveedores de cuidados. La presencia y la afectividad de la enfermera ayudan a calmar la ansiedad y el miedo relacionados con las situaciones estresantes (Finfgeld-Connett, 2008a, 2008b). Dar ánimo y

explicaciones detalladas sobre el procedimiento, permanecer al lado del paciente y entrenar al paciente por medio de la experiencia, todo expresa una presencia que es muy valiosa para el bienestar del paciente.

*b- Tacto*

Los pacientes se enfrentan a situaciones que son embarazosas, temibles y dolorosas. Cualquiera que sea el sentimiento o síntoma, los pacientes buscan a las enfermeras para que les proporcionen confort.

El uso del tacto es una técnica reconfortante que llega a los pacientes para comunicarles preocupación y apoyo. El tacto es relacional y conduce a una conexión entre enfermera y paciente. Implica tacto con contacto y sin contacto. El tacto con contacto implica el contacto obvio piel con piel, mientras que el tacto sin contacto se refiere al contacto visual. Es difícil separar los dos. Cada uno a su vez es descrito dentro de tres categorías: tacto orientado a la tarea, tacto afectivo y tacto protector (Fredriksson, 1999).

Las enfermeras utilizan el tacto orientado a la tarea cuando realizan una tarea o un procedimiento. La actuación habilidosa y delicada de un procedimiento de enfermería expresa seguridad y un sentido de competencia. Una enfermera experta sabe que cualquier procedimiento es más efectivo cuando se administra cuidados sanamente y con consideración a cualquier preocupación del paciente.

Por ejemplo, si un paciente tiene ansiedad sobre un procedimiento como la inserción de una sonda nasogástrica, la enfermera reconforta por medio de una explicación completa del procedimiento y de lo que el paciente sentirá. Luego la enfermera realiza el procedimiento con seguridad, hábil y satisfactoriamente. Esto se hace mientras la enfermera prepara los utensilios y la posición del paciente, y manipula suavemente e inserta la sonda nasogástrica. Durante todo el procedimiento la enfermera habla tranquilamente con el paciente para proporcionarle ánimo y apoyo. El tacto afectivo es una forma de comunicación no verbal, que influye satisfactoriamente en el confort y la seguridad del paciente, mejora su autoestima, aumenta la confianza de los cuidadores y mejora el bienestar mental (Osterman y cois., 2010). Esto se expresa en la manera en que se coge la mano del paciente, se da un masaje en la espalda, se posiciona al paciente suavemente o se participa en una conversación.

Cuando se utiliza el tacto afectivo, se conecta con el paciente física y emocionalmente (Zyblock, 2010).

El tacto protector es una forma de tacto que protege a la enfermera y/o al paciente (Fredriksson, 1999). El paciente lo considera positivo o negativo. La forma más clara de tacto protector es prevenir un accidente (p. ej., coger y sostener al paciente para evitar una caída). El tacto protector es también un tipo de tacto que protege emocionalmente a la enfermera. Una enfermera se retira o distancia de un paciente cuando es incapaz de aguantar el sufrimiento o necesita escapar de una situación que está causando tensión. Cuando se usa de esta forma, el tacto protector saca sentimientos negativos en un paciente (Fredriksson, 1999).

Debido a que el tacto transmite muchos mensajes, hay que utilizarlo con discreción. El tacto mismo es una preocupación cuando se cruzan los límites culturales del paciente o de la enfermera (Benner y cois., 2010; Benner, 2004). El paciente generalmente permite el tacto orientado a la tarea porque la mayoría de las personas dan a las enfermeras y los médicos una licencia para entrar en su espacio personal con el fin de proporcionarles cuidados

Es necesario conocer y comprender si los pacientes aceptan el tacto y cómo interpretan las intenciones del profesional.

#### c- *Escuchar*

Cuidar implica una interacción personal que es mucho más que dos personas simplemente charlando (Bunkers, 2010). Escuchar es un componente fundamental de los cuidados de enfermería y es necesario para las interacciones significativas con los pacientes (Shipley, 2010). Es un acto planificado y deliberado en el que el oyente está presente e involucra al paciente de una manera no crítica y aprobatoria. Incluye «enterarse» de lo que un paciente dice, interpretando y comprendiendo lo que el paciente está diciendo y luego devolviendo esa comprensión al paciente (Shipley, 2010).

Escuchar el significado de lo que un paciente dice ayuda a crear una relación mutua. La verdadera escucha lleva a conocer verdaderamente y a responder a lo que realmente importa al paciente y su familia.

Cuando una persona se pone enferma, normalmente tiene una historia que contar sobre el significado de la enfermedad. Cualquier enfermedad crítica o crónica afecta todas las elecciones y decisiones de la vida del paciente, algunas veces incluso a la identidad del individuo.

Poder contar la historia ayuda al paciente a romper con la angustia de la enfermedad. Así una historia necesita un oyente. Frank (1998) describió sus propios sentimientos durante su experiencia con el cáncer: «Necesitaba el regalo [del profesional sanitario] de escucharme con el fin de que mi sufrimiento se convirtiera en una relación entre *nosotros*, en lugar de una jaula de hierro a *mi* alrededor». Él necesitaba poder expresar lo que sentía cuando estaba enfermo.

Las preocupaciones personales que forman parte de la historia de la enfermedad del paciente determinan lo que está en la cuerda floja para el paciente. Cuidar por medio de escuchar faculta a la enfermera para ser un participante en la vida del paciente. Para escuchar efectivamente, la enfermera necesita callarse ella misma y escuchar con actitud receptiva (Fredriksson, 1999). Fredriksson describe callar la boca de uno mismo y también la mente.

Es importante permanecer silencioso deliberadamente y concentrarse en lo que paciente tiene que decir. Hay que dar a los pacientes atención completa y concentrada mientras que ellos cuentan sus historias.

Cuando una persona enferma escoge contar su historia, implica llegar a otro ser humano. Contar la historia implica una relación que se desarrolla sólo si la enfermera asistencial también intercambia sus historias.

Frank (1998) argumenta que los profesionales no toman habitualmente en serio sus propias necesidades de ser conocidos como parte de una relación

clínica. Sin embargo, a menos que el profesional reconozca esa necesidad, no existe una relación recíproca, sólo una interacción. Existe una presión sobre las enfermeras asistenciales por conocer lo máximo posible sobre el paciente, pero esto puede aislarle del propio paciente. En contraste, al conocer y ser conocido cada uno apoya al otro (Frank, 1998).

Mediante la escucha activa se empieza a conocer verdaderamente a los pacientes y lo que es importante para ellos (Bernick, 2004).

Aprender a escuchar a un paciente a veces es difícil. Es fácil distraerse con las tareas diarias, con los colegas gritando instrucciones u otros pacientes esperando a ver satisfechas sus necesidades. Sin embargo, el tiempo que se invierte en escuchar efectivamente merece la pena, por la información que se obtiene y por el fortalecimiento de la relación enfermera-paciente a la vez.

Escuchar implica prestar atención a las palabras de una persona y el tono de su voz, y entrar en su marco de referencia. Observando las expresiones y el lenguaje corporal del paciente, se encuentran señales para ayudar al paciente a explorar maneras de conseguir una paz mayor.



#### Conocer al paciente

Uno de los cinco procesos del cuidado descritos por Swanson (1991) es conocer al paciente. Conocer al paciente comprende a la vez la comprensión de la enfermera de un paciente determinado y su consiguiente selección de intervenciones (Radwin, 2000).

Es esencial cuando se proporcionan cuidados centrados en el paciente. Dos elementos que facilitan el conocimiento son la continuidad de los cuidados y la pericia clínica. Cuando los cuidados del paciente se fragmentan, el conocimiento del paciente se reduce y los cuidados centrados en el paciente se ponen en peligro (Crocker y Scholes, 2009).

El conocimiento se desarrolla a lo largo del tiempo a medida que una enfermera aprende las condiciones clínicas dentro de la especialidad y las conductas y respuestas fisiológicas de los pacientes.

El conocimiento íntimo ayuda a la enfermera a responder a lo que realmente importa al paciente. Conocer a un paciente significa que la enfermera evita suposiciones, se centra en el paciente y se involucra en una relación

afectiva con el paciente que revela información y señales que facilitan el pensamiento crítico y los juicios clínicos

Conocer al paciente está en el centro del proceso de toma de decisiones clínicas. Los factores que contribuyen a conocer al paciente incluyen tiempo, continuidad de los cuidados, trabajo en equipo del personal de enfermería, confianza y experiencia. Los obstáculos para conocer al paciente a menudo están relacionados con la estructura organizativa de la organización y las restricciones económicas. Los cambios organizativos a menudo tienen como consecuencia una disminución de la cantidad de tiempo que las enfermeras tituladas pueden pasar con sus pacientes, lo que a su vez afecta la relación enfermera-paciente. La disminución de la duración de la estancia también reduce las interacciones entre las enfermeras y sus pacientes (Crocker y Scholes, 2009; Mac Donald, 2008).

Las consecuencias de no conocer al paciente son muchas. En el entorno de cuidados agudos no conocer al paciente contribuye al riesgo de caídas y a las caídas reales (Rush y cois., 2008). Los pacientes y sus familias no comprenden las complejidades del tratamiento y su participación en los cuidados (Mac Donald, 2008). Finalmente, los pacientes no comprenden adecuadamente las directrices de su alta y pueden administrar en su casa los medicamentos o tratamientos incorrectamente. Si se establece una relación de cuidados, la comprensión que se desarrolla ayuda a la enfermera a conocer mejor al paciente como una persona única y escoger las terapias de enfermería más apropiadas y eficaces (H obbs, 2009).

Las relaciones afectivas que una enfermera desarrolla a lo largo del tiempo, emparejadas con los crecientes conocimientos y experiencia de la enfermera, proporcionan una fuente rica de significado cuando ocurren cambios en el estado clínico de u n paciente. Las enfermeras expertas desarrollan la habilidad de detectar cambios en las condiciones de los pacientes casi sin esfuerzo (Benner y cois., 2010). Tomar decisiones clínicas, quizás la responsabilidad más importante de la enfermera profesional, implica varios aspectos del conocimiento del paciente: respuestas a los tratamientos, rutinas y hábitos, recursos de afrontamiento, capacidades físicas y resistencia, y tipología y características corporales. Las enfermeras con experiencia conocen datos adicionales sobre sus pacientes tales como sus experiencias, conductas, sentimientos y percepción (Benner y cois., 2010; Mac Donald, 2008). Cuando se toman decisiones clínicas correctamente en el contexto de conocer bien a u n paciente, el resultado es una mejora de los resultados del paciente. Cuando una enfermera basa los cuidados en el conocimiento del paciente, el paciente percibe los cuidados como personalizados, reconfortantes, de apoyo y sanadores.

La cosa más importante de reconocer para una enfermera principiante es que conocer al paciente es algo más que simplemente recoger los datos sobre las señales y condiciones clínicas del paciente.

El éxito de conocer al paciente reside en la relación que se establezca. Conocer al paciente es entrar en un proceso afectivo, social, que tiene como consecuencia una relación enfermera-paciente en la que el paciente llega a sentirse conocido por la enfermera (Bunkers, 2010; Mac Donald, 2008).



#### Cuidados espirituales

La salud espiritual se da cuando una persona encuentra un equilibrio entre los valores, los objetivos y el sistema de creencias de su propia vida y los de los otros (v. cap. 35). La investigación muestra una conexión entre espíritu, mente y cuerpo. Las creencias y expectativas de una persona tienen efectos sobre el bienestar físico de la persona.

Establecer una relación afectiva con un paciente implica interconexión entre la enfermera y el paciente. Esta interconexión es por lo que Watson (2008,2009,2010) describe la relación de cuidar en un sentido espiritual. La espiritualidad ofrece un sentido de conexión: intrapersonal (conectado con uno mismo), interpersonal (conectado con los otros y con el entorno) y transpersonal (conectado con lo invisible, Dios o un poder superior). En una relación afectiva, el paciente y la enfermera llegan a conocerse el uno al otro de manera que ambos se mueven hacia una relación de curación por (Watson, 2008):

- Movilizar la esperanza para el paciente y la enfermera.
- Hallar una interpretación o comprensión de la enfermedad, los síntomas o las emociones, que es aceptable para el paciente.
- Ayudar al paciente en el uso de recursos sociales, emocionales o espirituales.
- Reconocer que las relaciones afectivas nos conectan, humano a humano, espíritu a espíritu.

#### Aliviar el dolor y el sufrimiento

Aliviar el dolor y el sufrimiento es más que dar medicamentos para el dolor, reposicionar al paciente o limpiar una herida. El alivio del dolor y el sufrimiento

engloba las acciones de los cuidados enfermeros que dan al paciente confort, dignidad, respeto y paz.

Asegurarse de que el entorno de cuidados del paciente está limpio y es agradable e incluye las cosas personales hace del entorno físico un lugar que sosiega y cura la mente, el cuerpo y el espíritu (Gallagher-Lepak y Kubsch, 2009).

Por medio de una valoración competente y precisa del nivel y tipo de dolor del paciente es posible diseñar cuidados centrados en el paciente para mejorar el nivel de confort de un paciente.

Existen múltiples intervenciones para aliviar el dolor, pero conocer al paciente y el significado de su dolor guía los cuidados (Con frecuencia transmitir una presencia afectiva tranquila, tocar al paciente o escucharlo ayuda a valorar y comprender el significado de su dolor o malestar. La presencia afectiva ayuda a la enfermera y al paciente a diseñar los objetivos para aliviar el dolor.

El sufrimiento humano es polifacético y afecta al paciente física, emocional, social y espiritualmente. También afecta a la familia del paciente y a sus amigos.

La enfermera puede estar trabajando con una familia joven cuyo niño recién nacido tiene múltiples problemas de desarrollo. Su sufrimiento emocional engloba ira, culpabilidad, miedo o aflicción. No se puede arreglar, pero se puede proporcionar confort por medio de una presencia atenta, afectiva, no crítica. Los pacientes y sus familias se consuelan con un oyente afectivo (Hudacek, 2008).



#### Cuidar a la familia

Las personas viven en sus mundos de una manera comprometida. Cada persona experimenta la vida a través de sus relaciones con otros. Por tanto, los

cuidados de una persona no pueden suceder aislándolos de la familia de la persona.

Para la enfermera es importante conocer a la familia casi tan concienzudamente como conocer al paciente. La familia es un recurso importante.

El éxito de las intervenciones de enfermería depende a menudo de la disposición para compartir la información sobre el paciente, su aceptación y comprensión de los tratamientos, de si las intervenciones se ajustan a sus hábitos diarios y de si apoyan y proporcionan los tratamientos recomendados.

En estudios realizados con familias de pacientes con cáncer, éstas percibieron que muchas conductas de cuidados de enfermería eran de gran ayuda. Es crucial que la enfermera asegure el bienestar del paciente y ayude a los miembros de la familia a ser participantes activos.

Aunque son específicas de las familias de los pacientes con cáncer, esas conductas ofrecen directrices útiles para desarrollar una relación afectiva con todas las familias. Es útil comenzar una relación aprendiendo quién forma la familia del paciente y cuáles son sus funciones en la vida del paciente.

Mostrar a la familia aprecio y preocupación por el paciente crea una actitud receptiva que facilita, entonces, formar una relación con la familia. Cuidar a la familia tiene en consideración el contexto de la enfermedad del paciente y el estrés que impone a todos sus miembros.

### El reto de Cuidar

Ayudar a las personas durante un tiempo de necesidad es la razón por la que muchos entran en enfermería. Cuando las enfermeras pueden afirmarse a sí mismas como personas afectivas, sus vidas adquieren sentido y propósito (Benner, 2004; Benner y cols., 2010).

Cuidar es una fuerza motivadora para que las personas se hagan enfermeras, y se convierte en una fuente de satisfacción cuando las enfermeras conocen que han marcado una diferencia en las vidas de sus pacientes.

El reto de cuidar hoy en día en el sistema de atención sanitaria está en aumento. Formar parte de las profesiones de ayuda es difícil y exigente. Las enfermeras están divididas entre el modelo de cuidado humano y el modelo biomédico orientado a la tarea, y las exigencias institucionales que absorben su práctica (Watson y Foster, 2003).

Las enfermeras tienen cada vez menos tiempo para pasar con los pacientes, y esto hace que sea mucho más difícil conocer quiénes son. Una dependencia de la tecnología y estrategias de atención sanitaria rentables, y unos esfuerzos para estandarizar y perfeccionar los procesos de trabajo modifican la naturaleza del cuidado.

Demasiado a menudo los pacientes se convierten en sólo un número con sus necesidades reales pasadas por alto o ignoradas.

La American Nurses Association (ANA), la National League for Nursing (NLN), la American Organization of Nurse Executives (AONE) y la American



Association of Colleges of Nursing (AACN) recomiendan estrategias para darle la vuelta a la actual escasez de enfermeras. Algunas de estas estrategias tienen el potencial para crear entornos laborales que permiten a las enfermeras mostrar conductas más afectivas. Los factores ambientales promocionan una presencia enfermera más ingeniosa y afectiva que mejora los cuidados centrados en el paciente (Finfgeld-Connett, 2008; Hobbs, 2009).

Las estrategias incluyen introducir mayor flexibilidad en la estructura del entorno laboral, recompensar a los tutores clínicos experimentados, aumentar la plantilla de enfermería y proporcionar enfermeras con autonomía en su propia práctica (Brown y cois., 2005; Watson, 2009).

Si la atención sanitaria va a hacer una diferencia positiva en sus vidas, los pacientes no pueden ser tratados como máquinas o robots.

En su lugar, la atención sanitaria debe ser más holística y humanística. Las enfermeras desempeñan un papel importante haciendo del cuidado una parte integral de la prestación de la atención sanitaria.

Esto comienza por hacer del cuidado una parte de la filosofía y del entorno en el lugar de trabajo. Incorporar los conceptos del cuidado en los estándares de la práctica enfermera establece una guía para la conducta profesional. Finalmente, durante la práctica del día a día con los pacientes y las familias, las enfermeras necesitan comprometerse con el cuidado y estar dispuestas a establecer las relaciones necesarias para los cuidados de enfermería personales, competentes, compasivos y llenos de sentido. «Coherente con la sabiduría y visión de Nightingale, la enfermería es un viaje de por vida de cuidar y curar, buscando comprender y preservar la totalidad de la existencia humana y ofrecer cuidado humano compasivo, informado y experto...» (Watson, 2009).

#### Puntos Clave

- Cuidar es el centro de la capacidad de la enfermera de trabajar con las personas de una manera respetuosa y terapéutica.
- Cuidar es específico y relacional en cada encuentro de enfermera y paciente.
- Para que los cuidados logren la curación, las enfermeras necesitan aprender las conductas culturalmente específicas y las palabras que reflejan el cuidado humano en diferentes culturas.
- Puesto que la enfermedad es la experiencia humana de pérdida o disfunción, es probable que sea inútil cualquier tratamiento o intervención dados sin consideración de su significado para la persona.
- Cuidar implica un dar y recibir mutuos que se desarrolla cuando la enfermera y el paciente empiezan a conocerse y cuidarse uno a otro.
- Es difícil demostrar afectividad a personas sin lograr una comprensión de quiénes son y de su percepción de la enfermedad.
- La presencia implica un encuentro persona a persona que transmite cercanía y un sentido del cuidado que implica «estar ahí» y «estar con» los pacientes.
- La investigación muestra que el tacto, de contacto y no contacto, incluye el tacto orientado a la tarea, el tacto afectivo y el tacto protector.

- La realización hábil y delicada de un procedimiento de enfermería transmite seguridad y sentido de competencia de la enfermera.
- Escuchar no es sólo «enterarse» de lo que el paciente dice; también incluye interpretar y comprender lo que el paciente está diciendo y devolverle esa comprensión.
- Conocer al paciente está en el centro del proceso que las enfermeras utilizan para tomar decisiones clínicas.

#### Cuidados centrados en la familia

Debemos utilizar un enfoque centrado en la familia para mejorar los cuidados de enfermería. Cuando se establece una relación con un paciente y su familia, es importante identificar los recursos potenciales y externos. Una valoración completa del paciente y de la familia proporciona esta información.

Junto con los pacientes y sus familias, hemos de desarrollar planes de cuidados que todos los miembros entiendan claramente y estén de acuerdo mutuamente en seguir. Las metas que se planifiquen deben ser concretas y realistas, compatibles con la etapa del desarrollo de la familia, y aceptables para los miembros de la familia. La colaboración con los miembros de la familia es esencial, ya sea la familia el paciente o el contexto de los cuidados. Debemos colaborar estrechamente con todos los miembros de la familia cuando se determine lo que esperan conseguir respecto a la salud de la familia.

Una relación colaboradora positiva se basa en el respeto y la confianza mutuos. La familia necesita sentirse «en control» lo más posible. Ofreciendo acciones alternativas y preguntando a los miembros de la familia por sus propias ideas y sugerencias, ayudamos a reducir los sentimientos familiares de impotencia. Por ejemplo, ofrecer opciones para cómo preparar una dieta baja en calorías o cómo arreglar el mobiliario de una habitación para acomodar a un miembro de la familia discapacitado da a la familia la oportunidad de expresar sus preferencias, elegir y finalmente sentirse como si hubieran contribuido. Colaborar con otras disciplinas aumenta la probabilidad de dar un enfoque global a las necesidades de cuidados sanitarios de la familia, y asegura una mejora en la continuidad de los cuidados. Usar otras disciplinas es particularmente importante cuando es necesaria la planificación del alta desde un centro sanitario a casa o a una instalación de cuidados prolongados (Bluvol y Ford- Gilboe, 2004).

Cuando se considera a la familia como un paciente, es necesario apoyar la comunicación entre todos los miembros de la familia. Esto asegura que la familia permanece informada sobre los objetivos y las intervenciones de los cuidados. A menudo participamos en la resolución de conflictos entre miembros de la familia de manera que cada miembro podrá confrontar y resolver problemas de una manera saludable. Debemos ayudar a la familia a identificar y utilizar recursos externos e internos según sean necesarios. Por ejemplo, ¿quién en la familia puede hacer los recados para hacer la compra mientras que el paciente no puede conducir? ¿Hay miembros de la familia que pueden venir y

proporcionar cuidados de descanso familiar? En última instancia, el objetivo es ayudar a la familia a alcanzar un punto de funcionamiento óptimo, dados sus recursos, sus capacidades y sus deseos de estar más sanos



La evolución del cuidado enfermero está estrechamente ligada a la consideración del concepto de salud-enfermedad que ha caracterizado a cada momento histórico

Collière en su libro *Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería* (Collière, 1993) describe cuatro etapas, que no tienen límites temporales definidos, pero sí se corresponden con distintos períodos de la evolución sociocultural en el mundo occidental y con cuatro concepciones distintas del cuidado.

La primera de estas etapas, denominada «etapa doméstica del cuidado» por ser la mujer en cada hogar la encargada del mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio, se desarrolla en el período histórico que comprende desde las primeras civilizaciones a la caída del Imperio Romano. 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 tercera etapa, «etapa técnica del cuidado», que se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del XX, surge como resultado del tipo de atención a la salud predominante en la época, centrada en la lucha contra la enfermedad, en la que el saber médico se enfoca a la persona como enfermo y las personas encargadas de prestar cuidados adquieren un papel de auxiliar del médico.

Finalmente, la «etapa profesional del cuidado», en la que la enfermería se consolida como disciplina y como profesión con una responsabilidad definida en

el cuidado de la salud de la población, es la cuarta etapa en la evolución del cuidado enfermero y desde un punto de vista cronológico comprende las últimas décadas del siglo XX hasta nuestros días

<b>Etapa Doméstica del Cuidado</b>		<b>Etapa Vocacional del Cuidado</b>	<b>Etapa Técnica del Cuidado</b>	<b>Etapa Profesional del Cuidado</b>
Pre historia	Civilizaciones antiguas	Edad Media	Edad Moderna	Edad Contemporánea

#### Etapa doméstica

Esta etapa se relaciona con la concepción de la salud como mantenimiento de la vida

El concepto de ayuda a los demás está presente desde el inicio de la civilización, como lo demuestran estudios antropológicos, arqueológicos, etc.

Lo que no está tan claro es que denominamos el cuidado de Enfermería aparezca con el hombre ya que en aquella época se entremezclaban diversas formas de cuidar, que con el transcurso del tiempo dieron lugar a diferentes disciplinas. Sin embargo es nuestra convicción que son estos primeros cuidados los que han dado origen a los cuidados profesionales, razón de ser de los enfermeros

Por este motivo, en esta primera etapa los cuidados se desarrollan formando parte de la historia de la atención a la salud de la época, comprendiendo desde las primeras civilizaciones hasta la caída del Imperio Romano

Esta etapa de los cuidados se denomina doméstica, por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del mundo.

Alrededor de cada mujer en la familia se entrelazan y elaboran las prácticas rituales que tienden a asegurar la vida, su promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos, elemento muy importante de contacto maternal para transmitir bienestar.

En consecuencia, los cuidados van encaminados a ese mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido, y, en general, todas las medidas que hacen la vida más agradable, algunas de las cuales se han dado en llamar en nuestros días cuidados básicos, Esta etapa se relaciona con la concepción de “la salud como mantenimiento de la vida



### Etapa Vocacional

El calificativo vocacional de la actividad de cuidar se asocia con el nacimiento de la religión cristiana. Con la aparición del Cristianismo, la salud adquirió una nueva interpretación. La sociedad cristiana de la época atribuyó la salud y la enfermedad a los designios de Dios. El valor religioso de la salud que imperó se determinó por la convicción del pensamiento de que la enfermedad era una gracia del Todopoderoso: el que sufre es un elegido de Dios.

Las actividades de curar se relacionan con el concepto que los incipientes cristianos tienen sobre la enfermedad y además se corresponden con las normas establecidas por las ideas religiosas. Como consecuencia de esta filosofía, lo verdaderamente importante son las actitudes que debían mostrar y mantener las personas dedicadas al cuidado, actitudes consistentes en hacer votos de obediencia y de sumisión, en actuar en nombre de Dios, en permanecer en el seno de la Iglesia, en reconfortar a través del consejo de tipo moral y en utilizar el cuidado como vehículo de salvación propia y de comunicación con Dios.

Aparece la figura de una mujer, que se conoce como “mujer sagrada” (Colliere). Dado que las normas cristianas eran estrictas y rechazaban todo contacto corporal, esta incipiente enfermera centró la atención a los enfermos en la palabra, en forma de oración, y en los consejos morales.

Evidentemente, durante la etapa vocacional del cuidado los conocimientos teóricos requeridos a las enfermeras eran nulos y los procedimientos empleados para tratar a los enfermos muy simples, ya que lo realmente importante era la actitud de abnegación mostrada en el cuidado a los enfermos, menesterosos y necesitados.

Naturalmente, la práctica enfermera, vista desde esta perspectiva, no requería ningún tipo de preparación, a excepción de la formación religiosa.

A esta situación se añadió, como resultado de la expansión y el florecimiento del Cristianismo en el Mundo Occidental, el surgimiento de órdenes monásticas y religiosas, que desempeñaron un importante papel en la atención a los enfermos.

Estas órdenes tuvieron un especial auge en épocas en las que las necesidades de cuidados fueron más patentes, debido a los problemas

ocasionados por los constantes conflictos bélicos, como consecuencia de las Cruzadas

La Enfermería de esta época puede describirse como una actividad ejercida por personas con un gran sentido de la religiosidad, la caridad, la sumisión, y la obediencia, lo que justifica su denominación como “Etapa vocacional del cuidado”

La etapa considerada como vocacional se encuadra en la historia de los cuidados desde el nacimiento del pensamiento cristiano hasta finalizar la Edad Moderna de la Historia Universal. Con esta etapa se inicia la creencia de que “la salud tiene un valor religioso”



#### Etapa técnica

La orientación eminentemente técnica de la atención enfermera da nombre a esta etapa de los cuidados, que se inició con el advenimiento de lo que Colliere denomina “mujer-enfermera-auxiliar del médico”

Esta etapa se desarrolla de forma paralela a la evolución del concepto de salud predominante en la época, en la que la salud se entendía como la lucha contra la enfermedad, y, como consecuencia, el saber médico se enfocó hacia la persona como enfermo

Los avances científicos y tecnológicos aplicados a la atención médica, que se venían produciendo lentamente desde el Renacimiento, tuvieron su exponente más claro en el siglo XX. Este desarrollo condujo a la clase médica a un mayor conocimiento, que se orientó de forma predominante hacia la búsqueda de las causas de la enfermedad y su tratamiento. A raíz del impulso de la tecnología fue posible el diseño y la fabricación de instrumental y aparataje cada vez más complejos. Se fomentó la concentración de todos los servicios sanitarios para la atención diagnóstica y curativa en los hospitales, y estas instituciones se convirtieron en el principal eje asistencial

La nueva complejidad tecnológica requirió la aparición de personal cualificado que asumiera algunas de las tareas que realizan los médicos: unas,

referidas a pruebas diagnósticas y otras con fines curativos. De esta manera, a las personas dedicadas al cuidado de los enfermos se les denominó personal paramédico o auxiliar, termino inspirado en las tareas que realizaban, en su mayor parte delegadas por los médicos

La transición de la etapa vocacional a la etapa técnica se produjo de una forma lenta y progresiva, debido a la influencia del pensamiento tradicional respecto del papel de la enfermería como profesión predominantemente de mujeres y, durante siglos, reservada a las religiosas. La separación de los poderes político y religioso permitió el inicio de la profesionalización de las enfermeras, hecho que se atribuye a Florence Nightingale

Sin embargo, la consideración de la enfermería como trabajo eminentemente técnico surgió a raíz de los años cincuenta del siglo XX, coincidiendo con la expansión de la red hospitalaria que también propició que estos centros empezaran a desarrollar una función diferente a la que venían ejerciendo.

El siglo XX transcurre para las enfermeras con dos presiones de significado opuesto que les hacen entrar en un conflicto permanente: por una parte, la sociedad de la época espera de ellas que adopten una actitud maternal y abnegada, sobre la base del modelo precedente; por otra, los servicios de atención a la salud, organizaciones bajo patrones médicos, les exigen cada vez más especialización en técnicas curativas y menos dedicación de corte humanista al enfermo.

Según transcurren los años, la progresiva secularización de la sociedad hace perder peso al aspecto vocacional, entendido en el sentido estrictamente religioso, y se va admitiendo mejor que esta profesión, tradicionalmente femenina, pueda estar organizada y gestionada por mujeres

Debido a los numerosos y revolucionarios cambios que se produjeron en este período histórico, tanto globales como en la historia de enfermería en particular, en la evolución del cuidado enfermero se van a diferenciar dos etapas: la primera, que corresponde al siglo XIX y que se caracteriza por la obra de los grandes reformadores de la enfermería, y la segunda, en la que se contemplan los cambios acaecidos durante el siglo XX, hasta finales de la década de los setenta de dicho siglo, en la que se produce la transición a la etapa de la enfermería profesional

### Etapa Profesional

En esta etapa de la historia del cuidado, la enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propio y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población.

Se centra en el período comprendido entre los últimos 25 años del siglo XX y el momento actual, entendiendo que es en esta fase en la que se han producido los cambios más significativos tanto en la formación enfermera como en el desarrollo profesional

La enfermería es hoy en día muy diferente a la que se practicaba hace 50 años, debido a distintos factores que han intervenido en la profesionalización del cuidado.

Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar a sus propios profesionales, de organizar y dirigir los servicios de enfermería y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su cuerpo disciplinar. Asimismo, en el ámbito asistencial los cambios acaecidos han sido muy significativos, desde una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha pasado a orientar el cuidado en un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional, como lo demuestra el uso generalizado del proceso de enfermería y la formulación de diagnósticos enfermeros

La integración en 1977 de los estudios de enfermería en la universidad supuso un punto de inflexión en la transición de la disciplina enfermera desde una etapa técnica a una profesional. A partir de entonces las distintas corrientes profesionales trabajaron en el desarrollo de un cuerpo de conocimientos propio, para proporcionar un nuevo marco de definición de la responsabilidad de las enfermeras en la atención a la salud de la población.

La actual concepción de “la salud como un equilibrio entre los individuos y su ambiente” cambia la orientación del cuidado enfermero, entendiéndose como el conjunto de actividades enmarcadas en un sistema conceptual y utilizando una metodología propia de la disciplina.





## ETAPA DOMESTICA



Cuidados centrados en el mantenimiento de la vida, basados en la promoción de la higiene y la adecuada alimentación y vestido.  
Papel de la mujer: Cuidado en el hogar

## ETAPA VOCACIONAL



Actividades de cuidar = salud y enfermedad, designios de Dios.  
Aparece la figura de la cuidadora conocida como la mujer consagrada  
No existe la valoración económica, el trabajo es recompensado con la salvación del alma

## ETAPA TECNICA



La enfermera cambia de la hegemonía del sexo a la de lo religioso, y de ésta al poder del hombre-médico, lo que impacta en su desarrollo profesional.

Enfermera= Auxiliar del medico

## ETAPA PROFESIONAL



Por aportes de Florence Nightingale, la enfermería empieza su profesionalización.  
Actualmente, las enfermeras tienen la capacidad de ejercer acciones propias, mostrar su insatisfacción, tener participación y formación laboral, todo logrado por su capacidad profesional

### El cuidado como “care” y el cuidado como “cure”

Según Colliere (1996) “cuidar es ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a conservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca”.

El cuidado que se ofrece no es homogéneo, depende de las condiciones de los sujetos, de los recursos con que cuentan y de los conocimientos que poseen para que la enfermera determine el tipo y características de los cuidados.

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

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

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

## La Evolución en la Formación de Enfermería

Las enfermeras entraron en licenciaturas y programas de grado superior en las universidades durante la última mitad del siglo xx, y empezó a llevarse a cabo el objetivo de desarrollar un conocimiento como base para la práctica enfermera.

Proliferaron los programas de titulación universitaria, se desarrollaron másteres en enfermería y se realizó un currículo estandarizado nacional a través

de un proceso de acreditación. Como se ha mencionado antes, la enfermería ha pasado a través de etapas de desarrollo gradual (Alligood, 2006a).

Las líderes enfermeras presentaron varias perspectivas diferentes para el desarrollo de la ciencia enfermera. Algunas defendieron la enfermería como una ciencia aplicada, y otras proclamaron la enfermería como una ciencia básica (Donaldson y Crowley, 1978; Johnson, 1959; Rogers, 1970).

La historia proporciona la evidencia del consenso al que se llegó; la investigación en enfermería se convirtió en el contenido esencial en los currículos de los másteres y creció el interés por los programas de doctorados en enfermería.

En 1977, después de la publicación de *Nursing Research* durante 25 años, los estudios se revisaron globalmente y ese año se publicaron los puntos fuertes y débiles en la revista. Batey (1977) se centró en la importancia de la conceptualización enfermera en el proceso de investigación y del papel de un marco conceptual en el diseño de la investigación para producir ciencia. Este énfasis sobre la importancia de la conceptualización enfermera en los proyectos de investigación y el desarrollo de marcos conceptuales para los currículos enfermeros fueron precursores de la etapa de desarrollo de teorías que trasladó la enfermería hacia el objetivo de desarrollar conocimiento enfermero para guiar la práctica enfermera.

En este momento, empezaron a publicarse los trabajos teóricos en enfermería (Johnson, 1968, 1974; King, 1971; Levine, 1969; Neuman, 1974; Orem, 1971; Rogers, 1970; Roy, 1970). Poco después, Fawcett (1978) presentó su metáfora de la doble hélice (ahora un clásico) sobre la relación interdependiente entre teoría e investigación.

También fue en esa época cuando eruditas en enfermería como Henderson, Nightingale, Orlando, Peplau y Wiedenbach fueron reconocidas por la adecuación de sus escritos teóricos.

Las educadoras desarrollaron estos primeros trabajos como marcos para estructurar el contenido del currículo o guiar el contenido de los cursos en programas de enfermería. De forma similar, la teoría de Orlando (1961, 1972) fue el resultado de un proyecto de investigación financiado a nivel nacional, diseñado para estudiar la práctica enfermera.

Las principales teóricas se reunieron por primera vez en un mismo sitio en la Nurse Educator Nursing Theory Conference en Nueva York en 1978. La mayoría de ellas empezaron sus presentaciones afirmando que no se veían a sí mismas como teóricas.

Aunque en ese momento la comprensión del significado de estas palabras para la enfermería era limitada, parece que gran parte del público asistente al acto (estudiantes de programas de doctorado y máster) era consciente de la importancia de éste. Después de las primeras presentaciones, el auditorio reaccionó con risas ante las negativas de las teóricas de ser teóricas y rápidamente se quedaron en silencio y escucharon atentamente a medida que

ellas describían el trabajo que habían desarrollado para los currículos, la investigación o la práctica enfermeras.

También debe mencionarse que Donaldson y Crowley (1978) presentaron la conferencia inaugural en la Western Commission of Higher Education in Nursing Conference en 1977, justo cuando estaban a punto de empezar sus programas de doctorado en enfermería. Ellas reabrieron la discusión sobre la naturaleza de la ciencia enfermera y del conocimiento necesario para la disciplina y la profesión.

La versión publicada de su conferencia se convirtió en una referencia clásica para que los estudiantes aprendan lo que es la enfermería como disciplina y para identificar la diferencia entre la disciplina y la profesión. Los ponentes reclamaban tanto investigación básica como aplicada, afirmando que el uso de este conocimiento era crucial para la enfermería como disciplina y como profesión.

Ellas afirmaban que la disciplina y la profesión están relacionadas de manera inseparable, y que no conseguir reconocerlas y separarlas ancla la enfermería en una visión más vocacional que profesional.

Poco después, los marcos conceptuales enfermeros empezaron a necesitarse como marcos para el currículo en los programas de enfermería y a reconocerse como modelos conceptuales enfermeros que aplican los conceptos principales y más abstractos (metaparadigma) de enfermería.

Esta conceptualización creativa de un metaparadigma enfermero y una estructura teórico-conceptual del conocimiento enfermero aclaró la naturaleza de los trabajos de las principales enfermeras teóricas como trabajos-marcos conceptuales y paradigmas de enfermería. Esta organización de los trabajos teóricos enfermeros introdujo un punto de vista sistemático y unido del conocimiento teórico que habían desarrollado las teóricas en diferentes momentos y en diferentes puntos del país. Cada modelo conceptual enfermero se clasificó en función de su acción en relación a un conjunto de criterios de análisis y evaluación (Fawcett, 1984). Considerar los diferentes trabajos enfermeros de manera colectiva bajo el paraguas del metaparadigma conduce a un aumento de la comprensión de los trabajos teóricos enfermeros como cuerpo de conocimiento. La importancia de la teoría para la disciplina de la enfermería consiste en que la disciplina depende de la teoría para seguir existiendo.

Los trabajos teóricos han llevado a la enfermería a niveles superiores de educación y práctica. El énfasis ha cambiado: de un enfoque funcional donde la importancia se centraba en cómo funcionaban las enfermeras a un enfoque centrado en conocer qué saben las enfermeras y cómo utilizan lo que saben para guiar su pensamiento y su toma de decisiones mientras se concentran en el paciente.

La enfermería sigue practicándose en numerosos niveles, como vocación y como profesión. Los marcos y las teorías son estructuras sobre los seres humanos y su salud que proporcionan a las enfermeras una perspectiva del

paciente, y esta perspectiva es característica de una profesión. Los profesionales de la enfermería proporcionan un servicio público en una práctica que está centrada en quienes atienden. El proceso enfermero se usa en la práctica, pero el foco de atención principal es el paciente o ser humano. El conocimiento de las personas, la salud y el entorno forma la base para el reconocimiento de la enfermería como disciplina, y este conocimiento se enseña a quienes entran a formar parte de la profesión.

Cada disciplina o campo de conocimiento incluye un conocimiento teórico. Por tanto, la enfermería como disciplina académica depende de la existencia de conocimiento enfermero que se transmite como base para la práctica profesional de aquellos que quieren entrar a formar parte de ésta. Kuhn (1970), el filósofo de la ciencia, afirmó que «el estudio de los paradigmas... es lo que en gran parte prepara al estudiante como miembro de una comunidad científica concreta en la que posteriormente ejercerá»

Esto es importante para todas las enfermeras, y especialmente para las que entren a formar parte de la profesión, porque «a falta de un paradigma... todos los hechos que posiblemente podrían estar relacionados con el desarrollo de una determinada ciencia es probable que parezcan igual de importantes (Kuhn, 1970,).

Finalmente, respecto a la prioridad de los paradigmas, Kuhn afirma que «estudiándolos y ejerciendo con ellos, los miembros de su comunidad correspondiente aprenden su oficio» (Kuhn, 1970,). Los estudiantes de un máster aplican y comprueban el conocimiento enfermero en su práctica enfermera. Los estudiantes de doctorado desarrollan y comprueban las teorías en enfermería y contribuyen a la ciencia enfermera realizando estudios de investigación basados en la teoría y generadores de nueva teoría.

#### Importancia para la profesión

La teoría no sólo es esencial para la existencia de la enfermería como disciplina académica, sino que también 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 en día, la enfermería se reconoce como una profesión.

Durante gran parte del siglo xx, los criterios para una profesión se utilizaron como guía para su desarrollo.

La enfermería fue el tema de numerosos estudios sociológicos de desarrollo profesional que utilizaron diferentes conjuntos de criterios. Por ejemplo, Bixler y Bixler (1959) publicaron un conjunto de criterios adaptados a la enfermería en la *American Journal of Nursing*. Estos criterios establecían que una profesión hacía lo siguiente:

1. En su práctica, utiliza un cuerpo de conocimiento especializado bien definido y bien organizado que está en el nivel intelectual del aprendizaje superior.
2. Aumenta constantemente el cuerpo de conocimiento que utiliza y mejora sus técnicas de educación y servicio mediante el uso del método científico.
3. Confía la formación de sus profesionales a centros de educación superior.
4. Aplica su cuerpo de conocimiento en servicios prácticos cruciales para el bienestar social y humano.
5. Funciona de manera autónoma para formular estrategias profesionales y, por tanto, controlar la actividad profesional.
6. Atrae a individuos con cualidades intelectuales y personales que ensalzan el servicio por encima del beneficio personal y que reconocen la ocupación que han escogido como un trabajo de por vida.
7. Lucha por compensar a sus profesionales proporcionándoles libertad de acción, oportunidades de crecimiento profesional y seguridad económica

Estos criterios tienen valor histórico porque mejoran la comprensión del camino que ha seguido el desarrollo de la profesión enfermera. Por ejemplo, durante la última mitad del siglo XX se formalizó una base de conocimiento bien definida, organizada y específica para la disciplina, pero este conocimiento no es estático. Más bien continúa creciendo en relación con los objetivos profesionales para el bienestar social y humano de la sociedad a la que sirven las enfermeras.

Es decir, aunque el cuerpo de conocimiento es importante, las teorías y la investigación son cruciales para la disciplina y la profesión para que se siga generando conocimiento nuevo.

La aplicación del conocimiento enfermero en la práctica es un criterio actualmente en vanguardia, poniendo énfasis en la contabilidad de la práctica enfermera, en la práctica enfermera basada en la teoría y en el reconocimiento creciente de que la teoría intermedia es importante para la práctica profesional enfermera (Alligood y Tomey, 2006).

En las últimas décadas del siglo XX se publicaron ideas centradas en el avance de la enfermería que se anticiparon al nuevo milenio. Por ejemplo, Styles (1982) distinguía entre una profesión enfermera colectiva y la enfermera individual como una profesional y exigía el desarrollo interno para una nueva creación basada en los ideales y creencias de la enfermería para una nueva creación. Su premisa era que la profesión necesitaba una propuesta nueva y positiva para el futuro, desprovista de problemas del pasado, para avanzar en el desarrollo profesional. De forma similar, Fitzpatrick (1983) presentó una crónica histórica de los logros del siglo XX que habían llevado al estatus profesional de la enfermería. Styles (1982) y Fitzpatrick (1983) referenciaron una historia detallada específica del desarrollo de la enfermería como una profesión. En este texto, la enfermería se reconoce como una profesión y se enfatiza la relación entre los trabajos teóricos enfermeros y el logro de estatus como profesión. Había semejanzas y diferencias en los conjuntos de criterios utilizados para evaluar el estatus de las profesiones; sin embargo, todos requerían desarrollar y

utilizar un cuerpo de conocimiento que sirviera de base para la práctica de una profesión determinada (Styles, 1982).

A medida que las enfermeras crecen en su estatus profesional, el uso de conocimiento sustantivo para la enfermería basada en la teoría es una cualidad característica de su práctica. Este acuerdo de práctica basada en la teoría es beneficiosa para los pacientes en cuanto que guía los cuidados enfermeros de forma sistemática y erudita. También sirve a la profesión enfermera porque las enfermeras son reconocidas por sus contribuciones a la asistencia sanitaria de la sociedad.

Para la disciplina de la enfermería, el desarrollo de conocimiento es una actividad importante a la que deben dedicarse las especialistas en enfermería.

Es importante que la enfermería siga siendo reconocida y respetada como disciplina erudita que contribuye a la salud de la sociedad. Finalmente, lo más importante es que la teoría enfermera es una herramienta útil para el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones necesarios para la calidad en la práctica enfermera:

Los entornos de la práctica enfermera son complejos y la cantidad de datos (información) que manejan las enfermeras es prácticamente infinita. Ellas deben analizar una gran cantidad de información sobre cada paciente y decidir qué hacer.

Un método teórico ayuda a que las enfermeras no se vean desbordadas por la cantidad de información y avancen en el proceso enfermero de manera ordenada. La teoría les permite organizar y entender lo que sucede en la práctica para analizar de manera crítica las situaciones del paciente, tomar decisiones clínicas, planificar los cuidados y proponer intervenciones enfermeras adecuadas, además de predecir los resultados del paciente y de evaluar la eficacia de los cuidados (Alligood, 2004.).

La práctica profesional requiere un método sistemático centrado en el paciente y los trabajos teóricos proporcionan sólo las perspectivas del paciente.

Las filosofías de la enfermería, los modelos conceptuales de enfermería, las teorías enfermeras y las teorías intermedias guían el pensamiento y la acción de la enfermera para procesar datos, evaluar los indicios y decidir la acción que hay que tomar en la práctica (Alligood y Tomey, 2006; Chinn y Kramer, 2008; Fawcett, 2005).

Los disparatados costos de la atención sanitaria presentan retos para la profesión, el usuario y el sistema de prestaciones. La enfermera es responsable de proporcionar al paciente cuidados de la mejor calidad, de una manera eficiente y económicamente acertada.

El reto es utilizar la atención sanitaria y los recursos del paciente con sensatez.

Escasez de enfermeras

Hay una continua escasez de enfermeras a nivel mundial, que es consecuencia de un insuficiente número de enfermeras tituladas cualificadas

para ocupar las vacantes y de la pérdida de enfermeras cualificadas por otras profesiones (Flinkman y cois., 2010).

Esta escasez afecta a todos los aspectos de la enfermería tales como el cuidado del paciente, la gestión y la formación enfermera (Tanner y Bellack, 2010), pero también presenta retos y oportunidades para la profesión. Se invierten muchos dólares de la atención sanitaria en estrategias dirigidas a reclutar personal de enfermería bien formado, que piense críticamente, motivado y entregado (Benner y Cois., 2010).

Existe un vínculo directo entre los cuidados de las enfermeras y los resultados positivos para el paciente, la reducción de las tasas de complicaciones y un retorno más rápido del paciente a un estado funcional óptimo (Aiken, 2010; Lucero y cois., 2009).

Guste o no, la falta de enfermeras afecta a las necesidades del usuario (Block y Sredl, 2006). Con menos enfermeras en el lugar de trabajo, es importante aprender a usar eficiente y profesionalmente el tiempo de contacto con el paciente.

La gestión del tiempo, la comunicación terapéutica, la formación del paciente y la implementación compasiva de habilidades psicomotoras son sólo algunas de las habilidades esenciales que se necesitan. Lo más importante es que los pacientes dejen el entorno de la atención sanitaria con una imagen positiva de la enfermería y un sentimiento de que han recibido cuidados de calidad.

En un entorno de atención sanitaria de altas precoces y de alta tecnología las enfermeras necesitan relacionarse con sus pacientes a un nivel humano y afectivo (Manthey, 2008). El paciente no debe sentirse nunca apresurado o que no es importante. Si algún aspecto del cuidado del paciente requiere 15 minutos de contacto, llevará el mismo tiempo prestar los cuidados de una manera organizada que de una manera apresurada y agobiada.

### La Enfermería como profesión

La enfermería no es simplemente una colección de habilidades específicas y la enfermera no es simplemente una persona formada para realizar tareas específicas. La enfermería es una profesión.

Ningún factor específico diferencia completamente un trabajo de una profesión, pero la diferencia es importante en términos de cómo se ejerce. Para actuar profesionalmente se debe administrar una atención de calidad centrada en el paciente, de manera segura, meticulosa y experta. Se es responsable y se responde ante uno mismo y ante los pacientes e iguales.

Una profesión tiene las siguientes características principales:

- Precisa de unos fundamentos liberales básicos y una amplia formación de sus miembros.
- Tiene un cuerpo de conocimientos teóricos que conduce a habilidades, capacidades y normas definidas.
- Proporciona un servicio específico.



- Los miembros de una profesión tienen autonomía para tomar decisiones y para ejercer.
- La profesión en conjunto tiene un código ético para la práctica.

### Formación Enfermera

La enfermería requiere una cantidad significativa de educación formal. Las cuestiones de la estandarización de la formación enfermera y el comienzo de la práctica siguen generando controversia.

La mayor parte de las enfermeras están de acuerdo en que la formación enfermera es importante para la práctica y que la formación necesita responder a los cambios en la atención sanitaria ocasionados por los avances científicos y tecnológicos.

Existen varias vías educativas para una persona que quiera ser enfermera. Además, existe formación enfermera universitaria y formación continua, y en el servicio para las enfermeras que ejercen.

La Ley Nacional de Enfermería determina dos niveles en la formación de Enfermería

- 1- Nivel Profesional: Enfermero/a Profesional Licenciada/o en Enfermería
- 2- Nivel Auxiliar: Auxiliar de Enfermería

### Estudios de posgrado

Después de obtener un título de Licenciatura en enfermería, se puede continuar la formación universitaria con un máster o doctorado en muchos campos de titulación, incluida la enfermería. Una enfermera puede obtener un título de máster en enfermería. El título de posgrado proporciona a la enfermera asistencial avanzadas sólidas habilidades en la ciencia y teoría de la enfermería, poniendo énfasis en las ciencias básicas y la práctica clínica basada en la investigación.

Un título de máster en enfermería es importante para las funciones de una enfermera docente y una enfermera gestora y es necesario para una enfermera de práctica avanzada

### Formación continua y en el servicio

La enfermería es una profesión basada en el conocimiento y la pericia tecnológica y la toma de decisiones clínicas. Son cualidades que los usuarios de la atención sanitaria demandan. Los programas de formación continua son una vía para promocionar y mantener al día las habilidades enfermeras, obtener nuevo conocimiento y formación teórica y conseguir nuevas habilidades que reflejan los cambios en el sistema de prestación de atención sanitaria

La formación continua implica programas educativos formales y organizados ofrecidos por las universidades, los hospitales, las asociaciones

estatales de enfermeras, las organizaciones profesionales de enfermería y las instituciones educativas y de atención sanitaria.

La formación continua actualiza el conocimiento sobre las últimas investigaciones y el desarrollo de la práctica, ayuda a la especialización en un área particular de la práctica y enseña nuevas habilidades y técnicas

Los programas de formación en el servicio son la instrucción o el entrenamiento proporcionado por un organismo o una institución de atención sanitaria.

Un programa en el servicio tiene lugar en la institución y está diseñado para aumentar el conocimiento, las habilidades y las competencias de las enfermeras y otros profesionales sanitarios empleados por la institución.

A menudo los programas en el servicio están centrados en nuevas tecnologías, por ejemplo cómo utilizar correctamente las nuevas jeringas de seguridad.

Muchos programas en el servicio están diseñados para satisfacer las competencias necesarias de una organización; un hospital puede ofrecer un programa en el servicio sobre los principios de seguridad para administrar quimioterapia o un programa sobre sensibilización cultural.

### Responsabilidades y Funciones profesionales

La enfermera es responsable de conseguir y mantener un conocimiento y unas habilidades específicos para diversas funciones y responsabilidades profesionales.

Las enfermeras proporcionan cuidados y confort a los pacientes en todos los entornos de la atención sanitaria. La preocupación de las enfermeras por satisfacer las necesidades del paciente es la misma ya sea centrando los cuidados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el manejo de la enfermedad y sus síntomas, el apoyo de la familia o los cuidados paliativos.

### Autonomía y responsabilidad

La autonomía es un elemento esencial para la enfermería profesional que implica el inicio de las intervenciones enfermeras independientes sin órdenes médicas. Por ejemplo, la enfermera implementa independientemente los ejercicios para toser y de respiración profunda en un paciente que ha sido operado recientemente.

Colabora activamente con otros profesionales sanitarios para seguir el mejor plan de tratamiento para un paciente. Con el aumento de la autonomía hay más responsabilidad y más necesidad de rendir cuentas.

Rendir cuentas significa ser responsable, profesional y legalmente, del tipo y la calidad de la atención enfermera proporcionada. Necesita mantenerse actualizada y competente respecto al conocimiento científico y las habilidades técnicas de enfermería. La profesión enfermera regula también la

responsabilidad profesional y legal mediante auditorías enfermeras y estándares de práctica

## Ética en Enfermería. Valores profesionales.

### Ética de los Cuidados

Cuidar es un imperativo moral, no una mercancía para ser comprada y vendida. Cuidar de otros seres humanos protege, mejora y preserva la dignidad humana. Es un pacto ético profesional, que la enfermería tiene con sus pacientes (Watson, 2010).

La ciencia de los cuidados proporciona una base disciplinar a partir de la que prestar cuidados centrados en el paciente (Watson, 2005, 2008).

El término *ética* se refiere a las conductas ideales de lo correcto y lo erróneo. En cualquier encuentro con el paciente una enfermera necesita saber qué conducta es apropiada éticamente.

Una ética de los cuidados es única, de manera que las enfermeras profesionales no toman decisiones profesionales basadas solamente en principios intelectuales o analíticos.

En su lugar, una ética de los cuidados pone a los cuidados en el centro de la toma de decisiones.

Por ejemplo, ¿qué recursos deberían ser utilizados para cuidar a un paciente indigente? ¿Es cuidar poner a un familiar discapacitado en un centro de cuidados a largo plazo?

Una ética de los cuidados trata de las relaciones entre las personas y del carácter de la enfermera y su actitud hacia los otros. Las enfermeras que trabajan con una ética de los cuidados son sensibles a relaciones desiguales que conducen a un abuso de poder de una persona sobre otra, a propósito o no.

En los entornos de la atención sanitaria los pacientes y sus familias están, a menudo, en situación de desigualdad con los profesionales debido a la enfermedad del paciente, la falta de información, la regresión causada por el dolor y el sufrimiento y a las circunstancias desconocidas. Una ética de los cuidados coloca a la enfermera como defensora del paciente, que solucionan dilemas éticos porque atiende a las relaciones y porque da prioridad a la personalidad única de cada paciente.

### Términos básicos en la Ética sanitaria

Para un análisis de la ética, es útil establecer un vocabulario básico.

La comprensión de los términos comunes en el discurso ético ayuda a la enfermera a formar sus propios criterios sobre cuestiones y situaciones éticas y participar concienzudamente en los debates.

### *Autonomía*

Cuando se aplica a la política o al gobierno, la autonomía se refiere a la libertad de control externo. De la misma manera en la atención sanitaria, el respeto por la autonomía se refiere al compromiso para incluir a los pacientes en

las decisiones sobre todos los aspectos del cuidado como una manera de reconocer y proteger la independencia del paciente.

Por ejemplo, cuando un paciente se enfrenta a una cirugía, el cirujano tiene la obligación de explicar el procedimiento quirúrgico, incluyendo los riesgos y los beneficios, por respeto a la autonomía del paciente. El consentimiento que el paciente lee y firma antes de la cirugía documenta este respeto por la autonomía.

### *Beneficencia*

La beneficencia se refiere a realizar acciones positivas para ayudar a los demás. El principio de beneficencia es fundamental para la práctica de la enfermería y de la medicina.

El acuerdo de actuar con beneficencia implica que los mejores intereses del paciente son más importantes que el interés de uno mismo. Implica que las enfermeras ejercen fundamentalmente como un servicio a los demás, incluso en los detalles de su trabajo diario.

### *No maleficencia*

La maleficencia se refiere a dañar o herir; por consiguiente, la no maleficencia es evitar dañar o herir. En la atención sanitaria, la práctica ética implica no sólo el deseo de hacer el bien sino el compromiso equivalente de no hacer daño.

El profesional sanitario intenta equilibrar los riesgos y los beneficios de los cuidados mientras se esfuerza al mismo tiempo para hacer el menor daño posible.

Un procedimiento de trasplante de médula ósea puede ofrecer una oportunidad de curar; pero el proceso implica períodos de sufrimiento y puede que no sea posible garantizar un resultado positivo. Las decisiones sobre el mejor curso de acción pueden ser difíciles y estar llenas de inseguridad, precisamente porque las enfermeras están de acuerdo con evitar el daño al mismo tiempo que se comprometen con la promoción de la beneficencia.

### *Justicia*

La justicia se refiere a la equidad. El término se usa más a menudo en los debates sobre los recursos de acceso a la atención sanitaria, incluyendo la distribución justa de los recursos. Los debates sobre el seguro médico, las ubicaciones de hospitales y servicios, incluso los trasplantes de órganos se refieren generalmente a cuestiones de justicia.

### *Fidelidad*

La fidelidad se refiere al acuerdo de cumplir las promesas. La enfermera cumple las promesas haciendo seguimiento de sus acciones e intervenciones. Si valora el dolor de un paciente y ofrece un plan para manejar el dolor, el

estándar de fidelidad anima a la enfermera a controlar la respuesta del paciente al plan.

La conducta profesional incluye la revisión del plan según sea necesario para intentar cumplir la promesa de reducir el dolor. La fidelidad también se refiere a la negativa de abandonar a los pacientes incluso cuando los cuidados llegan a ser controvertidos o complejos.

### Código Deontológico de Enfermería

Un código deontológico es un conjunto de principios orientadores que todos los miembros de una profesión aceptan. Es una declaración colectiva sobre las expectativas del grupo y los estándares de conducta.

Los códigos sirven como directrices para ayudar a los grupos profesionales cuando se plantean cuestiones sobre la práctica o conductas correctas.

El código ético es el ideal filosófico del bien y del mal que define los principios que se usarán para proporcionar cuidados a los pacientes. Es importante que también se incorporen los propios valores y ética en la práctica.

A medida que se incorporan estos valores, usted explora qué tipo de enfermera será y cómo servirá dentro de la disciplina

Debemos preguntarnos: ¿cómo se comparan la ética, los valores y la práctica individual con los estándares establecidos?

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código Internacional de ética para enfermeras en 1953. Después se ha revisado y reafirmado en diversas ocasiones, la más reciente es este examen y revisión completados en 2012. La necesidad de la enfermería es universal.

El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería, es una guía para la acción basada en los valores y necesidades sociales. El Código ha servido de norma para las enfermeras de todo el mundo desde su adopción en 1953.

El código es regularmente revisado, respondiendo a las realidades de la enfermería y de la atención de salud en una sociedad cambiante.

El Código establece claramente que el respeto de los derechos humanos, con inclusión del derecho a la vida, el derecho a la dignidad y el derecho a ser tratado con respeto, es inherente a la enfermería. El Código de ética del CIE orienta a las enfermeras en sus opciones de cada día y sostiene su negación a participar en actividades contrarias a la prestación de cuidados y a la curación.

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) en representación de los más de 20 millones de enfermeras en todo el mundo. Fundado en 1899, el CIE es la primera organización internacional y de mayor alcance para los profesionales de la salud. Dirigido por enfermeras y liderando a las enfermeras en el ámbito internacional, el CIE trabaja para garantizar cuidados de enfermería de calidad para todos, así como políticas de salud sólidas a nivel global, el

avance de los conocimientos de enfermería y la presencia en todo el mundo de una profesión de enfermería respetada y una fuerza laboral de enfermería competente y satisfecha.

## **CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL CIE PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA**

*El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código internacional de ética para enfermeras en 1953.*

*Después se ha revisado y reafirmado en diversas ocasiones, la más reciente es este examen y revisión completados en 2005.*

Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal.

Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. En los cuidados de enfermería hay respeto y no hay restricciones en cuanto a consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.

Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados.

### **EL CÓDIGO DEL CIE**

El *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería* tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética.

### **ELEMENTOS DEL CÓDIGO**

#### **1. LA ENFERMERA Y LAS PERSONAS**

La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad. La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados. La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla. La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables. La enfermera compartirá también la responsabilidad de mantener el medioambiente natural y protegerlo contra el empobrecimiento, la contaminación, la degradación y la destrucción.

#### **2. LA ENFERMERA Y LA PRÁCTICA**

La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua. La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados. La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad. La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal

que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público. Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.

### **3. LA ENFERMERA Y LA PROFESIÓN**

A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería. La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación. La enfermera, a través de la organización profesional, participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas y seguras en la enfermería.

### **4. LA ENFERMERA Y SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO**

La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores. La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona ponga en peligro su salud.

### **SUGERENCIAS PARA EL USO DEL CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL CIE PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA**

El *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería* es una guía para actuar sobre la base de los valores y necesidades sociales. Sólo tendrá significado como documento vivo si se aplica a las realidades de la enfermería y de la atención de salud en una sociedad cambiante. Para lograr su finalidad, el *Código* ha de ser comprendido, asimilado

y utilizado por las enfermeras en todos los aspectos de su trabajo. Debe permanecer al alcance de los estudiantes y las enfermeras a lo largo de sus estudios y de su vida de trabajo.

### **APLICACIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL CIE PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA**

El *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería* tiene cuatro elementos que constituyen el marco de las normas de conducta:

la enfermera y las personas, la enfermera y la práctica, la enfermera y la profesión y la enfermera y sus compañeros de trabajo. El cuadro siguiente tiene por objeto ayudar a las enfermeras a poner en práctica dichas normas. Las enfermeras y estudiantes de enfermería pueden:

- Estudiar las normas de cada elemento del *Código*.
- Reflexionar sobre lo que cada norma significa para cada uno. Pensar cómo puede aplicarse la ética en el ámbito de la enfermería propio: en la práctica, en la formación, en la investigación o en la gestión.
- Dialogar sobre el *Código* con los compañeros de trabajo y otras personas.
- Utilizar un ejemplo concreto de la experiencia para identificar los dilemas éticos y las normas de conducta estipuladas en el *Código*. Identificar la manera en que pueden resolverse esos dilemas.
- Trabajar en grupos para que la toma de decisiones éticas sea clara, y llegar a consenso sobre las normas de conducta ética.
- Colaborar con la asociación nacional de enfermeras del país, compañeros de trabajo y otras personas para aplicar de manera continua las normas éticas en la práctica, la formación, la gestión y la investigación de enfermería.

## **DIFUSIÓN DEL *CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL CIE PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA***

Para que sea eficaz, el *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*, debe ser conocido por las enfermeras. Alentamos a ustedes a contribuir a su difusión en las escuelas de enfermería, entre las enfermeras en ejercicio y en la prensa y otros medios de comunicación social de la enfermería. El *Código* debe también distribuirse a las demás profesiones de salud, al público en general, grupos de consumidores y grupos de elaboración de políticas, y a las organizaciones de derechos humanos y a los empleadores de las enfermeras.

### **Valores**

La enfermería es un trabajo de intimidad. La práctica de enfermería requiere que la enfermera esté en contacto con los pacientes física, emocional, psicológica y espiritualmente. En otras muchas relaciones íntimas se elige entrar en la relación precisamente porque anticipa que sus valores serán compartidos con los de la otra persona.

Pero la enfermera acepta proporcionar cuidados a sus pacientes solamente sobre la base de las necesidades de los pacientes de sus servicios.



Como se ha analizado previamente, los principios éticos de la beneficencia y de la fidelidad forman la práctica de la atención sanitaria y la distinguen de otras relaciones humanas comunes.

Un valor es una creencia personal sobre la valía de una idea, actitud, costumbre u objeto dados que establece los estándares que influyen en la conducta. Inevitablemente la enfermera trabajará con pacientes y colegas cuyos valores difieran de los suyos.

Para negociar las diferencias de opinión y valores, es importante que la enfermera tenga claros sus propios valores: lo que valora, por qué y cómo respetar sus propios valores, incluso cuando trata de respetar los de los otros cuyos valores difieren de los suyos. Los valores que un individuo posee reflejan las influencias culturales y sociales y esos valores varían entre las personas y se desarrollan y cambian con el tiempo. Por ejemplo, en algunas culturas las decisiones sobre los cuidados sanitarios salen de los debates basados en el grupo o la familia más que en decisiones independientes de una sola persona.

Tal práctica es un reto para el compromiso de respetar la autonomía del paciente. El esfuerzo de resolver las diferentes opiniones y mantener la competencia cultural llega a ser la marca distintiva del compromiso para la práctica ética

#### Formación de valores

El desarrollo de valores comienza en la niñez, formado por las experiencias dentro de la unidad familiar. Las diferencias en la educación de los hijos tienen como consecuencia diferencias en los valores y las conductas a medida que los niños crecen.

El deseo fundamental de amar y educar a los hijos toma diferentes expresiones dentro de cada una de la amplia variedad de culturas en nuestro mundo.

Las escuelas, los gobiernos, las tradiciones religiosas y otras instituciones sociales desempeñan un papel en la formación de valores, reforzando o algunas veces confrontando los valores familiares.

Con el tiempo un individuo adquiere valores escogiendo algunos que la com unidad posee fuertemente y quizás rechazando o transformando otros.

Finalmente, las experiencias individuales (es decir, los cambios y giros impredecibles que ocurren en la vida) influyen en la formación de valores. Una persona que sufre una gran pérdida pronto en la vida puede crecer para valorar las cosas de diferente manera de otra cuya vida ha estado libre de sufrimiento.

#### Clarificación de los valores

Los dilemas éticos casi siempre ocurren en presencia de valores en conflicto. Para resolver los dilemas éticos una persona necesita distinguir entre valores, hechos y opiniones.

Algunas veces las personas tienen valores tan fuertes que los consideran como hechos, no sólo opinión. Algunas veces las personas son tan apasionadas sobre sus valores que provocan actitudes críticas durante el conflicto.

Clarificar los valores (los propios, los de los pacientes, los de los colegas) es una parte importante y efectiva del discurso ético. En el proceso de la clarificación de los valores, la enfermera aprende a tolerar las diferencias de una manera que a menudo (aunque no siempre) se convierte en la clave de la resolución de los dilemas éticos.

En el ejercicio los valores en conflicto están en términos neutros de manera que se pueda apreciar cómo discrepancias en los valores no necesitan ser indicadas como «correcto» o «erróneo». Por ejemplo, para algunas personas es importante quedarse callado y ser estoico ante la presencia de un gran dolor y para otras es importante hablar sobre ello para comprenderlo controlarlo.

Identificar los valores como algo separado de los hechos puede ayudar a la enfermera a encontrar tolerancia para otros, incluso cuando las diferencias entre ellos y la enfermera parezcan mundos aparte.

#### Punto de vista enfermero

Todos los pacientes en el sistema de atención sanitaria interactúan con una enfermera en algún momento y ellos interactúan de maneras que son únicas para la enfermería.

Las enfermeras generalmente están en contacto con los pacientes durante períodos de tiempo más largos que otras disciplinas. Debido a que las enfermeras están implicadas en los actos físicos íntimos como el baño, la alimentación y procedimientos especiales, los pacientes y sus familias pueden sentirse más seguros o más cómodos al revelar información no siempre compartida con los médicos, otros proveedores de la atención sanitaria, o con otros.

Es probable que los detalles sobre la vida familiar, la información sobre estilos de afrontamiento, las preferencias personales y los detalles sobre los temores y las inseguridades salgan durante el curso de las intervenciones enfermeras.

La habilidad de la enfermera para reconocer estos aspectos de la situación del paciente, y expresar las preocupaciones profesionales en consecuencia, proporciona un valor de pensamiento crítico al análisis.

Por otro lado, es importante recordar que los cuidados de cualquier paciente implican a muchas disciplinas. Gestores y administradores de muchos estamentos profesionales diferentes contribuyen al discurso ético con su conocimiento de los sistemas, la distribución de recursos, las posibilidades económicas o los límites

#### Cómo proceder ante un dilema ético

Los dilemas éticos causan sufrimiento y controversia tanto para los pacientes como para los cuidadores. Para minimizar el sufrimiento, hay que

aprender a procesar las cuestiones éticas cuidadosa y deliberadamente. El proceso debería promocionar la expresión libre de sentimientos y opiniones. Sin embargo, no se resuelve un dilema ético teniendo en cuenta sólo lo que las personas quieren y sienten (Zoloth, 2010).

Resolver un dilema ético es similar al proceso de enfermería en su enfoque metódico de una cuestión clínica. Pero difiere del proceso de enfermería en que requiere negociación de las diferencias de opinión

## Marco Legal

### Implicaciones legales en la práctica enfermera

La práctica enfermera segura requiere comprender el marco legal de la atención sanitaria. Comprender las implicaciones legales de la práctica enfermera exige habilidades de pensamiento crítico para proteger los derechos del paciente y que la enfermera acepte la responsabilidad civil.

La sociedad espera una prestación sanitaria segura, especialmente de las enfermeras, que son consideradas normalmente como la profesión de más confianza.

A medida que surgen innovaciones en la práctica de los cuidados al paciente y nuevas tecnologías de atención sanitaria, los principios de negligencia y de responsabilidad de mala praxis están siendo aplicados a nuevas situaciones desafiantes. Las enfermeras no deberían temer la ley sino que, en cambio, deberían ejercer la enfermería armadas con las habilidades de juicio que son los resultados del pensamiento crítico informado.

### Límites legales de la Enfermería

La enfermera profesional necesita comprender los límites legales que influyen en su práctica. Esto, junto con un buen juicio y toma de decisiones sensatas, asegura que los pacientes reciban atención enfermera segura y acertada.

### Leyes de Enfermería

La profesión de enfermería se encuentra legislada y regida por tres leyes, dependiendo del lugar donde se desarrolle la actividad.

Estas leyes son:

LEY 24004: Es la ley Nacional. Fue sancionada el 26 de septiembre de 1991, en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, firmada por el Sr. presidente Menem, Avelino Porto, promulgada el 23 de octubre de 1991 por decreto N° 2230/91 y reglamentada por decreto 2497/93.

LEY 12245: Es la ley de la Provincia de Buenos Aires. Fue sancionada el 9 de diciembre de 1998, en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, firmada por el Sr. Presidente del Senado, Rafael E.

Roma, el Secretario legislativo del Senado, Sr. Francisco Ferro; el Presidente de la Honorable Cámara de diputados, Sr. Juan Carlos Lopez , el Secretario Legislativo de la Honorable Cámara de Diputados y promulgada el 14 de enero de 1999 por decreto N° 18.

LEY 298: Es la ley de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fue sancionada el 25 de noviembre de 1999, por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, firmada por el Sr. Jefe de Gobierno Anibal Ibarra y Orlando Grillo y promulgada de hecho el 5 de enero de 2000 y reglamentada por decreto N° 1060/04

Estas leyes se encuentran divididas en capítulos y estos a su vez en artículos. Las leyes 24004 y 12245 se analizaran en forma conjunta debido a la similitud de sus artículos. La ley 298 se analizara por separado dadas algunas pequeñas diferencias no tan notorias en los contenidos sino en la numeración de los artículos.

Marco Legal en la República Argentina

Ley Nacional de Enfermería Ley N° 24.004/91

Reglamentación: Decreto N° 2.497/93

Ley de Enfermería del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires Ley 298/ 99

Reglamentación: [Decreto N° 1.060/004](#)

Ley de Enfermería de la provincia de Buenos Aires. Ley 12.245/ 99

Reglamentación: Decreto 2225/01

## Ley 24.004/91

“LEY 24004

PODER LEGISLATIVO NACIONAL (P.L.N.)

Enfermería - Normas para su ejercicio - Aprobación -

Derogación de los arts. 58 a 61 de la ley 17.132.

Sanción: 26/09/1991; Promulgación: 23/10/1991; Boletín Oficial 28/10/1991

### CAPITULO I -- Concepto y alcances

ARTÍCULO 1º. - En la Capital Federal y en el ámbito sometido a la jurisdicción nacional el ejercicio de la enfermería, libre o en relación de dependencia, queda sujeto a las disposiciones de la presente ley y de la reglamentación que en su consecuencia se dicte.

ARTÍCULO 2º. - El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes.

Asimismo será considerado ejercicio de la enfermería la docencia, investigación y asesoramiento sobre temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería.

ARTÍCULO 3º. - Reconócese dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

a) Profesional: Consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia;

b) Auxiliar: Consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión.

Por vía reglamentaria se determinará la competencia específica de cada uno de los dos niveles, sin perjuicio de la que se comparta con otros profesionales del ámbito de la salud. A esos efectos la autoridad de aplicación

tendrá en cuenta que corresponde al nivel profesional el ejercicio de funciones jerárquicas y de dirección, asesoramiento, docencia e investigación. Asimismo corresponde al nivel profesional presidir o integrar tribunales que entiendan en concursos para la cobertura de cargos del personal de enfermería.

ARTÍCULO 4º. - Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida en la presente ley participar en las actividades o realizar las acciones propias de la enfermería. Los que actúen fuera de cada uno de los niveles a que se refiere el art. 3º de la presente ley serán pasibles de las sanciones impuestas por esta ley, sin perjuicio de las que correspondieren por aplicación de las disposiciones del Código Penal.

Asimismo las instituciones y los responsables de la dirección, administración, o conducción de las mismas, que contrataren para realizar las tareas propias de la enfermería a personas que no reúnan los requisitos exigidos por la presente ley, o que directa o indirectamente las obligaren a realizar tareas fuera de los límites de cada uno de los niveles antes mencionados, serán pasibles de las sanciones previstas en la ley 17.132, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pudiere imputarse a las mencionadas instituciones y responsables.”

## Bibliografía

- ❖ Reyes Gómez, E. *“Fundamentos de Enfermería: ciencia, metodología y tecnología”*. Editorial El Manual Moderno, México, 2009.
- ❖ Potter-Perry *“Fundamentos de Enfermería.”* 8º Ed. Editorial Elsevier, España, 2015
- ❖ Alligood-Tomey. *“Modelos y Teorías en Enfermería”*. Ed. Elsevier, España, 2011

- ❖ Martínez Martín, M.L. Chamorro Rebollo, E “*Historia de la Enfermería Evolución histórica del cuidado enfermero*”. 2º Ed. Editorial Elsevier, España, 2011
- ❖ Ley 24.004 Ley Nacional de Enfermería