SECRETARÍA DE

EDUCACIÓN PÚBLICA

Técnico en ENFERMERÍA GENERAL

Versión: FEBRERO 2010

GUÍA DE AUTOAPRENDIZAJE

CURSO PROPEDÉUTICO 2ª Parte

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE ENFERMERÍA.
COMPETENCIA III: *Identifica los elementos del Proceso Enfermero. Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE) con base en la metodología del proceso enfermero*

Índice

Competencia III 3

Desarrollo de la VII lección 4

Desarrollo de la VIII lección 14

Desarrollo de la IX lección 27

Competencia III: IDENTIFICA LOS ELEMENTOS DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE) CON BASE EN LA METODOLOGÍA DEL PROCESO ENFERMERO.	
RESULTADO DE APRENDIZAJE	Analizará las teorías del cuidado como base para la identificación de los diferentes modelos de atención de enfermería y elaboración de un plan de cuidados.
INTRODUCCIÓN	

La profesión de enfermería es una ciencia humana basada en la experiencia de la relación entre el proceso salud-enfermedad, y la posible curación por medio de los cuidados de enfermería.
En el ejercicio de nuestra profesión se presenta una variedad de problemas que dependen exclusivamente de la competencia de enfermería. Para resolverlos es indispensable que la enfermera ejerza su facultad de juicio. La capacidad de emitir juicios profesionales establece el grado de competencia profesional.
La emisión de un juicio clínico constituye un método creativo para la resolución de problemas de salud en el paciente. Es por esto que se crean instrumentos que sirven a la enfermera(o) para orientar su práctica y aplicar adecuadamente, el arte y la ciencia de los cuidados de enfermería.

Existen tres lenguajes estandarizados reconocidos en la profesión de enfermería, son los libros NANDA, NIC y NOC. Estos lenguajes representan una herramienta de incalculable valor para ayudar a los estudiantes y profesionales a desarrollar planes de cuidados de enfermería.

Esta competencia contiene tres lecciones. La primera es una introducción al pensamiento crítico y a las características de los principales pensadores en enfermería, quienes dan las bases para emitir juicios de enfermería en el cuidado al paciente.
La segunda lección recopila los principales modelos y teorías de enfermería a lo largo de la historia.
La tercera, y la más importante está dedicada a la identificación de la estructura de los libros NANDA, NOC y NIC, así como a la interrelación entre estos tres instrumentos.
Las interrelaciones tienen como indicador principal los diagnósticos NANDA. Los resultados NOC sugeridos, se relacionan con cada uno de los diagnósticos y a su vez las intervenciones NIC con cada uno de los resultados NOC.

Es por todos reconocido que *dos cabezas piensan más que una,* coincidiendo con ello, esta unidad de competencia está orientada a analizar e identificar las diversas bases que fundamentan los juicios críticos de enfermería, lo cual te permitirá acercarte a una visión integral del quehacer profesional, esperando que te ayuden a construir las bases de una práctica independiente, autónoma, libre de riesgos y con un alto sentido humanístico.

LECCIÓN VII: EL PENSAMIENTO CRÍTICO EN ENFERMERÍA.	
TOTAL HORAS	5 HORAS
ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE	**1**.Elaborar cuadro sinóptico de las características de los pensadores críticos en enfermería. **Producto**: cuadro sinóptico de las característi as de los pensadores críticos en enfermería **2**.Realizar lectura de los *paradigmas del pensamiento enfermero* y elaborar un cuadro comparativo **Producto**: cuadro comparativo de los paradigmas del pensamiento enfermero

Desarrollo

- **ASPECTOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO EN ENFERMERÍA**

Como es sabido, todos pensamos y todos comemos pero casi nadie se pregunta cómo es que lo hacemos. Es verdad que para cualquier ser humano, el pensar es tan natural como comer; en este sentido, es correcto decir que nadie necesita ser enseñado sobre cómo pensar o comer, además es cierto que las personas son capaces de tener buenos pensamientos, así como también tener malos pensamientos y aún se pueden comportar como si no pensaran en absoluto; sin embargo en nuestros días la gente necesita saber cómo pensar con el objeto de hacer el mejor uso de la información que se tiene disponible, en lugar de memorizarla y olvidarla después.

Uno de los grandes problemas para la implantación de una metodología científica en el trabajo enfermero diario es la falta de entrenamiento de la mayoría de las enfermeras en el pensamiento crítico; el pensamiento analítico es el pensamiento que permite focalizar la valoración del estado actual de un cliente y emitir un diagnóstico de la situación con el cual sustentar el resto de las acciones de enfermería.

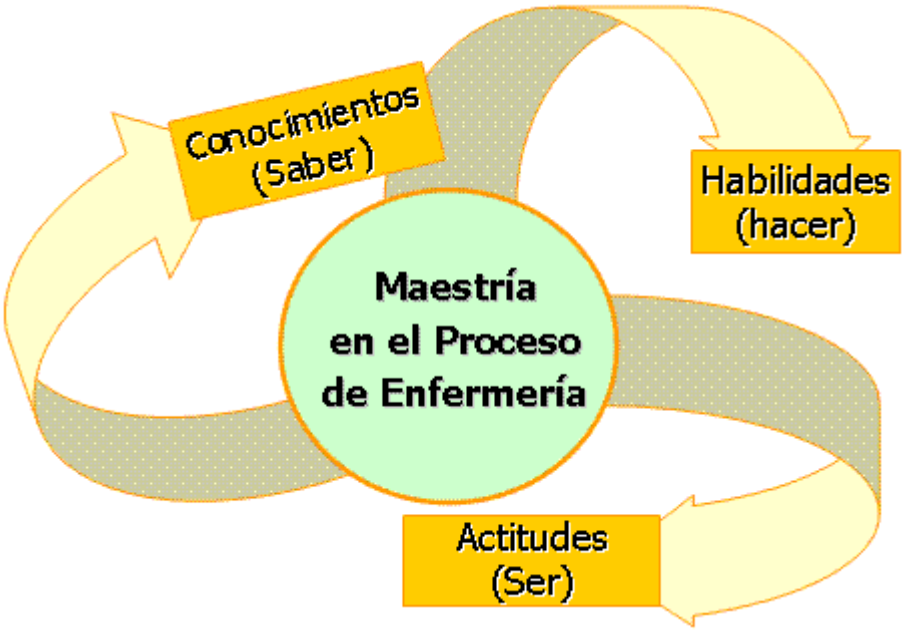
Las habilidades del pensamiento crítico se presentan no sólo como instrumento para el juicio clínico, o como ayuda para el proceso de enfermería, sino como componentes esenciales de los diversos aspectos de la enfermería, incluyendo la enseñanza, el aprendizaje y el razonamiento moral y ético.

EL PENSAMIENTO CRÍTICO

El pensamiento crítico es un pensamiento cuidadoso, deliberado, centrado en un objetivo orientado a la obtención de un resultado.

¿Qué es el pensamiento crítico en Enfermería?

- Supone un pensamiento deliberado, dirigido al logro de un objetivo.
- Se orienta al paciente, a la familia y a las necesidades de la comunidad.
- Constantemente se está reevaluando, autocorrigiendo y esforzando para mejorar.
- Requiere de conocimientos, habilidades y experiencias.
- Requiere de estrategias para desarrollar el máximo potencial humano (usando recursos individuales) y compensar al máximo los problemas creados por la naturaleza humana.
- Se guía por los estándares profesionales y los códigos éticos.



El pensamiento crítico se conjuga en:

1. Conocimiento y pensamiento crítico (qué hacer y por qué hacerlo)
2. Habilidades técnicas e interpersonales (cómo hacerlo)
3. Actitudes (deseo y capacidad para hacerlo)

Pensamiento crítico en la enseñanza de Enfermería.

El sentido crítico es una premisa básica de la libertad de los sujetos, en tanto que es esa capacidad de discernimiento y juicio propio la que otorga una autonomía en la toma de decisiones.

Ahora bien, el sentido crítico del individuo fundamenta la formación educativa que ha recibido previamente y orienta su correcta asimilación; es el que le otorgará los elementos de juicio indispensables para extraer conclusiones por sí mismo, determinando sus ulteriores posicionamientos ante cualquier mensaje recibido, sea éste personal, profesional, informativo, académico, artístico o de cualquier otra índole.

Según Kurland, D.J., en sentido amplio, pensar críticamente está relacionado con la razón, la honestidad intelectual y la amplitud mental, en contraposición a lo emocional, y a la pereza intelectual. En consecuencia, pensar críticamente involucra seguir el hilo de las evidencias hasta donde ellas nos lleven, tener en cuenta todas las posibilidades, confiar en la razón más que en la emoción, ser precisos, considerar toda la gama de posibles puntos de vista y explicaciones, sopesar los efectos de las posibles motivaciones y prejuicios, estar más interesados en encontrar la verdad que en tener la razón, no rechazar ningún punto de vista así sea impopular, estar concientes de nuestros prejuicios para impedir que influyan en nuestros juicios.

El pensamiento crítico es esa forma de pensar sobre cualquier tema, contenido o problema con la cual el que piensa mejora la calidad de su pensamiento al adueñarse de las estructuras inherentes al acto de pensar y someterlas a estándares intelectuales.

Entendemos el pensamiento crítico como un juicio autorregulado y con propósito que conduce a la interpretación, el análisis, la evaluación y la inferencia; así como a la explicación de la evidencia, del concepto, de la metodología, del criterio o del contexto en el cual se basa ese juicio.

El pensador crítico ideal es habitualmente inquisitivo, bien informado, de raciocinio confiable, de mente abierta, flexible, evalúa con justicia, honesto en reconocer sus prejuicios, prudente para emitir juicios, dispuesto a reconsiderar, claro con respecto a los problemas, ordenado en materias complejas, diligente en la búsqueda de información relevante, razonable en la selección de criterios,
enfocado en investigar y persistente en la búsqueda de resultados que sean tan precisos como lo permitan el tema, la materia y las circunstancias de la investigación.

Un pensador crítico y ejercitado es aquél que:

- ✓ Formula problemas y preguntas fundamentales, con claridad y precisión.
- ✓ Reúne y evalúa información relevante utilizando ideas abstractas para interpretarla efectivamente.
- ✓ Llega a conclusiones y soluciones bien razonadas, y las somete a prueba confrontándolas con criterios y estándares relevantes.
- ✓ Piensa, con mente abierta dentro de sistemas alternos de pensamiento; reconociendo y evaluando, según sea necesario, los supuestos, implicaciones y consecuencias prácticas de éstos.
- ✓ Se comunica efectivamente con otros para idear soluciones a problemas complejos.

Debemos desarrollar habilidades de razonamiento, de pensamiento lógico dirigido al logro de un objetivo; algo que debería adquirirse antes de intentar trabajar desde una perspectiva profesional. Las habilidades del pensamiento crítico se presentan no sólo como instrumento para el juicio clínico, o como ayuda para el proceso de enfermería, sino como componentes esenciales de los diversos aspectos de la enfermería, incluyendo la enseñanza, el aprendizaje y el razonamiento moral y ético.

Así pues la enfermería moderna nos exige tener un pensamiento crítico en todo lo relacionado con la práctica profesional para:

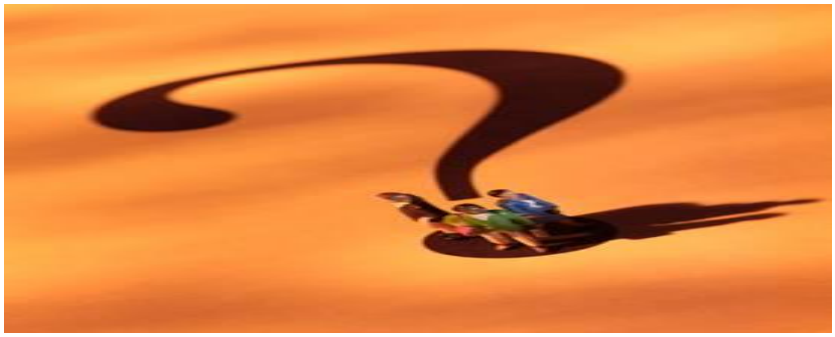
1. Obtener respuestas relevantes a las preguntas formuladas durante nuestro ejercicio profesional.
2. Tomar decisiones bien informadas, basadas en el uso juicioso de los resultados de investigaciones.
3. Desempeñar un ejercicio profesional basado en la evidencia.

• CARACTERÍSTICAS DE UN ENFERMERO CRÍTICO

- Conscientes de sus recursos y capacidades. Confían en su capacidad de razonar para obtener respuesta y toma de decisiones acertadas.
- Sensibles a sus propias limitaciones y predisposiciones. Conocen sus puntos débiles, sus valores e ideas, y reconocen cuándo puede afectar negativamente su capacidad para valorar una situación o resolver un problema.
- De mente abierta. Escuchan las nuevas ideas y puntos de vista, y consideran la situación desde diversas perspectivas.
- Humildes. Han superado la tendencia a pensar que deberían de tener todas las respuestas.
- Creativos. Constantemente están buscando nuevas maneras de hacer las cosas. Siguen los procedimientos recomendados; no obstante se preguntan continuamente si esa es la mejor forma de conseguir metas y objetivos.
- Proactivos. Aceptan la responsabilidad social y legal de sus acciones. Estudian la situación, anticipan los problemas y buscan formas de solucionarlos antes de que se presenten.
- Flexibles. Reconocen la importancia de cambiar las prioridades e intervenciones cuando los enfoques planificados no parecen obtener buenos resultados**.**
- Conscientes de que los errores son escalones para acceder a nuevas ideas. Convierten los errores en oportunidades de aprendizaje, reflexionando sobre lo que está mal e identificando formas de evitar el mismo error en un futuro**.**
- Perseverantes. Saben que a veces las respuestas no son sencillas y que deben de mantener largas batallas para hallar lo mejor.
- Conocedores del hecho de que no vivimos en un mundo perfecto. Son conscientes de que a veces la mejor respuesta no es la respuesta perfecta.
- Introspectivos. Evalúan y corrigen su propio pensamiento.

Los pensadores críticos también:

- Mantienen una actitud inquisitiva. Formulan preguntas como ¿qué está pasando? ¿Qué significa? y ¿qué más podría significar y de qué forma podría interpretarse?
- Piden una aclaración cuando no entienden algo. Por ejemplo, dicen: «no tengo claro este punto, ¿podría decirme algo más sobre ello?» o formulan preguntas como « ¿qué quiere decir cuando dice mejor?, ¿mejor en qué sentido?».
- Aplican el conocimiento previo a las nuevas situaciones. Ven similitudes y diferencias entre una experiencia y otra, entre un concepto y otro.
- Ven situaciones desde varias perspectivas. Valoran todos los puntos de vista y procuran que sus juicios se basen en hechos, no en sentimientos, puntos de vista o intereses personales.
- Sopesan los riesgos y los beneficios (las ventajas y las desventajas) antes de tomar una decisión. Evitan las decisiones arriesgadas y buscan maneras de reducir las reacciones adversas antes de poner un plan en marcha.
- Piden ayuda cuando precisan.
- Ponen lo primero en lugar preferente. Se preguntan: ¿Qué es lo más importante en esta situación?



• EPISTEMOLOGÍA EN ENFERMERÍA

Conocimiento en Enfermería:

La enfermería se practica como profesión desde hace más de un siglo, y experimenta una rápida evolución en las últimas cuatro décadas, logrando ser reconocida como una disciplina académica con un cuerpo doctrinal propio. Marriner (1999) señala que "a mediados del siglo XIX, Nightingale expresó su convicción de que el conocimiento de la Enfermería era intrínsecamente distinto al de las ciencias médicas", esto es notable en la actuación de enfermería, porque no ve al paciente como una enfermedad o como un órgano, sino como un ser que necesita que se le proporcionen las mejores condiciones y se le atienda de manera holística.

El conocimiento de enfermería no se reduce a actividades esenciales o prácticas sin valor, más bien con la influencia de muchas disciplinas, sus actividades están centradas en el individuo, ya que, posee un gran cuerpo de conocimientos sobre el cual se fundamenta su ciencia, obtenidos a través de la investigación, la cual "valida el conocimiento existente y genera un nuevo conocimiento" Burns Nancy y Groveh Susan (2001). Para ello se debe centrar la atención en la enfermería investigadora, la cual es esencial para el desarrollo del "conocimiento científico que permite proporcionar cuidados de salud basados en la evidencia" Burns Nancy y Groveh Susan (2001), este mismo autor afirma que el desarrollo de una práctica basada en la evidencia requiere el estudio de conductas con metodologías variadas para describir, experimentar, predecir y controlar fenómenos esenciales para enfermería.

Históricamente la enfermería adquiere conocimiento a través de "la tradición, autoridad, préstamo, ensayo y error, experiencia personal, intuición, razonamiento y la investigación" Burns Nancy y Groveh Susan (2001), pero, existe una necesidad creciente de conocimiento de enfermería para ser validado, refinado y expandido a través de la investigación. La investigación de enfermería es una forma de testificar la realidad que requiere destreza en el pensamiento concreto y el pensamiento abstracto. Abstracto porque influye en todos los elementos de la enfermería a nivel mundial, la mejor abstracción se da a través de los procesos de introspección; que es la observación interior de los propios actos o estados de ánimo o de conciencia e intuición; definido como la facultad de comprender las cosas instantáneamente, sin necesidad de razonamiento o de la percepción íntima e instantánea de una idea o una verdad que aparece como evidente a quien la tiene, y razonamiento; es el uso de la razón a una serie de conceptos encaminados a demostrar algo. Estos tres son muy importantes para el desarrollo del Conocimiento en Enfermería. Ese proceso de ideas o pensamientos son usados en la práctica enfermera desarrollando y evaluando teorías, que se mencionarán mas adelante, criticando y usando conclusiones científicas, planificando e implementando investigación y construyendo un cuerpo de conocimientos.

• PARADIGMAS DEL PENSAMIENTO ENFERMERO

La disciplina de la enfermería ha ido evolucionado con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones que han configurado su desarrollo conjunto a otras ciencias. De ahí la importancia de que el personal de enfermería comprenda los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van surgiendo, tanto profesionales como de la comunidad a la que brinda sus cuidados.

A partir de la década de los 60, el inicio de la investigación en enfermería constató la falta de sistemas teóricos sólidos que pudieran ofrecer conexiones conceptuales válidas para el ejercicio profesional. Con estas observaciones en el área de la ciencia de enfermería se comienza a usar el concepto de paradigma como referente para el desarrollo de la ciencia y base para múltiples ciencias. Al utilizar este concepto debe hacerse referencia a Thomas Khum, quien lo utiliza como eje central de su visión de la ciencia a partir de su concepción de "ciencia normal" y de la naturaleza de las evoluciones científicas. Es evidente que la filosofía de la ciencia, dictada por Khun ha servido de gran ayuda para comprender la evolución de la teoría de la enfermería mediante los modelos paradigmáticos de la ciencia.

En los años 80, el desarrollo en las teorías de enfermería fue el característico de los períodos de transición, es decir se va del modelo de preparadigma al de paradigma.

Los paradigmas dominantes (modelos) proyectan diversas perpectivas sobre la práctica de enfermería, la administración de ciencias, la investigación y los posteriores desarrollos técnicos; es decir, dirigen las actividades de una disciplina y como tal son aceptadas por la mayoría de sus miembros. A lo largo de la historia se observan características de los distintos paradigmas que se han ido manifestando, los cuales en período de transición se superponen sin que una forma de pensamiento supere totalmente a la anterior. Esto es aplicable a cualquiera de los campos en que se puede orientar el trabajo de enfermería.

Paradigmas.

La clasificación de los modelos de enfermería como paradigmas, que aplican conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones consideradas por estos paradigmas. En este sentido se presentan 3 paradigmas: **categorización, integración y transformación**, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería.

Paradigmas de la categorización:

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor causal eran la base de todos sus elementos; los fenómenos son manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada

en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y la segunda centrada en la enfermedad y unida estrechamente a la práctica médica.

Paradigma de la Integración:

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) así como la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de V.Henderson, H. Peplau y D. Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma. Según esta orientación, en los conceptos del metaparadigma de enfermería se observa que:

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que estan interrrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Paradigma de la transformación:

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo. Los modelos y teorías propuestas por R.R. Porse, M.Newman, M. Rogers y Walson corresponden a este paradigma. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera:

- La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.

- El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción de ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

Lección VII

Producto: Cuadro sinóptico de las características de los pensadores críticos en enfermería

Instr. de evaluación, lista de cotejo que revisa lo siguiente:

- Describe las diferentes características de los pensadores críticos en enfermería
- Utiliza conectores en forma correcta
- Presenta orden y limpieza
- Cuida ortografía y redacción
- Entrega en tiempo y forma

Producto: Cuadro comparativo de los paradigmas del pensamiento enfermero

Instr. de evaluación,lista de cotejo que revisa lo siguiente:

- Describe cinco características de los paradigmas del pensamiento enfermero
- Presenta orden y limpieza
- Cuida ortografía y redacción
- Entrega en tiempo y forma

LECCIÓN VIII	MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA
TOTAL HORAS	5 HORAS
ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE	**1**. Tomando como base la lectura *Modelos más utilizados en los cuidados de enfermería* elabora una matriz de clasificación de los diferentes modelos enfermeros. **Producto:** matriz que identifica los diferentes modelos teóricos de enfermería. **2**. Elabora un cuadro comparativo de las diferentes teóricas que incluya los siguientes elementos: base fundamental, conceptos, relación con las etapas del proceso enfermero. **Producto:** cuadro comparativo de las diferentes teóricas de enfermería.

Desarrollo

- **POSTULADOS BÁSICOS DE LA TEORÍA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

La enfermería a lo largo del tiempo se ha desarrollado como ciencia y como profesión, pero todo cambio, y aún más toda consolidación debe ir respaldada por una teoría (que le da sentido y metodología), y por una práctica (que la hace útil y funcional). La enfermería modifica su modo de atender las necesidades de nuestra sociedad cambiante a medida que se produce la evolución de las exigencias, la enfermería se redefine continuamente, adaptándose a ello. Este hecho, hace imprescindible el unificar los criterios del enfoque profesional, sistematizar la práctica. La utilidad de la "teoría" consiste en proporcionar conocimientos para mejorar la práctica mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

El desarrollo de enfermería como disciplina profesional es muy reciente ya que elabora su propio cuerpo de conocimientos a partir de las investigaciones de Florence Nightingale que establece los fundamentos de nuestra actividad enfermera realizando los primeros trabajos que marcan los orígenes como profesión y forman el núcleo a partir del cual se desarrolla la Ciencia Enfermera.

En comparación con otras ciencias el interés científico de la enfermería es por lo tanto muy reciente y se centra en la elaboración de un cuerpo de conocimientos con entidad propia cuyo objetivo principal es intervenir sobre la respuesta humana en el proceso salud/enfermedad y desarrollo vital.

En la actualidad, una de las líneas fundamentales para el avance de la disciplina consiste en explicar su práctica específica (actividades independientes) atendiendo al objetivo principal y con el fin de delimitar también su espacio en relación a otras disciplinas con las que mantiene una estrecha relación.

Las enfermeras comenzaron a investigar sobre las actividades que desarrollaban y concluyeron que éstas se clasificaban en dos grupos diferenciados tomando como base su *autonomía*, su *responsabilidad* y sus *conocimientos*. Dichos grupos podemos denominarlos:

- *Actividades interdependientes*: centradas en colaborar con el médico en resolver problemas patológicos, tratar y/o controlar la enfermedad y prevenir o detectar complicaciones:

- Autonomía: parcial, delegada. Orientada hacia la enfermedad-tratamiento.
- *Responsabilidad: total*
- Conocimientos: de ciencias afines (farmacología, medicina, psicología...)

- *Actividades independientes*: relacionadas con las respuestas humanas ante una determinada situación de salud /enfermedad o de desarrollo que afectan al bienestar de la persona:

- Autonomía: total. Orientada hacia la salud y el bienestar.
- Responsabilidad: total.
- Conocimientos: de la ciencia enfermera, para el desarrollo de las actividades específicas de la profesión.

- **El cuidado sólo se puede practicar de manera interpersonal:**

El ser humano es un individuo en esencia social y gregaria, es decir debe permanecer inserto dentro de un medio donde exista otro cómo él y además tiende a reunirse con ellos. Es dentro de tal contexto en que el cuidado surge como una respuesta frente a las necesidades de las personas. Para que exista un cuidado debe haber dos elementos primarios; un cuidador y un cuidado, los cuales comparten necesidades, experiencias, emociones y deseos. Es decir el cuidado es en sí un estado relacional entre dos individuos. Es una relación de entrega fundamental frente a otro ser humano y por lo cual necesita de otro para ser desarrollado, esto es una consideración importante ya que para realizar un cuidado adecuado se deben desarrollar las artes de la comunicación y además desarrollar un sentido altamente intuitivo orientado a comprender la dimensión humana del ser que al que se cuida.

- **El cuidado comprende y se orienta a la satisfacción de necesidades:**

Los seres humanos tienen un objetivo durante toda su existencia y este es la satisfacción de sus diversas necesidades, tanto fisiológicas, como de seguridad, de amor, de aceptación social y de autorrealización. Este objetivo mueve la vida de todas las personas y es la guía del cuidado, ya que un buen cuidado satisface tanto las necesidades sentidas del individuo como las potenciales y emergentes.

Es fundamental orientar siempre el cuidado a las necesidades de la persona a la cual se le administra y no a las necesidades del cuidador ya que éstas no son concordantes con el cliente.

- **El cuidado promueve la Salud y el Crecimiento de la persona y de su grupo familiar.**

El cuidado es un elemento desarrollador del ser humano y de su entorno, puesto que suple las necesidades y establece condiciones favorables de los seres humanos para su desarrollo. Es por esto que al cuidar uno evita situaciones de enfermedad o ayuda a la recuperación y rehabilitación de ésta. Al

permanecer un individuo sin padecimientos (tanto psíquicos, emocionales o corpóreos) se facilita el desarrollo propio y de su entorno.

- **El cuidado acepta a la persona como ES y como puede LLEGAR A SER.**

Las personas se mueven dentro de una historia de vida, de la cual se entiende que existe un pasado, un presente y un futuro. Es por esto que al momento de cuidar, se debe valorar (es la recolección de información, análisis y evaluación de ésta) este parámetro para entender el contexto de vida en la cual se desarrollan las necesidades de determinado individuo, ya que los seres humanos son distintos unos de otros en esencia y cada necesidad por similar que sea a la de otro individuo es exclusiva y única, con matices propios que requieren un cuidado específico.

Al cuidar a otro, el profesional se ve enfrentado a una serie de retos que le impone tal acto, el primero es enfrentarse a otro individuo, el segundo es aceptar la existencia de diferencias fundamentales entre los dos, el tercero es superar las propias barreras que surjan en la relación interpersonal y el cuarto es tener la voluntad de cuidar sin importar los prejuicios, opiniones y actitudes que surjan a la hora de establecer una relación.

Debido a lo anterior se debe promover la aceptación incondicional (aceptar incondicionalmente significa ver a la persona como otro distinto y respetarle dentro de tal contexto) del otro como un ser distinto, sin embargo no es necesario llevar tal aceptación a un plano relacional de tipo personal, sino que lo mínimo es tener este precepto incluido dentro de la relación terapéutica/de cuidado que surge, para así llevar a esta persona requeriente de cuidado a desarrollar sus capacidades humanas y así alcanzar un nuevo estado de bienestar.

• MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Diferentes autores, a efecto de su estudio, han tratado de clasificar los modelos existentes actualmente en Enfermería. A pesar de las dificultades que entraña, hay varias clasificaciones prácticas que han servido para aclarar y dar difusión de ellos entre las enfermeras del mundo. Un modelo en Enfermería es una representación simbólica y conceptual expresada en términos lógicos de una tendencia. Una tendencia en Enfermería se puede definir como la orientación que caracteriza a la forma de ordenar los diversos conceptos que se usan para formar un modelo de cuidados. Cualquiera que sea el modelo elegido debería aplicarse utilizando el proceso de Enfermería. Cuando la enfermera se familiariza con el método de solución de problemas, éste determina que sus, cuidados sean más eficaces y eficientes:

TIPOS DE MODELOS ENFERMEROS.

A. Modelos de sistemas

Usan la teoría general de sistemas como base para describir los elementos de una situación enfermera. El concepto de sistema constituye la noción central, entendiendo por tal el conjunto organizado de elementos o partes que actuan e interactúan coordinadamente para alcanzar determinados objetivos.

Existen dos tipos de sistemas:

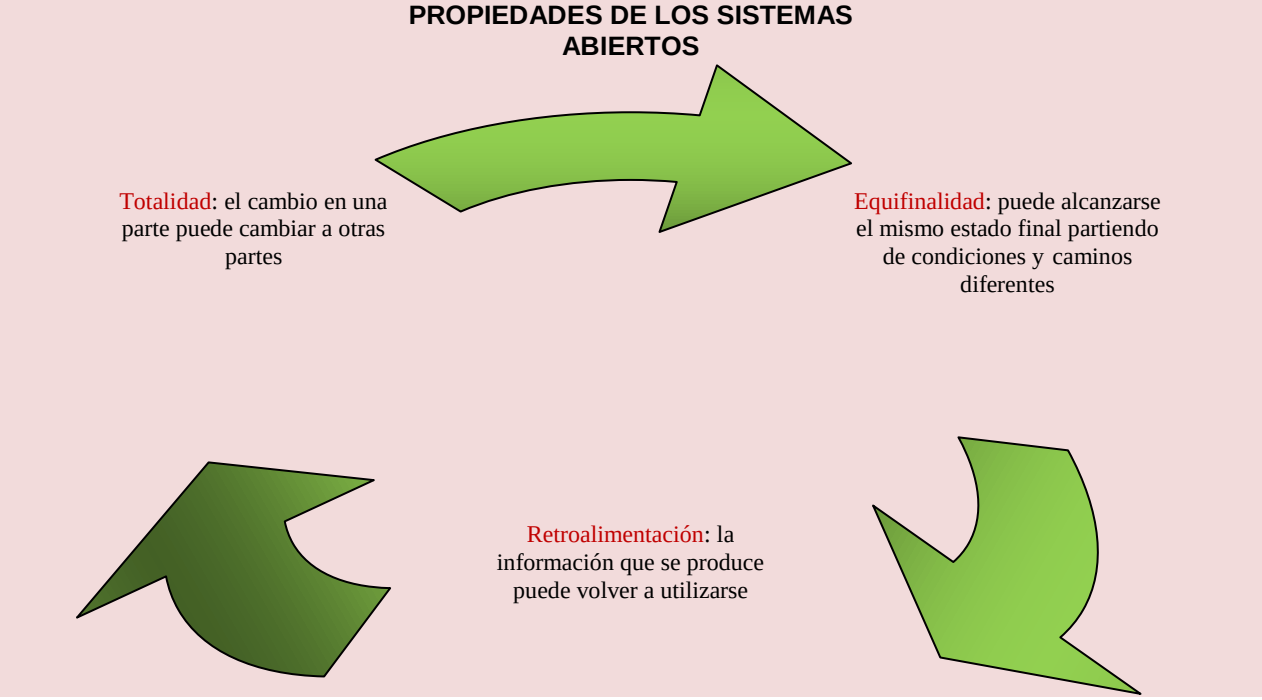
a. **Sistemas cerrados**. Se basan en sí mismos, se consideran aislados del medio circundante, no existe en ellos importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas.
b. **Sistemas abiertos**. Funcionan en base al intercambio con el exterior; todo organismo vivo es, ante todo, un sistema abierto.

Una diferencia fundamental entre ambos es que los sistemas cerrados deben alcanzar un estado de equilibrio químico y temodinámico independiente del tiempo. Por el contrario, los sistemas abiertos, pueden alcanzar en ciertas condiciones, un estado que se denomina uniforme, también independiente del tiempo. En este estado uniforme, la composición del sistema se mantiene constante, a pesar del continuo intercambio de componentes. Los sistemas se organizan internamente mediante una estructura de niveles jerárquicos llamados subsistemas. Las propiedades de los sistemas abiertos son las siguientes:

• *Totalidad*. Cada una de las partes está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total.

• *Equifinalidad*. Puede alcanzarse el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos.

• *Retroalimentación*. Parte de la salida de un sistema, vuelve a introducirse en el sistema como parte de la información acerca de dicha salida. La retroalimentación negativa se utiliza para disminuir la desviación de salida con respecto a una norma establecida y la positiva actúa como una medida para aumentar la desviación de salida.



Si aplicamos la teoría de sistemas a la persona, prodriamos decir que:

a. Cada persona es un compuesto dinámico que presenta interrelaciones variables, fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo.
b. Cada una de las personas está rodeada por un campo de percepciones en equilibrio dinámico.
c. El núcleo principal es la organización del campo y su impacto sobre la conducta funcional del individuo.

B. Modelos de autocuidado, actividades de la vida diaria, necesidades humanas.

Tienen su base común en las necesidades humanas para la vida y la salud, como núcleo de acción enfermera, basadas en la teoría de la motivación y personalidad de A. Maslow. Para entender la teoría de las necesidades tenemos que partir de algunas consideraciones generales:

1. El ser humano es un todo integrado y organizado, por lo tanto, todo individuo está motivado y no una parte de él solamente.
2. La persona ha de satisfacer una serie de necesidades que le proporcionan un nivel óptimo de bienestar.
3. Las necesidades son medios para llegar a alcanzar un fin, más que un fin en si mismas.
4. Las necesidades son comunes a todos los seres humanos, aunque culturas diferentes pueden generar formas totalmente distintas de satisfacer la necesidad en particular.
5. Las necesidades tendrán que evaluarse según el momento de desarrollo en el que se encuentra la persona.

6. El ser humano, por lo general, nunca está satisfecho, excepto de una forma relativa.
7. Las necesidades parecen ordenarse en una especie de jerarquia de predominio.

En el desarrollo de su teoría, Maslow define cinco categorías de necesidades que se ordenan por prioridades en cuanto a su satisfacción, y establece que primero se han de satisfacer las necesidades de orden más básico (al menos la mayoría de ellas) para pasar posteriormente a satisfacer las necesidades de orden superior.

Las categorías de Maslow son las siguientes:

- Necesidades fisiológicas.
- Necesidad de seguridad.
- Necesidad de amor y pertenencia.
- Necesidad de estima.
- Necesidad de autorrealización.

C. Modelos evolucionistas o de adaptación.

Se centran en teorías de desarrollo o cambio para explicar los elementos de una situación enfermera, incluye teorías de desarrollo físico, cognitivo, social, espiritual y moral a lo largo de toda la vida. La teoría de la adaptación tiene como base principal las relaciones que la persona establece con el entorno. El ser

humano tiene que hacer frente a los cambios que se producen entre él y su entorno, entre él y sus relaciones con los demás y en sí mismo. La supervivencia de la persona depende de los recursos que pueda utilizar para adaptarse a las fuerzas negativas a las que está sometido. La enfermedad y las alteraciones se deben a menudo a una mala adaptación, que puede tener su causa en alguno de los siguientes factores:

- Incapacidad de reconocer los cambios que se producen.
- Apego a creencias o valores relevantes que no tienen justificación.
- Búsqueda de un fin basadas en una percepción distorsionada de la realidad.
- Persistencia en el empleo de medios de adaptación que no son apropiados.
- Resistencia al cambio racional.
- Presencia de enfermedades o impedimento físico.
- Distorsión sensorial.
- Incapacidad de discriminar, debido a desórdenes mentales u orgánicos.

D. Modelos de interacción.

Se centran en la naturaleza de la interacción enfermera-usuario, en los cuidados enfermeros y se inspiran en gran medida en el interaccionismo simbólico. Blumer delimitó tres premisas esenciales del modelo de interacción:

- Los seres humanos trabajan para conseguir cosas, y se basan en el significado que las mismas tienen para ellos.
- El significado de tales cosas surge de la interacción social que cada uno tiene con las personas que le rodean.
- Estos significados están regidos y modificados por el proceso interpretativo empleado, al afrontar las cosas con que se encuentran.

Los modelos de interacción se basan en la teoría de la comunicación humana.
Toda adaptación requiere que la persona que haya recogido información sobre el medio, la haya seleccionado, procesado y almacenado. Este conocimiento se podría desglosar en:

1. Conocimiento de primer orden. Corresponde a la percepción de los objetos a través de los sentidos (percepción sensorial). Este tipo de conocimientos rara vez se da en el ser humano. Equivaldría a una percepción para la cual ni la experiencia pasada ni el contexto actual presentan una explicación. La imposibilidad de explicarlo produciría ansiedad.

2. Conocimiento de segundo orden. La persona selecciona la información que recibe y que tiene un significado para ella de acuerdo con su experiencia.
3. Conocimiento de tercer orden. La persona integra la suma total de los significados que ha deducido a través de sus contactos con los distintos objetos singulares de su medio, siguiendo las reglas de la lógica formal del pensamiento.

Podriamos resumir los principios que rigen la comunicación en:

- La imposibilidad de no comunicar. Una persona no puede dejar de comunicarse. Actividad e inactividad, palabras o silencio tienen siempre valor de mensaje; influyen sobre los demás quienes, a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones.
- Toda comunicación implica un compromiso, por lo tanto define la relación. La comunicación no sólo transmite información sino al mismo tiempo impone conductas.
- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y uno relacional, tales que el segundo clasifica al primero y es, por lo tanto, una metacomunicación.
- Los seres humanos se comunican tanto digital (mediante comunicación verbal o escrita) como analógicamente (comunicación no verbal).
- Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o la diferencia.

Teorías de Enfermería.

Teoria de Florence Nightingale: Tendencia Naturalista.

Componentes de su teoría:

a) Enfermedad: La define como el camino que utiliza la naturaleza para desembarazarse de los efectos o condiciones que han interferido en la salud. Y definía salud diciendo que la salud es, no solamente estar bien, sino ser capaz de usar bien toda la energía que poseemos. Y la enfermería es, por tanto, ayudar al paciente que sufre una enfermedad a vivir con mayor calidad de vida.

b) Enfermeria: La considera como una vocación religiosa (sólo para mujeres), sus puntos fuertes fueron la educación, la experiencia y la observación. La palabra enfermería debe significar el uso adecuado del aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la oportuna selección y administración de dietas, y todo ello con el menor gasto posible de la energía vital del paciente.

c) La diferencia entre la Enfermería y la Medicina. Se piensa a menudo que la Medicina es un proceso curativo. No es así; sólo la Naturaleza cura. La cirugía retira de un miembro una bala que es un obstáculo para la curación, pero es la Naturaleza quien cura la herida. Lo que hace la Enfermería es poner al paciente en las mejores condiciones posibles para que la Naturaleza actúe sobre él.

Teoria de Cuidados de Enfermería de Virginia Henderson.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto de enfermería. Más que un modelo, su obra se considera como una filosofía definitoria de la profesión de enfermería.

Componentes de su teoria**:**

a.- Enfermería: Considera que la función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (contribuyendo a evitarle padecimientos a la hora de su muerte); actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Igualmente, corresponde a la enfermera cumplir esta misión de forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.

b.- Salud: La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

c.- Paciente: Es un individuo que requiere asistencia para alcanzar la salud y la independencia o la muerte pacífica. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

d.- Necesidades: Virginia Henderson define necesidad fundamental como " todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar", siendo concebida esta necesidad como un requisito más que como una carencia. Todos los seres humanos tiene las mismas necesidades comunes de satisfacer, independiente de la situación en que se encuentre cada uno de ellos, puede variar el modo de satisfacerlas por cuestiones culturales, modos de vida, motivaciones… Considera catorce necesidades:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar residuos corporales.
4. Moverse y mantener una postura convenientemente.
5. Dormir y descansar.
6. Seleccionar ropas adecuadas, ponerse y quitarse la ropa.
7. Mantener la temperatura corporal, controlando la ropa y el ambiente.
8. Mantener limpieza e integridad en la piel.
9. Evitar los peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros.
10. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, etc.
11. Profesar su religión.
12. Trabajar en alguna actividad que produzca una sensación de rendir provecho.
13. Jugar o participar en diversas actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.

El modelo de cuidados de enfermería de Dorotea Orem

Dorotea Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl Se graduó en l930. Dentro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica. Esta autora califica su teoría como una teoría general sobre el déficit del autocuidado, y consta de tres partes.

Componentes de su teoría:

a.- Enfermeria: Para ella el objetivo de la Enfermería es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida asi como a ayudar al paciente a recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

b.- Autocuidado: Se refiere a las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar; y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud.

Los autocuidados son acciones conscientes que los individuos aprenden y que se realizan de acuerdo con los patrones socioculturales de la comunidad a la que se pertenece. Por ejemplo, la necesidad de alimentación se cubre de diversas maneras según las distintas culturas. Los autocuidados son indispensables para la vida y si faltan se producen enfermedad y muerte. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. 0rem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Modelo de cuidados de enfermería de Hildegarde Peplau.

Nació en 1909, en Pensilvania. Colaboró en el desarrollo del campo de la enfermería psiquiátrica dado su perfil profesional y formativo. Su fuente teórica la centró en la biología y en las ciencias conductuales, y evolucionó en la teoría de las relaciones interpersonales. Se apoya en los cuidados de la enfermería psicodinámica, para ello hay que comprender nuestra conducta para poder ayudar a los demás, y así aplicar los principios de las relaciones humanas.

Componentes de su teoría:

a.- Enfermeria: Lo define como un proceso interpersonal terapéutico con otros procesos humanos a fin de lograr y alcanzar la Salud del individuo y comunidad. Instrumento educativo para proponer y facilitar una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva.

b.- Cuidados: Es un modelo orientado fundamentalmente hacia la enfermería psiquiátrica. Los cuidados en Enfermería psicodinámica exigen ser capaz de comprender nuestra propia conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas y aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen a todos los niveles de experiencia.

c.- Salud: Palabra símbolo que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria.

d.- Entorno: Define entorno como las fuerzas existentes fuera del organismo y en el contexto de la cultura.

Modelo de cuidados de enfermería de sor Callista Roy.

Roy nació en los Ángeles en 1939, y se graduó en 1963. Desarrolló la teoría de la adaptación ya que en su experiencia en pediatría quedó impresionada por la capacidad de adaptación de los niños.

Componentes de su teoría:

a.- Aspectos generales: Considera al hombre un ser bio-psico-social en relación constante con el entorno que considera cambiante. El hombre es un complejo sistema biológico que trata de adaptarse a los cuatro aspectos de la vida:

- La fisiología
- La autoimagen
- La del dominio del rol
- La de interdependencia

b.- Salud: La considera como un proceso de adaptación en el mantenimiento de la integridad fisiológica, psicológica y social

c.- Enfermería: La define como un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo.

Callista Roy se basa en una concepción del ser humano como individuo Bio-psico-social en constante interacción con su entorno del que recibe constantes estímulos y a los que debe adaptarse para conservar la salud. El hombre, según C. Roy, debe adaptarse a cuatro áreas, que son:

1. Las necesidades fisiológicas básicas. Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
2. La autoimagen. El YO del hombre debe responder también a los cambios del entorno.
3. El dominio de un rol o papel. Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.
4. Interdependencia. La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

Callista Roy hace una diferenciación entre enfermería como ciencia y enfermería práctica, significando que la segunda se enfoca con el propósito de ofrecer a los individuos un servicio que fomente positivamente su salud.

En resumen podemos decir que el modelo de Roy se centra en la adaptación del hombre, y que los conceptos de persona, salud, enfermería y entorno están relacionados en un todo global.

Teoria de los patrones funcionales de Marjory Gordon:

Componentes de su teoría:

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero.

Define 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se trata de configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

Patrón 1: percepción de la salud: Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar. Incluye**;** Estilos de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgos, prescripciones médicas y de enfermedad.

Patrón 2: nutricional – metabólico: Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas. Incluye**;** Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimenticios), medidas antropométricas, aspectos psicológicos de la alimentación, patrón de alimentación del lactante, lesiones cutáneas, estado de la piel, membranas mucosas y dientes.

Patrón 3: eliminación: Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona**.** Incluye**;** patrón de eliminación intestinal, patrón de eliminación vesical, patrón de eliminación a través de la piel.

Patrón 4: actividad-ejercicio: Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento**.** Incluye**;** actividades de la vida diaria, cantidad y tipo de ejercicio y deporte, actividades recreativas, factores que interfieren en la realización de las actividades deseadas.

Patrón 5: sueño – descanso: Describe los patrones de sueño, reposo y relajación. Incluye**; c**antidad y calidad percibida de sueño y reposo, ayudas para el sueño y el descanso.

Patrón 6: cognitivo – perceptivo: Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona. Incluye**;** situación de los sentidos sensoriales, utilización de sistemas de compensación o prótesis.

Patrón 7: autopercepción – autoconcepto: Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo. Incluye**;** actitud de la persona hacia sí misma y hacia su valía, imagen corporal y patrón emocional, patrón de comunicación no verbal (postura y movimiento corporal, contactoocular), patrón de comunicación verbal: voz y patrón del habla.

Patrón 8: rol – relaciones: Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones. Incluye**:** percepción de las responsabilidades de su rol, satisfacción con la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

Patrón 9: sexualidad – reproducción: Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona. Incluye**;** satisfacción con la sexualidad, trastornos de la sexualidad, problemas en etapa reproductiva de la mujer, problemas en la menopausia.

Patrón 10: tolerancia al estrés: Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés. Incluye**; c**apacidad de

resistencia de la persona a los ataques de la integridad, manejo del estrés, sistemas de soporte y ayuda, capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

Patrón 11: valores-creencias: Describe el patrón de los valores y las creencias espirtuales y/o religiosas que influen en la adopción de decisiones. Incluye**;** cosas percibidas como importantes en la vida, la percepción de la calidad de vida, conflicto con los valores o creencias importantes, las expectativas relacionadas con la salud.

Lección VIII

Producto: Matriz que identifica los diferentes modelos teóricos de enfermería
Instr.de evaluación, lista de cotejo que revisa lo siguiente:

- Describe cinco características de los modelos teóricos en enfermería
- Presenta orden y limpieza
- Cuida la ortografía y redacción
- Entrega en tiempo y forma

Producto: Cuadro comparativo de las diferentes teóricas de enfermería
Instr.de evaluación, lista de cotejo que revisa lo siguiente:

- Describe las diferentes teorías en enfermería incluyendo base fundamental, conceptos y relación con las etapas del proceso
- Presenta orden y limpieza
- Cuida la ortografía y redacción
- Entrega en tiempo y forma

Lección IX	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (PLACE)
TOTAL HORAS	10 HORAS
ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE	**1**. Lee atentamente en tu guía el *Proceso enfermero* y elabora un mapa conceptual de las etapas del proceso enfermero. **Producto**: mapa conceptual de las etapas del proceso enfermero. **2**. Elaborar fichas de trabajo que expliquen los métodos de exploración: inspección, palpación, auscultación y percusión. **Producto**: fichas de trabajo en donde redactes en qué consisten los métodos de exploración: inspección, palpación, auscultación y percusión. **3**. Redacta un diagnóstico enfermero real y uno de riesgo tomando como base la metodología Nanda y apoyándote con tu libro de Diagnóstico Enfermero Nanda. **Producto**: redacción de un diagnóstico enfermero real y uno de riesgo. **4**. Realiza plan de cuidados utilizando los elementos de los libros Nanda, Noc y Nic. **Producto**: plan de cuidados de enfermería.

Desarrollo

- **ETAPAS: VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN**

El Proceso Enfermero es un conjunto de acciones intencionadas que realiza el profesional de **enfermería** apoyándose en modelos y teorías organizadas en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que requiere de cuidados de salud los reciba de la mejor forma posible por parte del profesional. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas, responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

El uso del proceso enfermero permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

Tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro, valoración, planificación, realización y evaluación; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el Proceso Enfermero configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

Los objetivos:

El objetivo principal del proceso enfermero es constituir una estructura personal que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. El proceso enfermero implica la existencia de una relación con interacciones entre el paciente y la enfermera, en donde el objetivo es el paciente.

Las ventajas:

La aplicación del Proceso Enfermero tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y la enfermera; define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de su de su cualificación laboral.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejorar la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

Las características:

a. Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
b. Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
c. Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

d. Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, la familia y los demás profesionales de la salud.
e. Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
f. Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

Fases del proceso enfermero.

- Valoración de las necesidades del paciente,
- Diagnóstico de las necesidades humanas que la enfermería puede asistir,
- Planificación del cuidado del paciente,
- Implementación del cuidado,
- Evaluación del éxito del cuidado implementado y retroalimentación para procesos futuros.

Fase de valoración.

El profesional debe llevar a cabo una valoración de enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tomar en cuenta la razón del encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado una teoría de Enfermería. Estos problemas son expresados tanto como reales o potenciales (de riesgo).

Fase de diagnóstico.

Los diagnósticos de enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería tener más rango científico y basado en evidencia. El propósito de esta fase es identificar los problemas de enfermería del cliente.

Fase de planificación.

En acuerdo con el cliente, el profesional de enfermería planifica el tratamiento de cada uno de los problemas identificados en la fase de valoración y desarrollados en la de diagnóstico. Para cada problema se establece una meta mensurable. Por ejemplo, para el cliente que se discutió más arriba, la meta sería para el paciente que su piel permanezca intacta. El resultado es un plan de cuidados de enfermería.

Fase de ejecución.

En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo. La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo el cuidado de enfermería.

Fase de evaluación.

El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de enfermería debe cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez. El proceso entero es registrado o documentado en un formato acordado al plan de cuidados de enfermería, para así permitir a todos los miembros del equipo de enfermería llevar a cabo el cuidado acordado y realizar adiciones o cambios donde sea pertinente.

Valoración:

Es la primera fase del Proceso Enfermero, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes, éstas incluyen: al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente.

La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Tipos de datos.

Los datos son aquella información concreta que se obtiene de una persona, familia o comunidad. Respecto a qué tipo de datos hay que recoger, depende del propio marco de referencia, habrá una serie de datos que proporcionan una imagen general para identificar problemas o necesidades de salud, familiar y/o comunitarias, y otros datos específicos que se tomarán en función de la situación. La enfermera recoge los siguientes tipos de datos:

- Subjetivos: lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica.
- Objetivos: son aquellos que se pueden observar o medir.

Objetivos	Subjetivos
Presión arterial 90/50	Siento que nadie me quiere
Claudicación al caminar	Siento dolor en el costado
Se come todo el desayuno	Tengo malestar estomacal

En ocasiones los datos objetivos y subjetivos son coincidentes, pero en otras son contradictorios, en estos casos tendremos que buscar información complementaría.

- De antecedentes o históricos: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- Actuales. Son aquellos hechos que ocurren en el presente (presión arterial, dolor postoperatorio, etc.).

Fuentes de datos.

La procedencia de la información puede ser de dos tipos:

1. Primarias: El paciente nos aportará datos subjetivos y subjetivos.
2. Secundarias: Son aquellos datos aportados por personas ajenas al paciente, éstos son la familia, amigos, compañeros de trabajo, etc. Otros datos proceden de la historia clínica anterior y otros de registros y conclusiones realizados por otros miembros del equipo, etc.

Métodos para la obtención de información/datos

Los métodos de obtención de información suponen, en enfermería, una forma sistematizada y lógica de recoger los datos necesarios para establecer el diagnóstico y el plan de actuación. Los métodos básicos son: la entrevista, la observación y el examen físico.

A) Entrevista Clínica:

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre.

- Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones

culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la obtención sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

- Cierre: Es la fase final de la entrevista. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

Las técnicas de la entrevista permiten obtener el máximo de información, son de dos tipos, verbales y no verbales, cuando se utilizan las dos a la vez la entrevista es mucho más eficaz.

1. Las técnicas verbales son:
   - El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
   - La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
   - Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

2. Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
   - ✓ Expresiones faciales
   - ✓ La forma de estar y la posición corporal
   - ✓ Los gestos
   - ✓ El contacto físico
   - ✓ La forma de hablar

B) La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente. Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente como de otras fuentes significativas, así como de la interrelación de estas 3 variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

•Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

•Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

•Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos, mates: aparecen sobre el hígado y el bazo; hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire; y timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

•Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando sólo la oreja sobre la zona a explorar.

Validación de datos.

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es debemos aseguramos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones. Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc. Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

Organización de los datos.

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Documentación y registro de la valoración.

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal.
- Permite la investigación en enfermería.
- Permite la formación pregrado y postgrado

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

a) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
b) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
c) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, “normal”, “regular", etc.
d) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
e) La anotación debe ser clara y concisa.
f) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
g) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

• PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PLACE.

Segun Grifith-kenney y Chrisensen “Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.”

El Plan de cuidados estandarizado de acuerdo a Mayers “Es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”

Los PLACE’s en el Sistema Nacional de Salud responden a las necesidades de unificar criterios en la atención de enfermería teniendo como objetivo un lenguaje común entre los profesionales del país. Contribuyen a:

1. Garantizar la seguridad de los pacientes
2. Aplicar una práctica sistematizada de los cuidados
3. Replicar y favorecer el camino a la excelencia en los cuidados de enfermería.
4. Implementar los nuevos modelos de atención
5. Favorecer el desarrollo de la enfermería

El proceso de estandarización, constituye la base para homologar los cuidados de enfermería, sin que esto suponga, alguna limitación a la individualización de la atención a cada persona.

Metodología para la elaboración de PLACE`s

Se basa en la vinculación de las etapas del proceso enfermero y a través de la integración de los Diagnósticos de Enfermería (NANDA) con la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

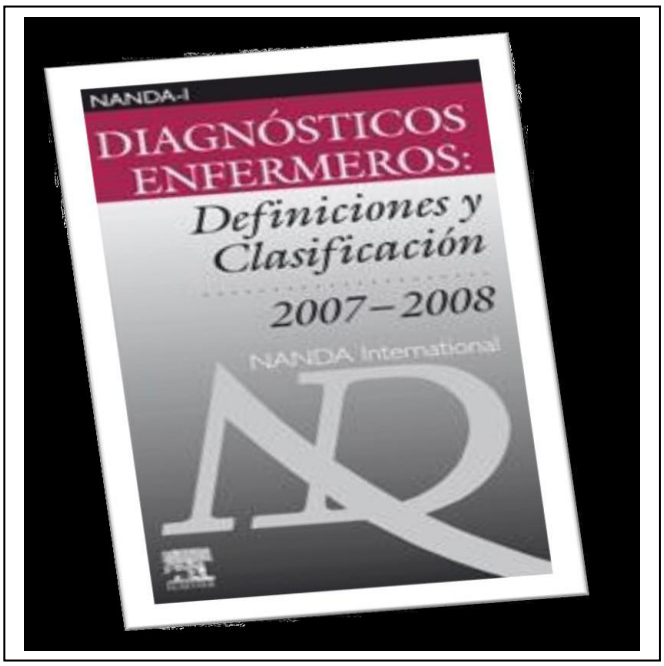
Los diagnósticos enfermeros:

El término de diagnóstico de enfermería fue introducido por V. Fry en 1953 para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados: la identificación y formulación de problemas. Durante los 20 años siguientes, las referencias al diagnóstico de Enfermería aparecían sólo de forma esporádica en la literatura.

En 1973 un grupo de enfermeras se reunió para formar el "Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería" en un esfuerzo por identificar categorías de problemas que deberían considerarse como diagnósticos de enfermería. Este grupo compuesto por docentes, teóricas, administradoras y enfermeras en ejercicio, se convirtió posteriormente en la "Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería" (N.A.N.D.A.) en 1982, y continúa desarrollando el sistema de clasificación de diagnósticos.

Diagnósticos enfermero: Definiciones y Clasificaciones NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)

NANDA (antes llamada *North American Nursing Diagnosis ssociation*) es una sociedad científica de enfermería cuyo objetiv es estandarizar el diagnóstico de enfermería. Fue fundada en 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura, los criterios y la taxonomía de los diagnósticos de enfermería. En 2002, NANDA se convierte en NANDA International. Otras asociaciones internacionales son AENTDE en español, AFEDI (Asociacón Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería) y ACENDIO (Europa)



Objetivo de NANDA

Proporcionar las bases para la selección de intervenciones de enfermería destinadas a logarar resultados esperados de los que la enfermera es responsable.

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay; éstos pueden ser de cuatro tipos: **reales**, **de riesgo**, **de promoción a la salud y/o de salud** (designados hasta 1992 como potenciales) y por último, **de bienestar o posibles**.

El sistema de diagnósticos de Enfermería de NANDA-Internacional nos brinda cinco categorías.

1. Diagnóstico real: una afirmación sobre un problema de salud que el cliente tiene y el beneficio de un cuidado de Enfermería. Ejemplo: Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionada con disminución de la energía y manifestada por una tos inefectiva.
2. Diagnóstico de riesgo: una afirmación sobre problemas de salud que el cliente todavía no tiene, pero que está en un riesgo más que normal de desarrollarlo en un futuro cercano. Ejemplo: Riesgo de lesión relacionado con movilidad alterada y desorientación.
3. Diagnóstico posible: una afirmación acerca de un problema de salud que el cliente podría tener ahora, pero que el profesional de enfermería no puede establecer como real por no tener información suficiente. Ejemplo: Posible déficit de volumen relacionado con vómito frecuente durante tres días y manifestado por una disminución de la frecuencia cardíaca.
4. Diagnóstico de síndrome: usado cuando un grupo de diagnósticos de Enfermería son observados juntos. Ejemplo: Sindrome por trauma de violación relacionado con ansiedad acerca de problemas de salud potenciales y manifestado por ira, malestar genitourinario y patrones de sueño alterados.
5. Diagnóstico de bienestar: describe un aspecto del cliente que está a un bajo nivel de bienestar. Ejemplo: Potencial conducta infantil organizada, relacionada con prematuridad y manifestada por la respuesta a estímulos visuales y auditivos.

E) Los problemas interdependientes:

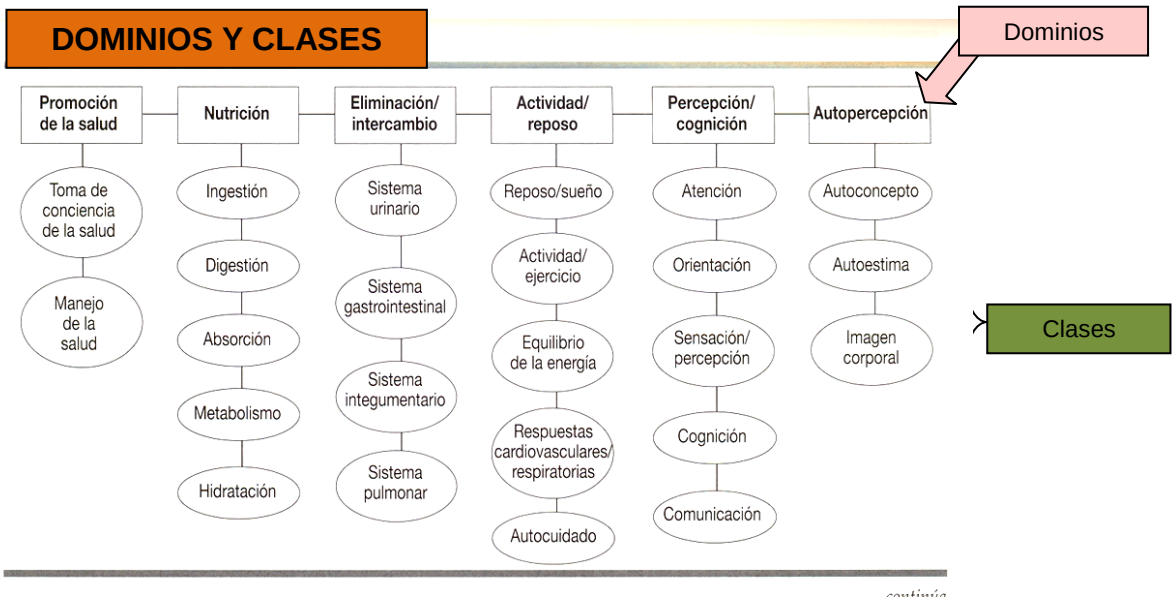
Bien, ya conocemos el concepto de diagnóstico enfermero pasemos a conocer ahora la definición de problema interdisciplinario o también llamado interdependiente, «son ciertas complicaciones fisiológicas que las enfermeras/os controlan para detectar apariciones o cambios en el estado de salud. Para este tipo de problemas se realizan actuaciones prescritas por el médico y por la enfermera, con la finalidad de minimizar las complicaciones fisiológicas.» (Carpenito 1993). Ejemplo: hemorragia, insuficiencia renal aguda (IRA), etc. Los problemas interdependientes se organizan entorno a los sistemas corporales, pudiendo ser un problema de salud real (actual) o potencial (de riesgo), que se centra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo (a un traumatismo, enfermedad, estudios diagnósticos o tratamiento) y que los profesionales de enfermería son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico.

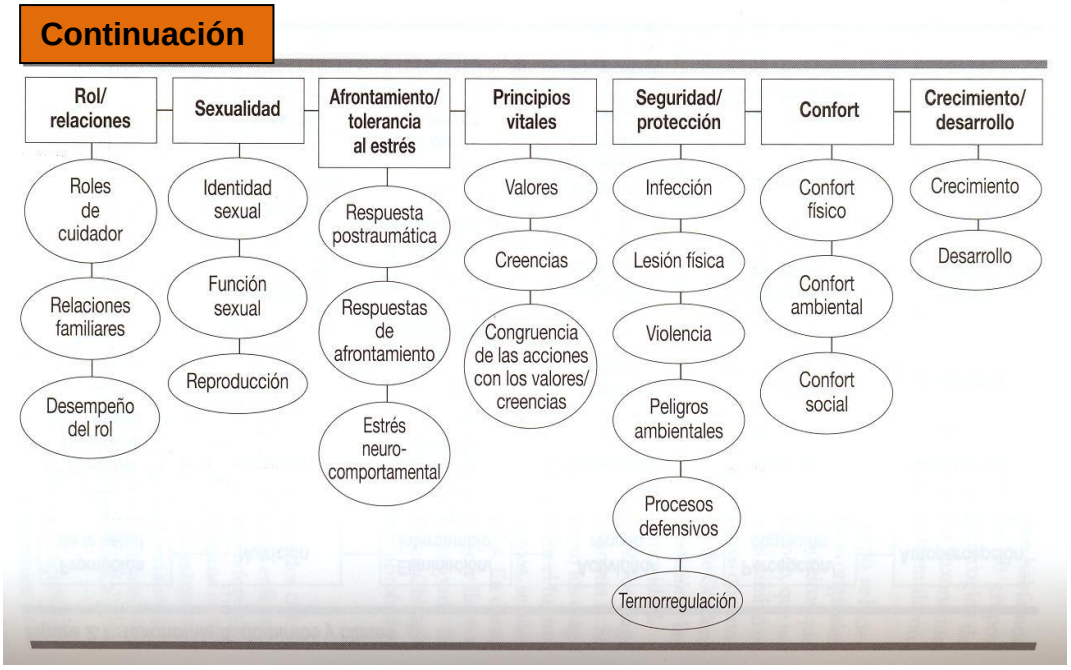
La dimensión interdependiente de la enfermería contiene las misiones de:

- Remarcar la relación de colaboración de la enfermera con otros profesionales.
- Compartir la responsabilidad del cuidado del enfermo con otro profesional (generalmente el médico).
- Ser necesaria e insustituible la terminología biomédica para la formulación del problema.

Para su mejor manejo el libro de Diagnósticos Enfermero NANDA esta estructurado en tres niveles de la siguiente forma:

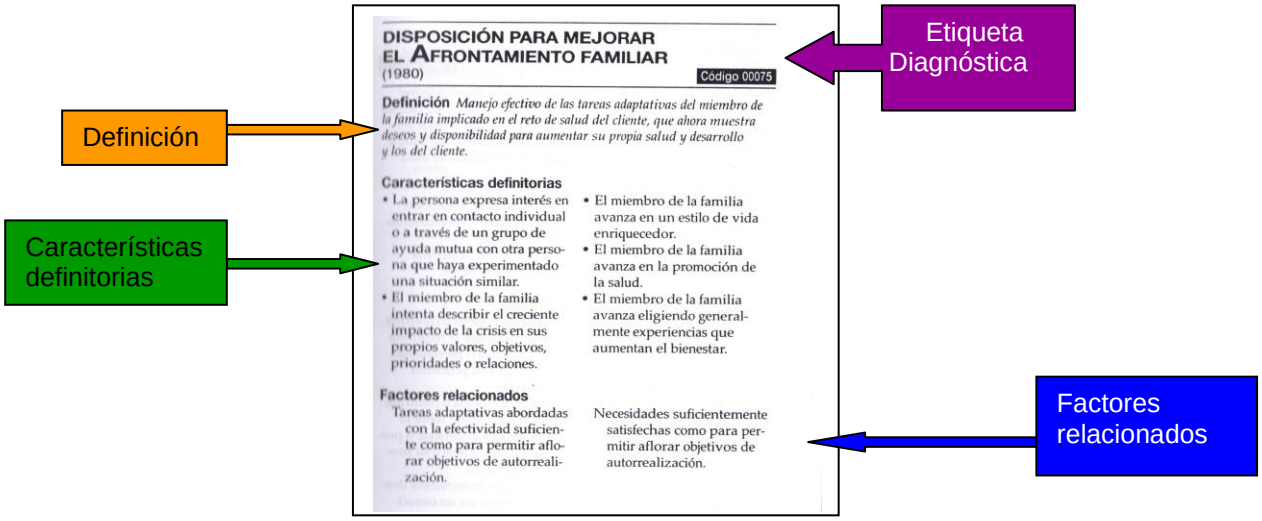
Nivel 1	13 Dominios
Nivel 2	47 Clases
Nivel 3	1889 Diagnósticos


DOMINIOS Y CLASES
Dominios
Clases
Promoción de la salud
Toma de conciencia de la salud
Manejo de la salud
Nutrición
Ingestión
Digestión
Absorción
Metabolismo
Hidratación
Eliminación/ intercambio
Sistema urinario
Sistema gastrointestinal
Sistema integumentario
Sistema pulmonar
Actividad/ reposo
Reposo/sueño
Actividad/ ejercicio
Equilibrio de la energía
Respuestas cardiovasculares/ respiratorias
Autocuidado
Percepción/ cognición
Atención
Orientación
Sensación/ percepción
Cognición
Comunicación
Autopercepción
Autoconcepto
Autoestima
Imagen corporal

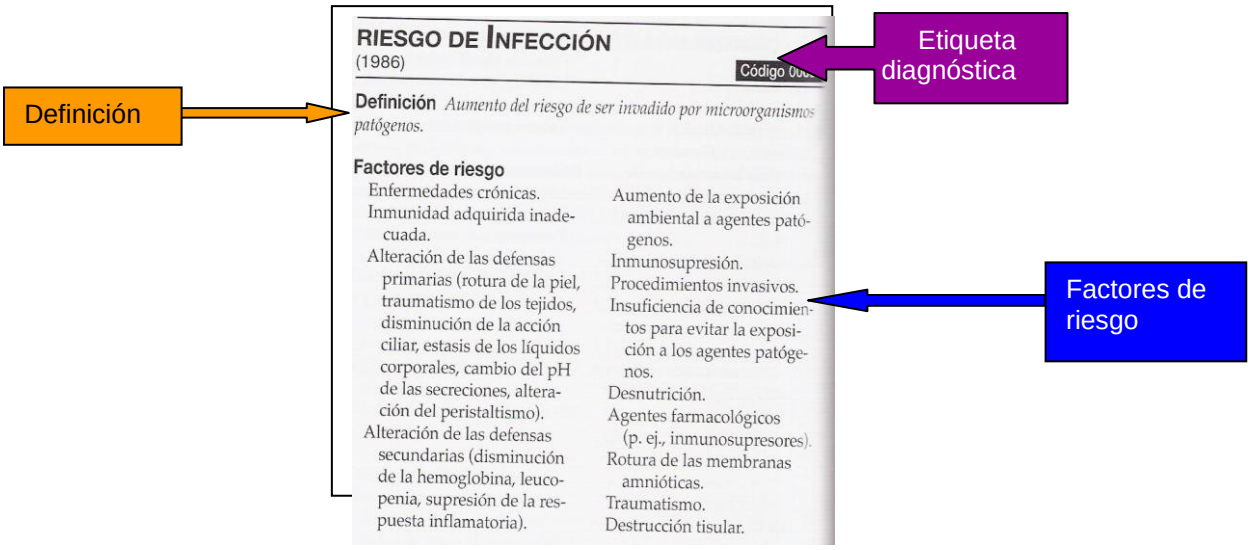

Continuación
Rol/ relaciones
Roles de cuidador
Relaciones familiares
Desempeño del rol
Sexualidad
Identidad sexual
Función sexual
Reproducción
Afrontamiento/ tolerancia al estrés
Respuesta postraumática
Respuestas de afrontamiento
Estrés neuro-comportamental
Principios vitales
Valores
Creencias
Congruencia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

Diagnósticos Reales:

Los diagnósticos reales están estructurados de la siguiente forma: Etiqueta diagnóstica, definición, características definitorias y factores relacionados.



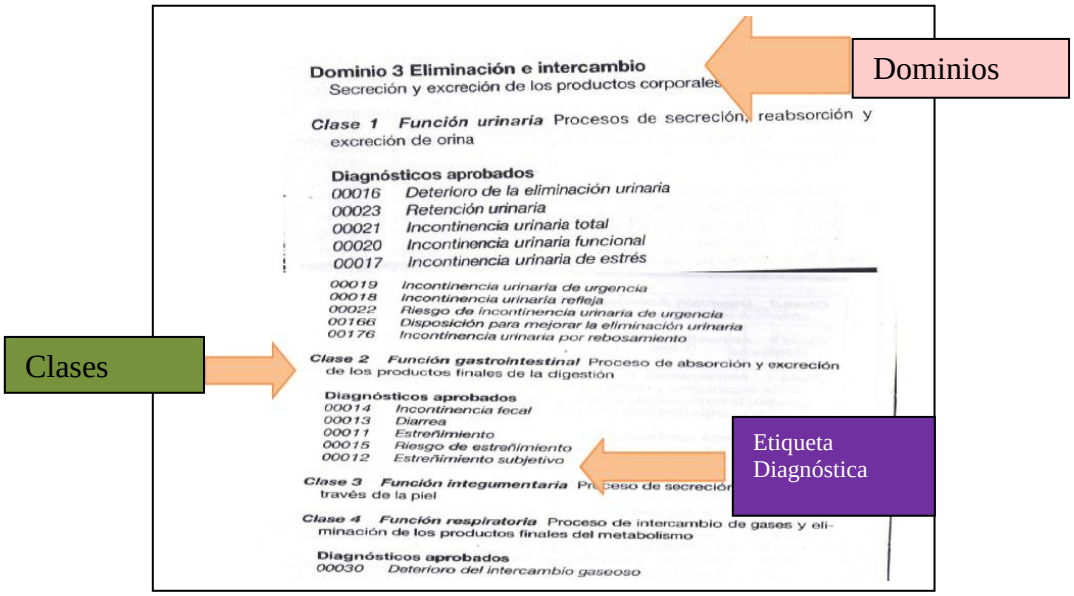
Los diagnósticos de riesgo están estructurados de la siguiente forma: Etiqueta diagnóstica, definición y factores de riesgo:



¿Cómo se selecciona una etiqueta diagnóstica para la elaboración de diagnósticos?

1. Determine cuál dominio se encuentra alterado por el problema de salud.
2. Determine la clase en la cual se ubica la problemática.
3. Determine la etiqueta diagnóstica en relación a la respuesta humana presentada.

Ejemplo en NANDA:



¿Cómo se estructura un diagnóstico?

Metodología: Se conocen dos metodologías para la redacción de diagnósticos de enfermería:

1. Formato PESS que se refiere a enunciar primero el problema detectado en el paciente, seguido por la etiología (causa del problema) y finalmente los signos y síntomas que se generan por la presencia de la etiología .
2. Formato NANDA que sigue el siguiente orden: Etiqueta más factores relacionados o de riesgo y finalmente las características definitorias.

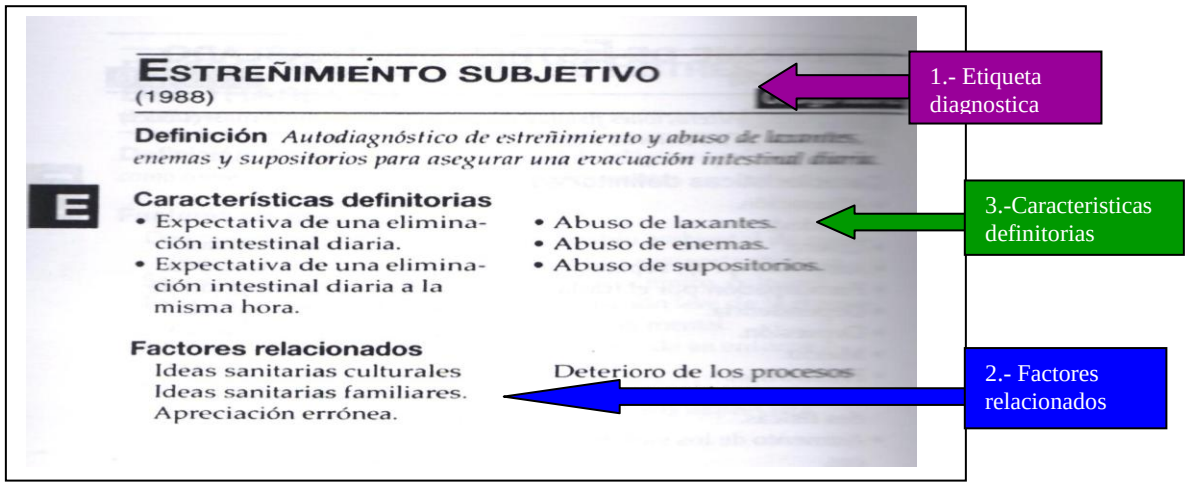
FORMATO PESS	FORMATO NANDA
P = Problema	Etiqueta diagnóstica
E = Etiología	Factores relacionados o factor de riesgo
SS = Signos y síntomas	Características definitorias

A la hora de escribir un diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No significa necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- No indique el diagnóstico de enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
- No escriba un diagnóstico de enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

Ejemplo de diagnóstico real:

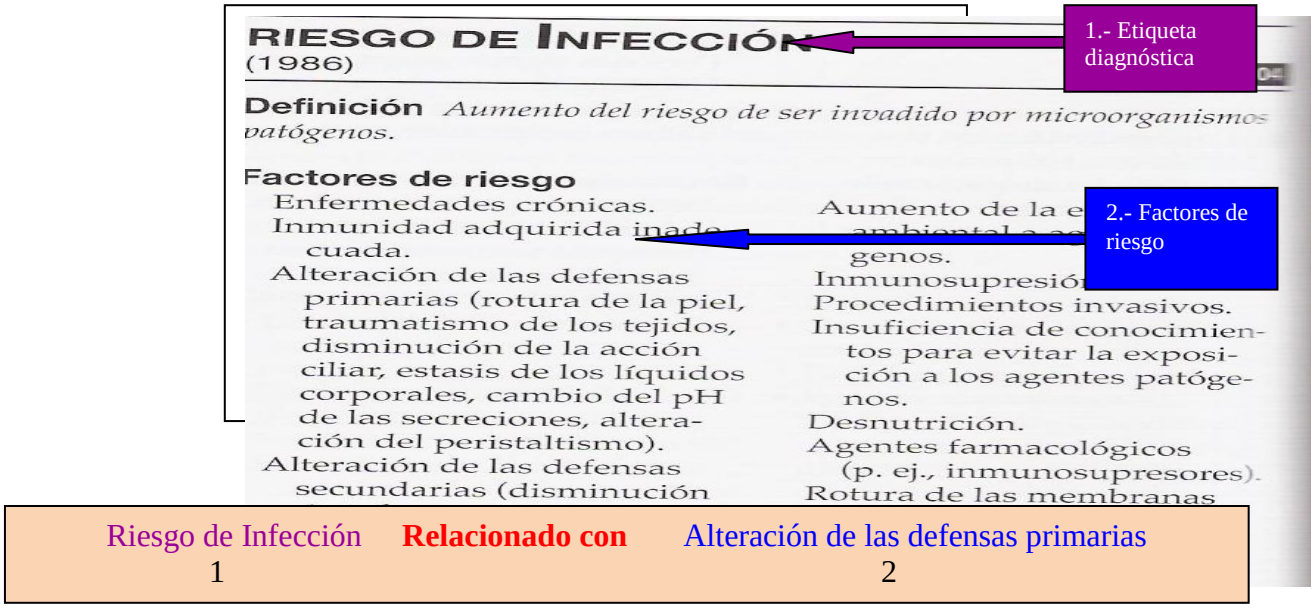
Etiqueta diagnostica **R.C.** Factores relacionados **M.P.** Caracteristicas definitorias
1 2 3



Diagnóstico enfermero: **Estreñimiento subjetivo** relacionado con **ideas sanitarias familiares**
1 2
manifestado por **abuso de laxantes**.
3

Ejemplo de diagnóstico de riesgo:

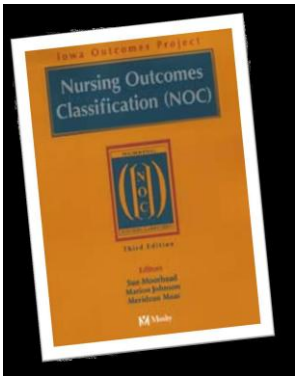
Etiqueta diagnóstica	**R.C.**	Factores de riesgo
1		2



Riesgo de Infección	**Relacionado con**	Alteración de las defensas primarias
1		2

Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

En el año de 1991 se creó un equipo de investigación, conducido por Marion Jhonson y Meridean Maas, en la Universidad de Iowa, para desarrollar una clasificación de los resultados de los pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros. El trabajo de este equipo dio como resultado la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).



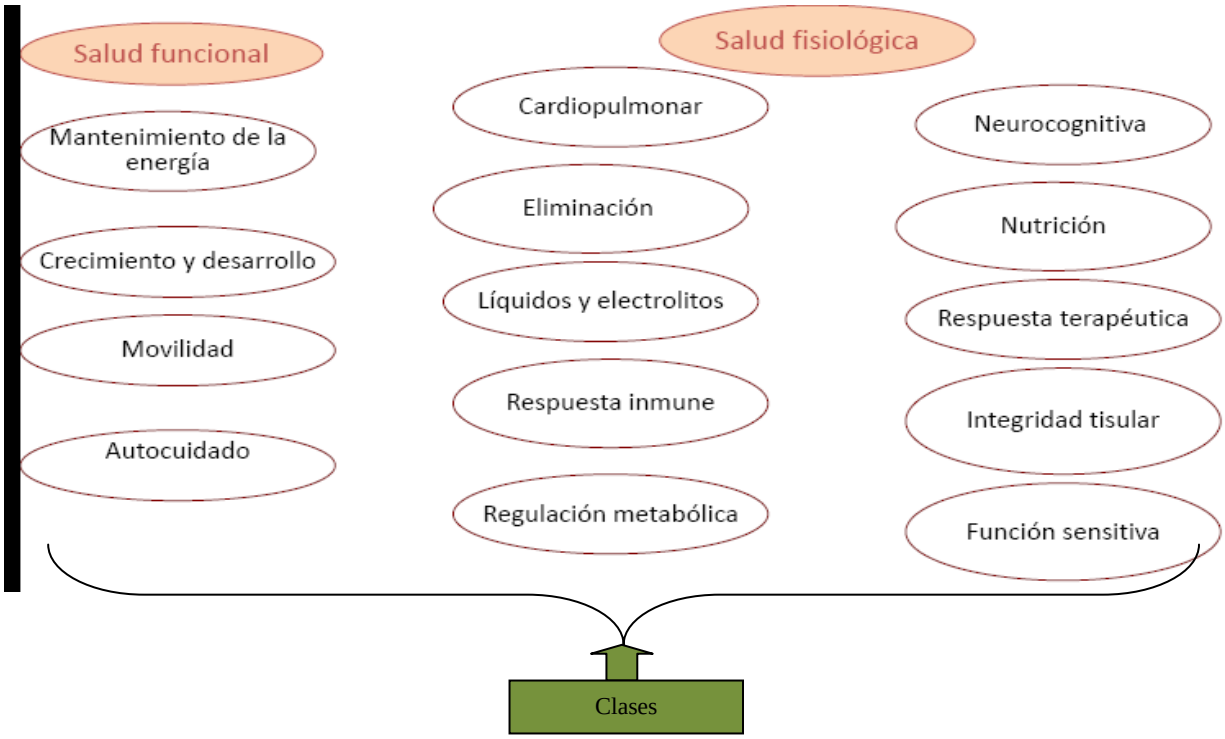
NOC
(Nursing Outcomes Classification)

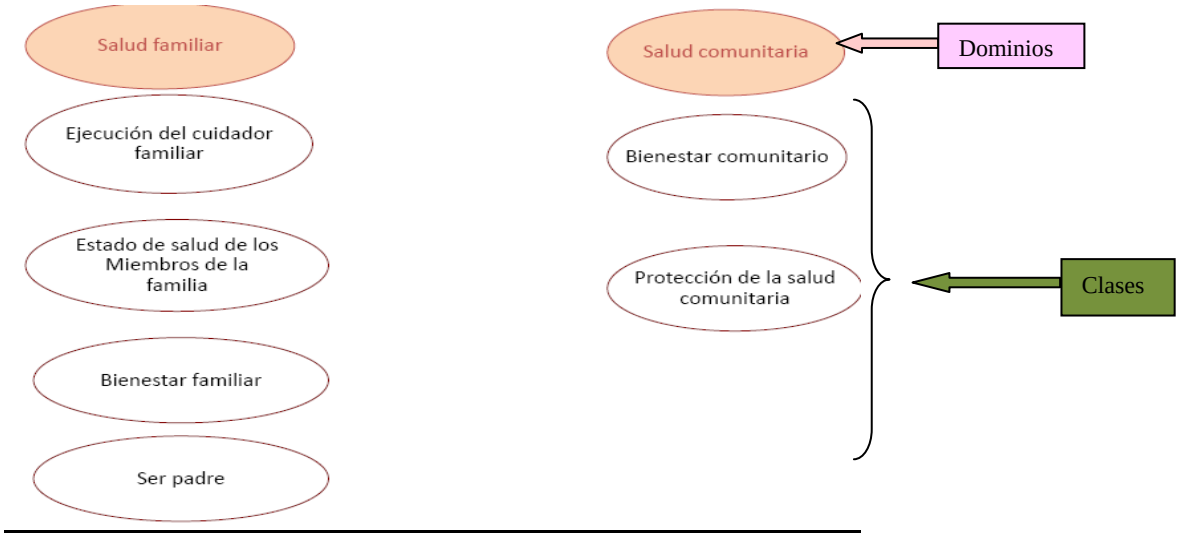
Conceptualiza, denomina, valida y clasifica los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería.

Incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición.

Para su mejor manejo el libro de NOC esta estructurado en tres niveles de la siguiente forma:

Nivel 1	7 Dominios
Nivel 2	31 Clases
Nivel 3	330 Resultados

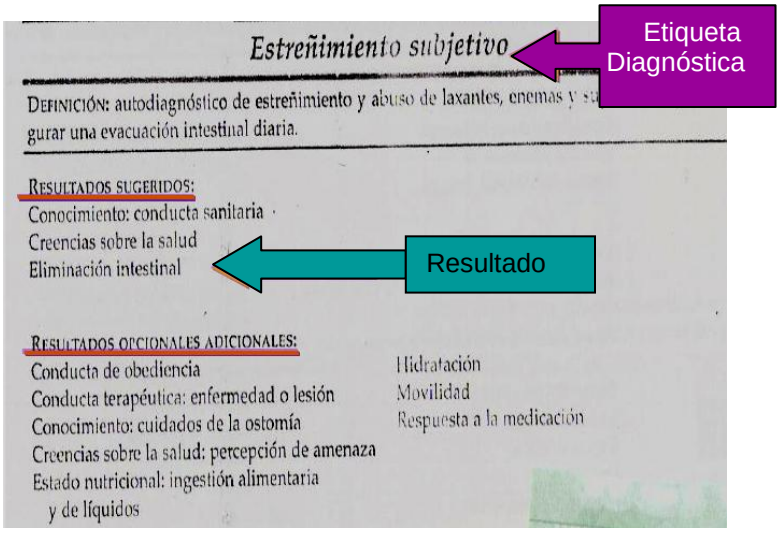


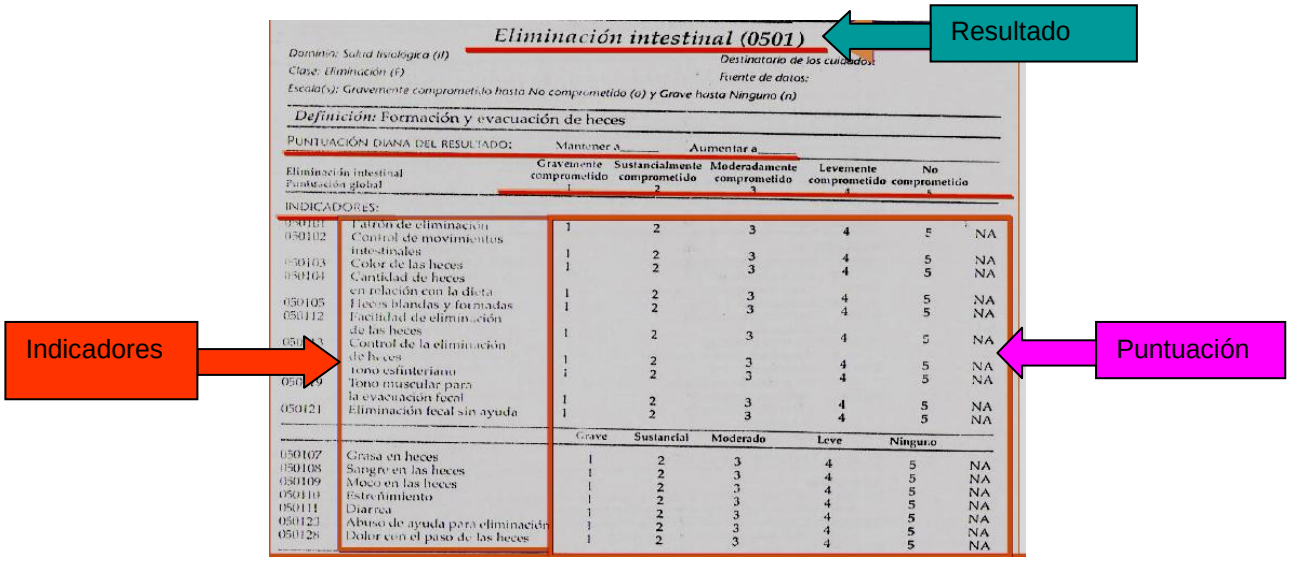


Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente. Las escalas permiten medir el estado del resultado en cada punto de un continuo, desde el más negativo hasta el más positivo, así como la identificación de cambios en el estado del paciente en diferentes puntos.

¿Cómo seleccionar un resultado y su indicador?

1.-Localice en el libro de la NOC la etiqueta diagnostica previamente seleccionada.
2.-Seleccione el resultado, sugerido.
3.-Localice el resultado y seleccione el o los indicadores con su escala de medición.
4.-Establezca la puntuación diana.





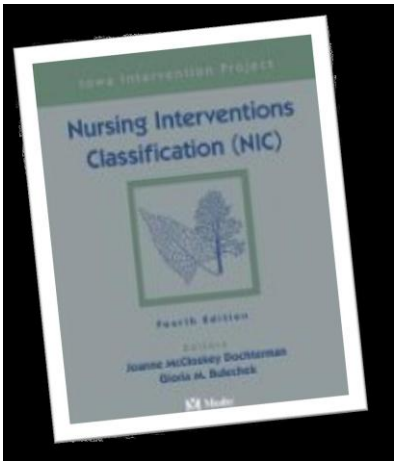
Recomendaciones para su manejo:

Para seleccionar el resultado se deben considerar:

–Los factores relacionados y las características definitorias del diagnóstico.
–Las características que presenta el paciente las cuales pueden afectar al resultado.
–La asociación entre los resultados y el diagnóstico enfermero
–Al paciente
– Los indicadores deben ser observables, medibles y realistas con la situación de la persona, familia o comunidad, así como de la infraestructura de la unidad médica.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras inicio en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Joanne McCloskey (actualmente Joanne Dochterman) y Gloria Bulechek en la Universidad of Iowa. El equipo desarrollo la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras, publicada por primera vez en el año de 1992. A diferencia de los diagnósticos enfermeros o del resultado del paciente, donde este es el centro de interés, en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente avanzar hacia el resultado deseado.



NIC

(Nursing Interventions Classfication)
Estandariza las intervenciones que realiza la enfermera, teniendo como centro de interés la toma de decisión para llevar al paciente al resultado esperado.
Incluye intervenciones y actividades

¿Qué son Intervenciones y que son actividades?

Intervención de enfermería:

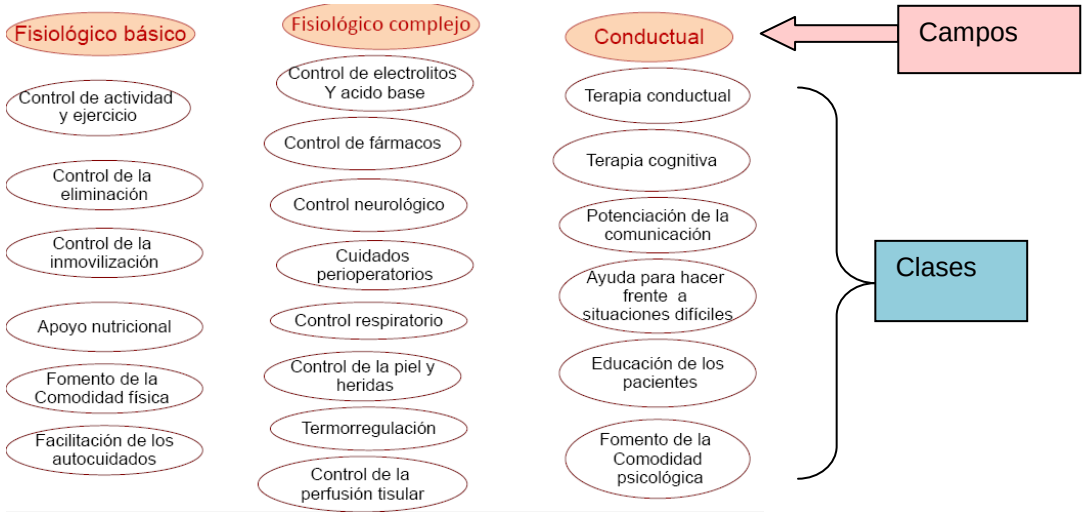
Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

Actividades de enfermería:

Actividades o acciones específicas que realiza la enfermera para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente avanzar hacia el resultado.

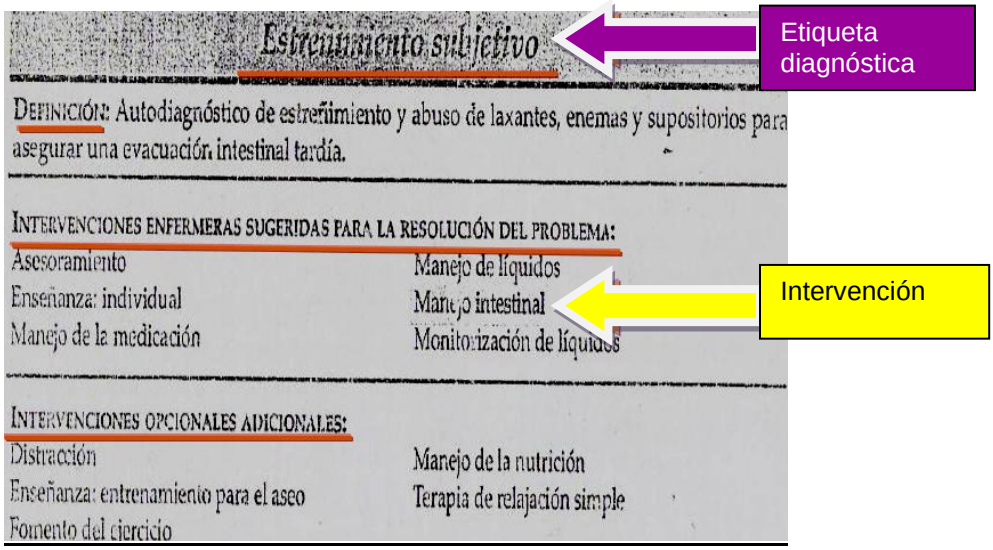
Está estructurado de la siguiente forma:

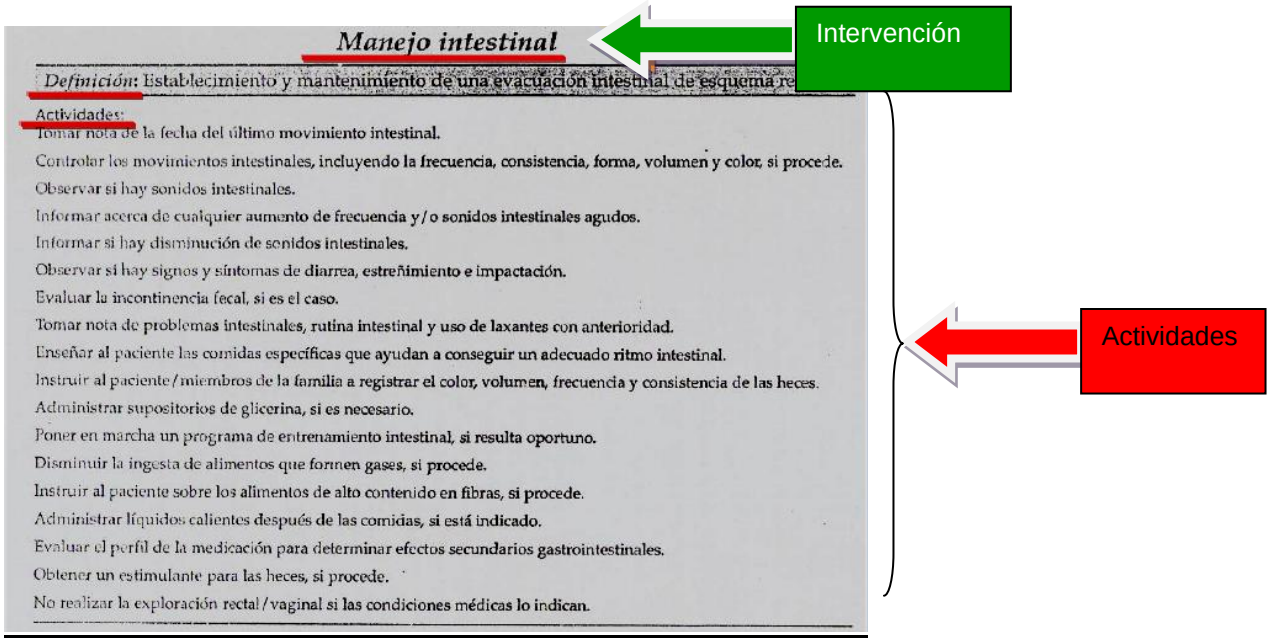
NIVEL 1	CAMPOS 7
NIVEL 2	CLASES 30
NIVEL 3	INTERVENCIONES 514
	ACTIVIDADES 12000



¿Cómo selecciono una intervención y sus actividades?

1.-Localice en el libro de la NIC la etiqueta diagnóstica previamente seleccionada.
2.-Seleccione la(s) intervención(es), relacionadas al caso.
3.-Localice la intervención y seleccione las actividades especificas.





Recomendaciones para seleccionar las intervenciones y actividades:

Para seleccionar una intervención, se debe tomar en consideración los siguientes factores:

–Resultados deseados en el individuo
–Características del diagnóstico de enfermería
–Viabilidad de la intervención
–Aceptación por el paciente
–Capacidad del profesional de enfermería.

¿Cómo se elabora el PLACE?

En resumen, la metodología para la elaboración del PLACE se compone de las siguientes fases:

Fase 1 Valoración:

- Valoración de enfermería con base en un modelo teórico.
- Identificación de respuesta humana alterada.
- Identificación del dominio y clase NANDA

Fase 2 Diagnóstico:

- Determinación de etiqueta diagnóstica.
- Identificación de factores relacionados (diagnóstico real) o factores de riesgo (diagnóstico de riesgo).

Fase 3 Planeación:

- Selección de dominio NOC.
- Selección de clase y resultados NOC.
- Selección de campo NIC.
- Selección de intervenciones NIC.
- Selección de actividades NIC.

Fase 4 Ejecución:

- Intervenciones.
- Actividades.

Fase 5 Evaluación:

- Selección de indicadores NOC.

Recomendaciones generales:

1. Agrupar las respuestas humanas en dominios y clases de la taxonomía NANDA.
2. Seleccionar la etiqueta diagnóstica.
3. Construir el diagnóstico de enfermería según la NANDA.
4. Localizar por etiqueta diagnóstica el resultado según la NOC.
5. Determinar los indicadores que serán evaluados, según la NOC.
6. Determinar la escala de medición que será utilizada para medir el logro del resultado.
7. Establecer la puntuación diana, la cual indicará el alcance del logro del resultado.
8. Localizar por etiqueta diagnóstica las intervenciones de enfermería necesarias para el logro del resultado.
9. Determinar las actividades específicas de la intervención propuesta.

Formato para la documentacion del PLACE:

Ejemplo:

Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Calidad en Salud
Dirección de Enfermería
Comisión Permanente de Enfermería

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Dominio: Eliminación e intercambio	Clase: Función gastrointestinal

DIAGNOSTICO DE ENF. NANDA	RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION
ETIQUETA (PROBLEMA) (p): Estreñimiento subjetivo FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E): Ideas sanitarias familiares CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas): Abuso de laxantes	Eliminacion intestinal.	050121 Eliminación fecal sin ayuda	1.- Gravemente comprometido. 2.- Sustancialmente comprometido. 3.- Moderadamente comprometido. 4.- Levemente comprometido. 5.- No comprometido.	3 Moderadamente comprometido

INTERVENCION NIC: Manejo intestinal

ACTIVIDADES

- Tomar nota de ultimo movimiento intestinal.
- Enseñar al paciente las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal.

INTERVENCION NIC:

ACTIVIDADES

Lección IX

Producto: Mapa conceptual de las etapas del proceso enfermero.

Instr. de evaluación, lista de cotejo que revisa lo siguiente:

- Describe las etapas del proceso enfermero que señale conceptos, objetivos, ventajas e implementación en la práctica profesional.
- Presenta orden y limpieza en su cuadro comparativo.
- Cuida la ortografía y redacción.

Producto: Fichas de trabajo que señale en qué consisten los métodos de exploración: inspección, palpación, auscultación y percusión.

Instr. de evaluación, lista de cotejo que revisa lo siguiente:

- Elabora fichas de trabajo con los datos de los métodos de exploración, inspección, palpación y percusión.
- Cuida ortografía y redacción.
- Presenta orden y limpieza en su trabajo.

Producto: Redacción de un diagnóstico enfermero real y uno de riesgo.

Instr. de evaluación, Lista de cotejo que revisa lo siguiente:

- Redacta dos diagnósticos de enfermería con los elementos que lo integran.
- Cuida ortografía y orden de los componentes
- Presenta limpieza en su trabajo.

Producto: Plan de cuidados de enfermeria.

Instr. de evaluación, lista de cotejo que revisa lo siguiente:

- Propone un plan de cuidados en base al diagnóstico y con todas sus etapas.
- Presenta orden y limpieza en su Plan de cuidados
- Cuida la ortografía y redacción.

B i b l i o g r a f í a

1. ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. Enfermería, Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5° Edic. Masson. España 2003.

2. CAPERNITO, Lynda. Diagnósticos de Enfermería. 9° Edic. Mcgraw-hill. 202.

3. CARDENAS, J., Margarita (2009). Algunas consideraciones sobre epistemología. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Volumen 7. Numero 1-4.

4. JOHNSON, Marion. Enfermería. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. 2° Edic. Masson. 2006.

5. KEROUAC, Suzanne. Enfermería. El pensamiento enfermero. 1° Edic. Masson. 1996.

6. M.BULECHEK, Gloria. Enfermería, Clasificacion de Intervenciones de Enfermería NIC. 5° Edic. Mosby. 2009.

7. MOORHEAD, Sue. Enfermería. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. 4° Edic. Mosby. 2009.

8. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2005-2006. Elsevier. 2005.

9. RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, Bertha Alicia: *Proceso de enfermería*, Ediciones. Cuellar, 2000.

10. TOMEY, Ann Marriner y Alligood, M. R. Modelos y teorías de enfermería. 6° Edic. Elsevier. 2007.

11. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Comisión Permanente de Enfermería. Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE). México, D.F. 2008.