

SALUD, ENTORNO y ENFERMERÍA

FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS Y TEÓRICOS PARA EL DESARROLLO Y LA VALIDACIÓN DE UNA TERMINOLOGÍA ENFERMERA DE INTERFASE (III)

Resumen

INTRODUCCIÓN: este manuscrito es el tercero de una tríada de artículos en los que se exponen las bases filosóficas y teóricas que sustentan el desarrollo y la validación de una terminología enfermera de interfase como vocabulario normalizado para facilitar la entrada de datos en los sistemas de información, producir información y generar conocimiento enfermero.

OBJETIVO: presentar las bases filosóficas y teóricas en las que se sustenta el desarrollo de una nueva terminología enfermera de interfase denominada ATIC®.

MÉTODO: revisión, análisis y discusión de las principales corrientes filosóficas, de las teorías de alto y medio rango y de la producción científica enfermera mediante la conceptualización interpretativa del concepto metaparadigmático «salud», «entorno» y «enfermería».

RESULTADOS: en los dos primeros artículos se presenta ATIC® y su fundamentación filosófica en el pragmatismo, el holismo, el postpositivismo y el constructivismo, así como la construcción del significado del concepto «persona». En este tercer artículo se conceptualiza la «salud» como un estado de equilibrio multidimensional y se exponen los conceptos de «estado de salud relativa», de «enfermedad» y del «estar enfermo». El análisis de las teorías sobre el «entorno» permite su conceptualización como un conjunto de variables con potencialidad para afectar los estados de salud. En esta línea, la Enfermería se interpreta como la disciplina científica que se ocupa de los estados de salud en el entorno y la experiencia particular del individuo o la comunidad.

CONCLUSIONES: la terminología ATIC® se sustenta en una fundamentación filosófico-teórica ecléctica, lo que le permite, a priori, ser empleada desde múltiples tendencias dentro del paradigma de la totalidad.

PALABRAS CLAVE: TERMINOLOGÍA DE INTERFASE, TERMINOLOGÍA ATIC, VOCABULARIOS ENFERMEROS, CLASIFICACIONES ENFERMERAS, SISTEMAS DE INFORMACIÓN ASISTENCIALES, INFORMÁTICA ENFERMERA, CONCEPTOS METAPARADIGMÁTICOS, FILOSOFÍA, DESARROLLO TEÓRICO ENFERMERO.

HEALTH, ENVIRONMENT AND NURSING. PHILOSOPHICAL AND THEORETICAL FOUNDATIONS FOR THE DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A NURSING INTERFACE TERMINOLOGY. PART III

Summary

INTRODUCTION: this manuscript is the third of a triad of papers introducing the philosophical and theoretical approaches that support the development and validation of a nursing interface terminology as a standard vocabulary designed to ease data entry into electronic health records, to produce information and to generate knowledge.

GOALS: to analyze the philosophical and theoretical approaches considered in the development of a new nursing interface terminology called ATIC®.

METHOD: review, analysis and discussion of the main philosophical orientations, high and mid-range theories and nursing scientific literature to develop an interpretative conceptualization of the metaparadigm concepts «Health», «Environment» and «Nursing».

RESULTS: in the 2 previous papers the ATIC® terminology, its foundation on pragmatism, holism, post-positivism and constructivism and the construction of the meaning for the concept «Individual» is discussed. In this third paper, Health is conceptualized as a multidimensional balance state and the concepts of Partial health status, Disease and Being ill are explored within. The analysis of the Environment theories drives its conceptualization as a group of variables that has the potential to affect health status. In this orientation, Nursing is understood as the scientific discipline focused on the study of health status in the particular environment and experience of the individuals, groups, communities or societies.

CONCLUSIONS: ATIC® terminology is rooted on an eclectic philosophical and theoretical foundation, allowing it to be used from different trends within the totality paradigm.

KEY WORDS: INTERFACE TERMINOLOGY, ATIC TERMINOLOGY, NURSING VOCABULARIES, NURSING CLASSIFICATIONS, ELECTRONIC HEALTH RECORDS, NURSING INFORMATICS, METAPARADIGM CONCEPTS, PHILOSOPHY, NURSING THEORIES.

Introducción

Este manuscrito es la tercera parte de una tríada de artículos en los que se expone la fundamentación filosófico-teórica que sustenta el desarrollo y la validación de una terminología enfermera de interfase, denominada ATIC[®], como vocabulario normalizado diseñado para facilitar la entrada de datos en los sistemas de información asistenciales, producir información y generar conocimiento. ATIC[®] es una terminología de interfase multiaxial que incluye fenómenos de interés disciplinar en forma de conceptos que reflejan los estados, problemas, situaciones y respuestas de salud de los que se ocupan las enfermeras, las intervenciones que realizan, los estados o resultados que evalúan y sus especificaciones [1].

Los conceptos que configuran el contenido de dicha terminología han sido generados a partir del estudio y el análisis del lenguaje natural enfermero, pero su estructura se basa en las asunciones filosófico-teóricas citadas en la primera y la segunda parte de esta tríada de artículos así como en el análisis interpretativo de las teorías sobre los fenómenos esenciales del metaparadigma enfermero [1-2].

La conceptualización interpretativa es el método empleado para facilitar la comprensión del marco general y la validación inductiva de esta terminología.

El proceso de validación incluye también otros estudios de orientación cuantitativa cuyos resultados serán publicados próximamente.

El objetivo de este último artículo de la tríada es presentar los resultados del análisis del desarrollo teórico enfermero que han permitido establecer el significado específico de los conceptos salud, entorno y enfermería para este proyecto.

Conceptualización interpretativa de la salud

La salud de la persona o de los grupos de personas, familias, comunidades o sociedades, es un concepto disciplinar fundamental.

La noción de salud supone un constructo social sobre el funcionamiento y el nivel de bienestar biofísico, psicoemocional, social y espiritual, que refleja los valores de cada momento y lugar [3]. En la historia del desarrollo teórico enfermero, ha sido definida de múltiples formas en función del contexto socioeconómico y político y también de la interpretación teórica del concepto de «persona» que cada autor ha desarrollado.

Nightingale la considera un proceso afectado por el entorno y las condiciones de vida [4]. Para Peplau, la salud es un concepto que explica la movilización y el avance hacia los procesos humanos dirigidos a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva [5]. Henderson la interpreta como la satisfacción de las 14 necesidades básicas [6-7]. Orem adopta para este concepto la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS): «La salud es un estado de bienestar físico,

psicoemocional y social y no simplemente la ausencia de enfermedad» [8]. Para Johnson, constituye una respuesta adaptativa física, mental, emocional y social a estímulos internos y externos que busca mantener el equilibrio y el bienestar [9a]. Estas y otras conceptualizaciones de salud tienen su raíz en la influencia del holismo en las obras de cada autora.

Aunque la mayoría de autoras la han conceptualizado como un estado o un proceso, las teorizadoras del paradigma de la simultaneidad, como Rogers, Parse o Newman, al definir al ser humano como un todo unitario e irreductible, han considerado la salud como un reflejo de la totalidad de la persona en consonancia con las dinámicas energéticas, la autotranscendencia y la expansión de la conciencia, rechazando frontalmente la dicotomía salud-enfermedad e interpretando la noción de salud (y de enfermedad) según una experiencia individual y subjetiva [10].

Como advierte Thorne, la conceptualización de la salud desde esta orientación paradigmática plantea importantes problemas éticos, económicos y sociopolíticos [11].

La enfermedad es el foco de la biomedicina y aunque no es un concepto metaparadigmático en las ciencias enfermeras, sí es necesario reflexionar brevemente acerca de la diferencia entre la enfermedad y el estar enfermo.

La enfermedad es un proceso morboso del organismo y las ciencias médicas se ocupan de «su estudio (patología) y del estudio de su forma de actuación (patogenia), de sus causas (etiología), signos y síntomas (semiología), alteraciones micro y macroscópicas de los tejidos (anatomía patológica), su identificación (diagnóstico), el juicio anticipado sobre su probable fin (pronóstico) y su tratamiento profiláctico o curativo (terapéutica)» [12].

Desde un punto de vista pragmático y holístico, y considerando la salud un constructo social, la disciplina enfermera no debe perder de vista su obligación profesional de la atención a la persona, esté sana o enferma. La comprensión de la experiencia del estar enfermo debe asumirse no sólo desde el punto de vista de su subjetividad, también debe incorporar, en gran medida, los conocimientos de las enfermedades y sus tratamientos para poder cumplir de forma adecuada lo que Thorne denomina «parte del mandato social de las enfermeras» [11].

La autora de ATIC[®] asume la orientación paradigmática holística genuina, incorporando cualquier desarrollo teórico en este sentido, y conceptualiza la salud como «un estado objetivo de bienestar y equilibrio interno y externo del ser físico, del ser consciente y del ser autónomo, que puede acompañarse de un proceso subjetivo de percepción de este estado».

Aunque de forma pragmática plantea que, a lo largo de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, las personas pueden experimentar problemas o dificultades en el desarrollo, la regulación o el mantenimiento de los componentes dimensionales —el ser físico, el ser

consciente y el ser autónomo— por lo que, entre la dicotomía salud-enfermedad, se identifican un abanico de estados de salud parcial o relativa, que no implican enfermedad, aunque aumentan su riesgo a corto, medio, o largo plazo, y que son susceptibles de requerir atención enfermera.

Consecuentemente, existe la salud como un estado óptimo de equilibrio; un conjunto de «estados de salud relativa o parcial», en los que se produce una alteración en alguno de los componentes dimensionales de la persona sin que exista una perturbación morbosa en el organismo y, por lo tanto, sin que pueda clasificarse como enfermedad; la «enfermedad» en la que se producen trastornos celulares, tisulares, orgánicos o multiorgáni-

lidad [9b]. Nightingale incluye en su discurso los conceptos de: entorno físico, refiriéndose a las condiciones de higiene, ventilación, calidad del aire y del agua, iluminación, condiciones acústicas, fluviales, térmicas y alimentarias, así como la creación de condiciones para el bienestar y el confort; entorno psicológico, considerando el efecto de la comunicación y especialmente de las condiciones en las que se producen las interrelaciones, como la presencia, la proximidad, la actitud, la escucha, o el equilibrio entre la excesiva estimulación y la deprivación; y entorno social, destacando la importancia de la recogida de datos, de los registros y la generación de información sobre los enfermos, que considera esencial para la prevención de enfermedades.

La salud es un estado de equilibrio multidimensional del ser físico, el ser consciente y el ser autónomo

cos; y el «estar enfermo» que implica la existencia de enfermedad y la potencialidad de trastornos, alteraciones o complicaciones en el resto de componentes dimensionales y su integralidad. En la situación de cronicidad de la enfermedad existen «estados de estabilización», en los que a pesar de la persistencia de la enfermedad, la persona puede situarse en un estado de adaptación y reequilibrio multidimensional (fig. 1).

Conceptualización interpretativa del entorno

El concepto de entorno está íntimamente vinculado al resto de conceptos metaparadigmáticos y, según algunas teorías, en el caso del concepto de persona, está implícito en él. Pocas teorizadoras clásicas lo han analizado desde el punto de vista de la dinámica o el funcionamiento de los grupos, de las organizaciones o de la sociedad.

Aunque Nightingale no realizó una aproximación teórica en los términos actuales de análisis de las teorías, sus escritos desprenden claramente el peso del entorno en la salud y en las personas. Para esta investigadora avanzada a su tiempo, el entorno comprende el conjunto de condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo del ser humano y que tienen la capacidad ambivalente de prevenir, evitar o contribuir a producir enfermedades o a provocar la muerte [4]. La Teoría del Entorno de Nightingale, como la denomina Torres, representa una de las aproximaciones de mayor calado teórico sobre este concepto metaparadigmático de todo el desarrollo teórico enfermero, vigente aun en la actua-

El entorno comprende el conjunto de condiciones externas que afectan la vida, la salud y el desarrollo del individuo y de la comunidad [4].

Peplau realiza un desarrollo muy escueto de este concepto, integrándolo principalmente en la concepción de las interacciones [5].

Aunque en los trabajos de Harmer y Henderson se enfatiza especialmente el entorno en relación con la persona, también incluyen la concepción de entorno social: las relaciones familiares y el mantenimiento de la salud de la comunidad. Henderson introduce además la idea de lo que la sociedad espera de las enfermeras y lo que las enfermeras esperan de la sociedad: «la enfermera necesita un tipo de formación que, en nuestra sociedad, sólo se imparte en las universidades». Esta formación debería permitirle adquirir una mayor comprensión sobre los factores ambientales que influyen en la vida y la salud de las personas [6-7, 13-14].

Orem no explicita dicho término, pero lo hace implícito en relación a diferentes conceptos centrales de sus teorías. Los seres humanos existen en su entorno: «En nuestra existencia como personas, somos parte del mundo» [8a].

Según Orem, existe una mutua influencia entre personas y entornos; las condiciones de este pueden afectar positiva o negativamente a la vida, la salud y el bienestar de individuos, familias, comunidades y sociedades. Esta autora desarrolla una serie de condicionantes ambientales llamados «factores que relacionan al individuo con su

CONTINUUM DE LA SALUD					
PERSONA					
SANA			ENFERMA		
ENTORNO	Estado óptimo de equilibrio multidimensional	Estado de alteración de alguno de los componentes dimensionales sin que exista enfermedad	Aguda	Estado de perturbación morbosa del organismo y potencial de alteraciones de distintos componentes dimensionales	
			Crónica	Estado de perturbación morbosa del organismo y de alteraciones de distintos componentes dimensionales	
				Estados de estabilización y adaptación	Estados de exacerbación
SALUD	ESTADOS DE SALUD RELATIVA	ENFERMEDAD			
ENTORNO	Preservación	Prevención de la enfermedad. Restablecimiento del estado previo	Prevención del deterioro, la progresión o la recurrencia. Restablecimiento de un estado de salud lo más óptimo posible. Prevención y paliación del sufrimiento		
			ENFERMERÍA		

FIGURA 1

familia o grupo» (socioculturales) y «factores que sitúan al individuo en su mundo» (patrones de vida, elementos relacionados con los sistemas de salud, disponibilidad de recursos y agentes ambientales externos) [15].

King es una de las teorizadoras que también ha abordado en profundidad dicho concepto. En su *Marco sobre los sistemas abiertos*, postula por la inclusión del individuo en el entorno, conceptualizando la persona como un conjunto de sistemas individuales implícito en los sistemas interpersonales y sociales que le son propios [9c, 16].

En 1986 Chopoorian y posteriormente Stevens, Meleis, Kleffel y Butterfield proponen la reconceptualización del término y el desarrollo de nuevas teorías que informen de forma menos rígida y más amplia este concepto metaparadigmático [17-21]. Kleffel lo examina desde la perspectiva egocéntrica (vinculada al holismo), homocéntrica (asociada a las teorías sobre justicia social y salud pública) y ecocéntrica (enraizada en la totalidad del cosmos y la interconexión de todos los elementos) [20]. En esta última década, han surgido varias propuestas en este sentido, como la Teoría de la ecoenfermería que define el entorno como «las condiciones, los factores y las circunstancias, físicas, económicas o políticas, que afectan al individuo, la familia o la comunidad» y defiende la transición del concepto de entorno al de ecosistema; o la propuesta de Schim et al., de añadir como

nuevo concepto metaparadigmático la Justicia Social, para destacar la aproximación enfermera a las comunidades y a la sociedad [22-23].

En la literatura revisada se han localizado pocos artículos de desarrollo teórico que incluyan explícitamente en el concepto que nos ocupa, las redes sociales y los entornos virtuales [24-26] aunque sí empiezan a abundar estudios científicos de sus efectos sobre la salud [27-38].

Es difícil diseccionar en unas líneas la persona y el entorno: «Yo soy yo y mis circunstancias» [39], por ello en este análisis se parte de la concepción del entorno propuesta por Nightingale, se asume la orientación holística genuina, incorporando de nuevo el desarrollo teórico en este sentido, se adopta también la orientación de la incorporación de los elementos socioeconómicos y políticos en este concepto y se define el entorno como «el conjunto de condiciones, circunstancias, factores y variables ecológicas, físicas, económicas, sociales, históricas, culturales y políticas, reales o virtuales, que afectan o tienen potencial para afectar la salud del individuo, la familia, los grupos, las comunidades y la sociedad. Una parte de estos factores son intrínsecos a la persona o grupo. El resto son elementos externos que condicionan y configuran la situación personal o grupal en el conjunto del mismo».

De especial interés también para el desarrollo de este

proyecto es su conceptualización en relación con el concepto metaparadigmático Enfermería. Junto con la interpretación del término, esta relación se explora brevemente en el siguiente apartado.

Conceptualización interpretativa de enfermería

Harmer en 1922 propuso la siguiente definición: «La enfermería tiene sus raíces en las necesidades de la humanidad y tiene como base un ideal de servicio a los demás. Su objetivo no es sólo el cuidado del enfermo o del herido; sino también la promoción de la salud y la facilitación del reposo y del bienestar del cuerpo y la mente, para curar, alimentar, proteger y guiar a los desamparados o incapaces, a los jóvenes, a los ancianos y a los niños. Su objetivo es prevenir la enfermedad y preservar la salud (...) La enfermera no sólo tiene el compromiso de cuidar al individuo sino también la salud de la comunidad» [14]. Como explica Fogel, «en comparación con otras disciplinas científicas en fase de desarrollo, la enfermería se halla en las primeras etapas de evolución científica». Hasta la segunda mitad del siglo XX, el uso del término ciencia enfermera en la literatura especializada era bastante infrecuente. Fue entonces cuando se generalizó la idea de que la base de conocimientos para el ejercicio de esta profesión era inadecuada e incompleta, y que el desarrollo de una base científica era una prioridad de máxima importancia. De este modo surge en EEUU el interés por cambiar la formación de las enfermeras e iniciar los programas de grado, postgrado y doctorado [40].

Para Peplau «la enfermería es un proceso interpersonal, terapéutico (...), un instrumento educativo (...) que tiene como objetivo movilizar la personalidad individual y colectiva hacia una vida creativa, constructiva y productiva» [5].

La definición que Henderson plantea de este concepto se orienta hacia su función principal «ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (...)» [6-7].

En los años 60, Rogers la conceptualiza de la siguiente forma: «La enfermería tiene como misión ayudar a las personas a conseguir su máximo potencial de salud (...). Su ámbito de la práctica incluye el mantenimiento y la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico de enfermería, las intervenciones y la rehabilitación» [9d].

A finales de los 70, Watson afirma «La enfermería es una ciencia y un arte. Busca combinar la ciencia y el humanismo (...). Es un proceso interpersonal terapéutico (...). Es una disciplina cuya práctica se basa en la investigación científica» [41].

En la década de los 80, Meleis en el marco de su teoría postula: «La enfermería trata sobre todo de ayudar a las personas durante las transiciones; es decir, durante

los cambios en el estado de salud, los cambios en el rol, los cambios en el desarrollo o la maduración (...); las transiciones obligan a la persona a incorporar nuevos conocimientos, cambiar conductas y hábitos y, en consecuencia, modificar la propia definición o posición en el entorno social» [42].

A finales de los años 90, Thorne et al. proponen: «La enfermería es el estudio de los procesos de salud y enfermedad del ser humano. Su práctica implica facilitar, apoyar y ayudar a los individuos, familias, comunidades y/o sociedades, con el fin de potenciar, mantener o recuperar la salud y reducir o paliar los efectos de la enfermedad. La ciencia y la práctica enfermera se centran en los

La enfermedad es el foco de la biomedicina

resultados explícitos de salud y calidad de vida en el contexto de un entorno inmediato y de un entorno más amplio» [11].

La autora de ATIC® asume la concepción de enfermería desde la orientación del desarrollo teórico vinculado al paradigma de la totalidad, y su interpretación implica que: «la enfermería es la disciplina científica que se ocupa del estudio de los estados de salud de las personas, sanas o enfermas, en todas las etapas de la vida y sus transiciones, en el contexto de su entorno y su experiencia, para ayudar a promover, mantener o restablecer el equilibrio de la integralidad multidimensional, del ser físico, el ser consciente y el ser autónomo, o contribuir a una muerte digna».

La práctica enfermera se basa en el conocimiento disciplinar teórico-científico y experiencial y en los valores de la profesión enfermera, para la identificación, evaluación y tratamiento de los estados de salud del individuo, las familias, los grupos, las comunidades y las sociedades; incluyendo la valoración e identificación de las manifestaciones, las causas, los factores de riesgo, los criterios e indicadores de resultados, el juicio y emisión de su diagnóstico y la prescripción y ejecución de su abordaje preventivo, rehabilitador, curativo y/o paliativo.

Esta orientación implica que su práctica no se limita exclusivamente a la prestación individual o grupal de servicios enfermeros sino también a su gestión asistencial y directiva, a la participación en el establecimiento, ejecución y evaluación de las políticas de salud (y de las que tienen influencia en la prestación y la gestión de los productos

enfermeros) locales, nacionales o internacionales; a la dirección, implementación y evaluación de sus programas de formación e investigación y a la comunicación social de sus contribuciones y logros.

La práctica asistencial enfermera se fundamenta principalmente en la orientación de la optimización del estado de salud y de la prevención del deterioro. En la salud, para su preservación, en los estados de salud relativa para prevenir la enfermedad y promover el restablecimiento del estado previo, en los estados de enfermedad para prevenir complicaciones o su progresión y promover el restablecimiento o consecución del mejor estado de salud posible y en el final de la vida para prevenir y paliar el sufrimiento (fig. 1)”. La práctica clínica enfermera incluye de forma esencial la adquisición progresiva de pericia descrita por Benner, de aprendiz a experta, mediante la práctica reflexiva en distintas áreas competenciales: cuidar; valorar/evaluar, diagnosticar y abordar estados de salud cambiantes, ayudar (a la persona, familia o comunidad) a cumplir el tratamiento para conseguir los objetivos de salud, garantizar la seguridad y la continuidad de los cuidados y facilitar los procesos de adaptación y afrontamiento al nuevo estado de salud [43-47].

Los resultados de esta praxis en los estados de salud de las personas están condicionados no sólo por la pericia clínica de las enfermeras sino también por el entorno en la que se produce. El análisis del impacto del contexto organizativo ha sido objeto de estudio disciplinar en estos últimos años e incluye principalmente: el control sobre el entorno en el que se prestan los cuidados, la simetría en la relación entre enfermeras y médicos y la autonomía profesional [48-53].

Discusión y conclusiones

El método empleado en este estudio, la conceptualización interpretativa, implica la construcción del significado de los elementos del metaparadigma enfermero en base a la hermenéutica, con el fin de clarificar su significado y su rol en la estructura de la terminología ATIC®. Este método permite establecer la validez inductiva –descriptiva, interpretativa y teórica– de los significados propuestos porque se apoya en el uso de estrategias de reflexividad y subjetividad disciplinada, en la técnica de contraste con eruditos (MT. Luis, C. Fernández-Ferrín y MV. Navarro) y en la clarificación de la fundamentación de la investigadora [54-56].

Los estudios de validación de instrumentos suelen centrarse exclusivamente en el proceso cuantitativo de validación de las propiedades psicométricas. En este estudio, se consideró esencial iniciar primero el proceso de validación cualitativa ya que esta refiere a la confiabilidad de los datos y su interpretación [54]. El análisis expuesto se ha guiado por los pasos propuestos por Daniel como parte del círculo inductivo: literalidad (aproximación textual); alegoría (objetificación del texto); moral (reco-

nocimiento de las influencias en la interpretación) y anagogía (aportación de la interpretación) [57].

Aun así, el estudio presenta algunas limitaciones metodológicas que deben tenerse en cuenta. Primero, existen pocos estudios que incluyan el método de la conceptualización interpretativa. Es posible que se trate sobre todo de una cuestión semántica o de traducción idiomática, pero debe tenerse en cuenta que existen otros métodos de construcción, desarrollo y análisis conceptual que no se han considerado en este trabajo. Segundo, es importante destacar que la conceptualización interpretativa contiene también aspectos del pragmatismo [56], especialmente en el reconocimiento de las influencias, puesto que orienta la construcción de los significados hacia respuestas prácticas incluyendo la experiencia previa de la investigadora y su historia y pericia profesional como enfermera. Los significados construidos sobre los elementos metaparadigmáticos no pretenden sustituir su esencia genuina sino albergarla e incluirla en las raíces del desarrollo de la terminología ATIC®.

Para concluir, la terminología ATIC® se fundamenta en las siguientes premisas que derivan de las corrientes filosóficas citadas y del eclecticismo teórico expuesto:

- Los conceptos terminológicos incluidos en ATIC® representan fenómenos de interés de la disciplina y de la práctica enfermera; son reconocidos por las enfermeras y se caracterizan por su utilidad para reflejar los estados, problemas y respuestas de salud, las prescripciones y acciones cuidadoras, sus resultados y especificaciones. Pueden adaptarse a distintos contextos y, aunque tienen un significado unívoco, su aplicación depende de las ideas preconcebidas, el conocimiento previo y la pericia clínica enfermera en su interpretación para su uso. La estructura de la terminología, las unidades terminológicas y los conceptos se describen para emplearse desde la consideración holística, pragmática, pospositivista y constructivista en el marco del paradigma de la totalidad.

- El análisis interpretativo de los conceptos metaparadigmáticos permite establecer el contexto de esta terminología: la persona es un ser orgánico, consciente y autónomo, de desarrollo progresivo, en una constante simbiosis de estas dimensiones y en un flujo de interacción permanente con el entorno, que configuran su integralidad, complejidad y especificidad individual; la salud es el estado óptimo del equilibrio multidimensional. Los estados de salud relativa representan desequilibrios de alguno de los componentes dimensionales sin que exista enfermedad. La situación de enfermedad implica la existencia de una perturbación morbosa del organismo y el «estar enfermo» la potencialidad de trastornos vinculados al desequilibrio que produce; el entorno es el conjunto de condiciones y variables geocológicas, físicas, sociopolíticas, económicas y culturales que afectan o tienen potencial para afectar el estado de salud; y la

enfermería es la disciplina científica que se ocupa del estudio de los estados de salud de las personas en todas las etapas de la vida, en el contexto de su entorno y su experiencia. Su práctica se basa en el conocimiento disciplinar teórico-experiencial y en los valores de la profesión y su misión es la optimización del estado de salud y de la prevención del deterioro: en la salud, para su preservación; en los estados de salud relativa para prevenir la enfermedad y promover el restablecimiento del estado previo; en los estados de enfermedad para prevenir complicaciones o su progresión y promover el restablecimiento de un estado de salud lo más óptimo posible; y al final de la vida para prevenir y paliar el sufrimiento.

• Esta conceptualización interpretativa de los elementos metaparadigmáticos ofrece un marco para el establecimiento de la arquitectura de los distintos ejes terminológicos, en la que se organizan las dimensiones o dominios y

sus componentes, que actúan como agrupadores de las unidades de la terminología de interfase ATIC®.

Agradecimientos

La autora agradece a la Dra. Maria Teresa Icart Isern y al Dr. Jordi Carratalà Fernandez, co-directores de la tesis, la revisión y crítica de este artículo. Asimismo, expresa su agradecimiento a las profesoras Maria Teresa Luis Rodrigo, Carmen Fernández Ferrín y Maria Victoria Navarro la revisión erudita del proceso de conceptualización y sus aportaciones a la triangulación.

Declaración de conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses en relación con la autoría de este trabajo y la publicación de este manuscrito. Este proyecto no ha recibido financiación externa.

En nuestra existencia como personas somos parte del mundo



Abandona el Colesterol

Naturcol de Central Lechera Asturiana con esteroles vegetales combate el colesterol de una forma **natural, fácil y eficaz**.



1 vaso al día **mantiene** los niveles de colesterol adecuados.
(270 ml. aportan 0,8g de esteroles vegetales).



2 vasos al día **reducen** el colesterol.
(540 ml. aportan 1,6g de esteroles vegetales).

Porque Naturcol funciona.

www.naturcol.es

Opinión científica relativa a las alegaciones de salud referentes a los esteroles vegetales y mantenimiento de las concentraciones de colesterol de acuerdo al artículo 13.1 del Reglamento 1924/2006. EFSA (Autoridad de Seguridad Alimentaria Europea), Parma, Italia. Producto recomendado para personas que quieren reducir el colesterol. No recomendado a mujeres durante el embarazo y lactancia, ni a menores de 5 años. Consumo máximo de esteroles vegetales 3g/día. Se ha demostrado que los fitoesteroles reducen la colesterolemia. Una tasa elevada de colesterol constituye un factor de riesgo en el desarrollo de cardiopatías coronarias. Mantenga una dieta saludable con frutas y verduras. Si toma medicación consulte a su médico.

SÍGUENOS EN



BIBLIOGRAFÍA

- [1] Juvé-Udina ME. Terminología enfermera de interfase. Fundamentos filosóficos y teóricos para su desarrollo y la validación. Primera Parte. Rev ROL Enf 2012; 35(4):260-265.
- [2] Juvé-Udina ME. ATIC. Fundamentos filosóficos y teóricos para el desarrollo y la validación de una terminología enfermera de interfase. Segunda Parte. Rev ROL Enf 2012; 35(5): 48-55.
- [3] Meleis AI. Being and becoming healthy: the core of nursing knowledge. Nurs Sci Q 1990; 3: 107-14.
- [4] Nightingale F. Notas sobre la enfermería. Qué es y qué no es. Barcelona: Salvat; 1990.
- [5] Peplau HE. Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Salvat; 1990.
- [6] Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 1971.
- [7] Luis Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro Gómez MV. De La teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson; 2005. Pp. 49-55.
- [8] Orem DE, Taylor G, McLaughlin K. Nursing, Concepts of practice. St. Louis: Mosby 2001; a:79.
- [9] George JB (ed). Nursing Theories. The base for professional nursing practice. Connecticut, Appleton & Lange; 1990. a:119 b:32 c:203 d:219.
- [10] Cody WK. About all those paradigms: many in the universe, two in nursing. Nurs Sci Q 1995; 8: 144-7.
- [11] Thorne S, Canam C, Dahinten S, Hall W, Henderson A, Reimer-Kirkham S. Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates. J Adv Nurs 1998; 27: 1257-68.
- [12] VVAA. Gran Enciclopèdia Catalana. Malaltia. Barcelona: Enciclopèdia Catalana; 1993. 6ª ed. 267.
- [13] Henderson V. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: Ed. Interamericana; 1994.
- [14] Harmer B. Henderson V. Textbook of principles and practice of nursing. New York: Macmillan Co., Inc.; 1939.
- [15] Banfield BE. Environment: a perspective of the self-care deficit nursing theory. Nurs Sci Q 2011; 24(2): 96-100.
- [16] Alligood MR. The vital nature of environment. Nurs Sci Q; 24(2): 94-5.
- [17] Chopoorian TJ. Reconceptualizing the environment. En: Moccia P. New approaches to theory development. New York: National League for Nursing Press; 1986. 39-54.
- [18] Stevens PE. A critical social reconceptualization of environment in nursing: implications for methodology. Adv Nurs Sci; 1989.
- [19] Meleis AI. Theoretical Nursing: development and progress. 3a ed. Philadelphia, PA. Lippincott; 1997.
- [20] Kleffel D. Environmental paradigms: moving toward and ecocentric perspective. Adv Nurs Sci. 1996; 18(4): 1-10.
- [21] Butterfield PG. Upstream reflections on environmental health: an abbreviated history and a framework for action. Adv Nurs Sci. 2002; 25:32-49.
- [22] Laustsen G. Environment, ecosystems and ecological behaviour. Adv Nurs Sci. 2006; 1:43-54.
- [23] Schim SM, Benkert R, Bell SE, Walker DS, Danford CA. Social justice: added metaparadigm concept for urban health nursing. Publ Health Nurs. 2006; 1:73-80.
- [24] Davis RL. Exploring possibilities: virtual reality in nursing research. Res Theory Nurs Pract. 2009; 23(2):133-47.
- [25] Barnes L, Rudge T. Virtual reality or real virtuality: the space of flows and nursing practice. Nurs Inq. 2005; 12(4):306-15.
- [26] Phillips JR. Virtual reality: a new vista for nurse researchers? Nurs Sci Q. 1993; 6(1):5-7.
- [27] Schneider SM, Kisby CK, Flint EP. Effect of virtual reality on time perception in patients receiving chemotherapy. Support Care Cancer. 2011; 19(4):555-64.
- [28] Miller K, Rodger S, Bucolo S, Greer R, Kimble RM. Multi-modal distraction. Using technology to combat pain in young children with burn injuries. Burns. 2010; 36(5):647-58.
- [29] Schneider SM, Hood LE. Virtual reality: a distraction intervention for chemotherapy. Oncol Nurs Forum. 2007; 34(1):39-46.
- [30] Chan EA, Chung JW, Wong TK, Lien AS, Yang JY. Application of a virtual reality prototype for pain relief of pediatric burn in Taiwan. J Clin Nurs. 2007; 16(4):786-93.
- [31] Sander Wint S, Eshelman D, Steele J, Guzzetta CE. Effects of distraction using virtual reality glasses during lumbar punctures in adolescents with cancer. Oncol Nurs Forum. 2002; 29(1):E8-E15.
- [32] Dowdell EB, Burgess AW, Flores JR. Original Research: Online Social Networking Patterns Among Adolescents, Young Adults, and Sexual Offenders. Am J Nurs. 2011; 111(7):28-36.
- [33] Wieland DM. Computer addiction: implications for nursing psychotherapy practice. Perspect Psychiatr Care. 2005; 41(4):153-61.
- [34] Li WH, Chung JO, Ho EK. The effectiveness of therapeutic play, using virtual reality computer games, in promoting the psychological well-being of children hospitalised with cancer. J Clin Nurs. 2011; 20(15-16):2135-43.
- [35] Rey-López JP, Tomas C, Vicente-Rodríguez G, Gracia-Marco L, Jiménez-Pavón D, Pérez-Llamas F, et al. Sedentary behaviours and socio-economic status in Spanish adolescents: the AVENA study. Eur J Public Health. 2011; 21(2):151-7.
- [36] Cresci MK, Yarandi HN, Morrell RW. The Digital Divide and urban older adults. Comput Inform Nurs. 2010; 28(2):88-94.
- [37] Hastings EC, Karas TL, Winsler A, Way E, Madigan A, Tyler S. Young children's video/computer game use: relations with school performance and behavior. Issues Ment Health Nurs. 2009; 30(10):638-49.
- [38] Stora M. Addiction to video games or how to hold the world in one's closed fist. Soins Psychiatr. 2009; (262):22-5.
- [39] Echegoyen Olleta J. Ortega y Gasset. Resumen de su pensamiento. En: <http://www.e-torredebabel.com/Historia-de-la-filosofia/Resumenes/OrtegayGasset-Resumen1.htm> [Último acceso 3/7/11].
- [40] Fogel Keck J. Terminología del desarrollo de la teoría. EN: Marriner A y Raile M (ed). Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Hartcourt Brace; 1999.
- [41] Alliwod MR, Marriner-Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Elsevier España; 2011.
- [42] Meleis AI. Transitions theory. Midrange and situation-specific theories in nursing. New York: Springer Publishing Co.; 2010.
- [43] Benner P. Práctica progresiva en enfermería. (From Novice to Expert). Barcelona: Grijalbo; 1987.
- [44] Juvé ME, Huguet M, Monterde D, Sanmartín MJ, Martí N, Cuevas B et al. Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Nursing (Ed. Española) 2007; 25(4): 56-61.
- [45] Juvé ME, Farrero S, Matud C, Monterde D, Fierro G, Marsal R, et al. ¿Cómo definen los profesionales de enfermería sus competencias asistenciales? Nursing (Ed. Española). 2007; 25(7): 62-73.
- [46] Juvé ME, Farrero S, Monterde D, Sevillano MM, Olivé C, Casado MA et al. Umbral de pericia requerido para la ejecución competencial enfermera. Metas de Enferm. 2009; 11(10): 8-15.
- [47] Juvé ME, Farrero S, Matud C, Rius L, Monterde D, Cruz R et al. Pesos competenciales asociados a las diferentes áreas de cuidados en el ámbito hospitalario. Nursing (Ed. Española) 2009; 27(7): 54-8.
- [48] Aiken LH y Patrician P. Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. Nurs Res. 2000; 49 (3): 146 – 153.
- [49] Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. Res in Nurs & Health. 2002; 25 : 176 – 88.
- [50] Frieser CR. Nursing practice environments and outcomes: implications for oncology nursing. Oncol Nurs Forum. 2005; 32 (4): 765-72.
- [51] Juvé ME, Farrero S, Monterde D, Hernández O, Sistac M, Rodríguez A, et al. Análisis del contexto organizativo de la práctica enfermera. El Nursing work index en los hospitales públicos. Metas de Enferm. 2007; 10(7): 67-73.
- [52] Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA. 2003 290(12): 1617-23.
- [53] Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. JAMA. 2002; 288(16): 1987-93.
- [54] Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. (2a Ed.) SAGE Ed. Thousand Oaks, CA. 1995.
- [55] Hupcey J, Penrod J. Concept advancement. Enhancing inductive validity. Res Theory Nurs Pract 2003 17(1): 19-30.
- [56] Morse JM, Hupcey JE, Penrod J, Mitcham C. Integrating concepts for the development of qualitative-derived theory. Res Theory Nurs Pract 2002 16 (1): 5-18.
- [57] Daniel S. The patient as a text: a model of clinical hermeneutics. Theor Med 1986 7: 195-210.

Nota de la Redacción: El artículo de la autora titulado Terminología enfermera de interfase. Fundamentos filosóficos y teóricos para su desarrollo y validación I. Abril 2012, en la página 262, en la figura 1, Niveles de organización de los vocabularios, en la fila media donde indica *Sistemas de lenguaje unificado*, debería decir: *Vocabularios de referencia o de salida*.