



edición digital

ISSN: 1138-350K



Cuidar traspasando el diagnóstico enfermero

Junta Directiva

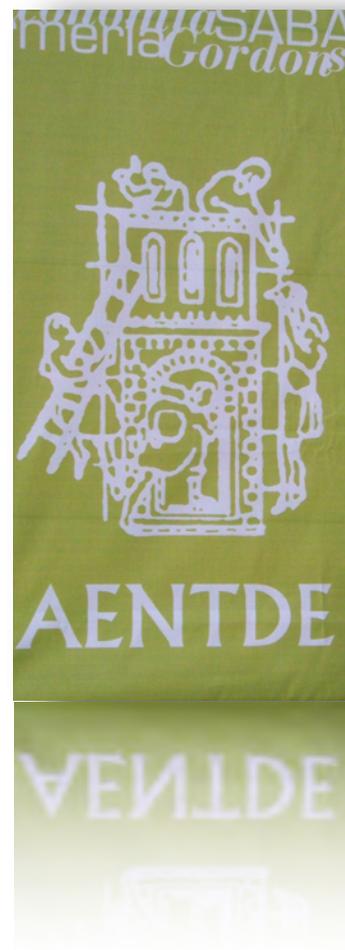
Rosa González Gutiérrez-Solana (Presidenta)
 Dra. Aurora Quero Rufián (Vicepresidenta)
 Rosa Rifá Ros (Secretaria)
 Roser Álvarez Miro (Tesorera)
 Jose Luis Aréjula Torres (Vocal I)
 Susana Martín Iglesias (Vocal II)
 Aurora Fernández Roibás(Vocal III)
 Rosario Fernández Flórez (Vocal IV)
 Carme Espinosa i Fresnedo (Vocal V)
 Esperanza Ferrer Ferrandis (Vocal VI)
 Roser Cadena i Caballero (Vocal VII)

Créditos

Josep Adolf Guirao Goris (Editor)

Dirección postal

AENTDE
 Escuela de Enfermería
 Universitat de Barcelona
 Feixa Llarga, s/n
 08907 L'Hospitalet (Barcelona)
 ☎ 934 035 731
 secretaria@aentde.com
 http://www.aentde.com



Indice

- ☀ VII Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería ... **2**
- ☀ Posicionamiento AENTDE respecto a la nueva definición de diagnóstico de enfermería de NANDA-I ... **6**
- ☀ Asamblea de Socios AENTDE ... **12**
- ☀ Diagnosticar para cuidar ... **13**
- ☀ El II Premio nacional de proyectos de investigación EIR en salud mental para un proyecto de validación diagnóstica ... **21**
- ☀ Conferencia NANDA-I 2008 ... **23**

VII SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

por Rosa Rifá y Rosa Roure



Los pasados 23 y 24 de Octubre de 2008 se celebró en Barcelona el VII Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería, con el lema “Cuidar traspasando el diagnóstico enfermero”, organizado por AENTDE junto con l'Escola Universitaria d'Infermeria, Fisioteràpia i Nutrició Blanquerna de la Universitat Ramon LLull. Del Simposium cabe destacar tanto su nivel de participación como la calidad de las ponencias y de las comunicaciones presentadas por los profesionales asistentes que pusieron de manifiesto el uso de las taxonomías enfermeras (NANDA, NOC, NIC), en la realidad asistencial, investigadora, docente a nivel nacional e internacional.

La inauguración del Simposium corrió a cargo del vicerector de la Universitat Ramon LLull, el Dr. Jordi Riera que dio la bienvenida a los participantes y reforzó la importancia de los lenguajes para la investigación.

Rosa González Gutiérrez -Solana, presidenta de AENTDE, abrió el Simposium con la Conferencia “Traspasando el Diagnóstico Enfermero en la Realidad Asistencial” en la que puso de manifiesto la importancia de la taxonomía NANDA en España, incorporada en la base de conocimientos de los sistemas informatizados, estudiada en todas las Universidades y utilizada en la práctica clínica de nuestro país. Remarcó el estudio de validez de la Taxonomía II llevado a cabo por AENTDE en Septiembre de 2001 y terminó haciendo una clara apuesta por la necesidad de recuperar los cuidados básicos como esencia de nuestra identidad profesional.

Seguidamente se llevó a cabo un interesante debate entre la Sra. Rosa González Gutiérrez-Solana y la Sra. Jane Brokel, bajo el título “Los retos del Diagnóstico Enfermero”. Jane Brokel, profesora de la Universidad de Iowa, relató la ponencia de la presidenta de NANDA, en la que se daba a conocer la propuesta de nueva definición de diagnóstico de enfermería que se presentará en la próxima conferencia de NANDA: *Un diagnóstico de enfermería es*

un juicio clínico que formulan las enfermeras sobre las respuestas del individuo, de la familia o la comunidad a las afecciones o procesos vitales. A tenor de dicho juicio, la enfermera será responsable de la monitorización de las respuestas del cliente, de la adopción de las decisiones que culminaran en un plan de cuidados, y de la ejecución de las intervenciones, incluyendo la colaboración interdisciplinar y la derivación del cliente si fuera necesario. La enfermera será total o parcialmente responsable de la consecución de los resultados deseados.

Ante la propuesta de NANDA de incorporar los problemas colaborativos como diagnósticos enfermeros, Rosa González enunció las ventajas e inconvenientes que ello supondría, en el contexto español, dando a conocer el posicionamiento de AENTDE ante estos nuevos cambios (en este mismo número se dispone del posicionamiento presentado por nuestra presidenta). Se propone como alternativa, trabajar por una clasificación Internacional de los problemas colaborativos a partir de la clasificación de L. Carpenito que permita su codificación e inclusión en los sistemas informáticos así como la creación de grupos de trabajo a nivel de cada país para impulsar líneas de investigación que permitan el desarrollo de las taxonomías.

Por la tarde en la mesa redonda de título "Estándares para la calidad de los cuidados enfermeros", la Sra Kaija Saranto, presidenta de ACENDIO presentó un estudio realizado en 17 países europeos con la finalidad de identificar el estado de los modelos, terminologías y estándares en la documentación enfermera en Europa como herramientas para la valoración de la calidad enfermera.

El Sr. Francisco Javier Broullon Molares presentó el Health Level System (HL7) como estrategia para el modelo de interoperabilidad e intercambio de datos clínicos entre los sistemas de información de salud.

El Sr. José Rodríguez Escobar presentó el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud centrándose en la estrategia, cuyo objetivo es la mejora de la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS, a través de la prevención de los efectos adversos.

Concluida la primera jornada, el comité organizador nos ofreció la Cena de Gala, que se inició en una terraza con espléndidas vistas al puerto de Barcelona y al Mar Mediterráneo para continuar en el interior del moderno edificio del Maremagnum construido ganando terreno al mar.



El día 24 de octubre, después de las comunicaciones simultáneas, la profesora Carme Espinosa i Fresnedo, vocal de AENTDE y presidenta del Comité Organizador del Simposium, en su conferencia "Más allá de las interrelaciones: La integración del lenguaje" hizo un excelente relato de la historia de los diagnósticos enfermeros y el Proceso de Atención de Enfermería, desde su inicio hasta la actualidad y evidenció la dificultad del manejo de las tres clasificaciones NANDA, NOC y NIC. A partir de todo ello, concluyó diciendo que es necesario seguir avanzando hacia el proceso de enfermería de tercera generación replanteándonos la metodología, las terminologías y los sistemas electrónicos.

A continuación se llevó a cabo la mesa redonda "La integración del Lenguaje enfermero: CIPE, SNOMED CT, NNN" en la que participaron: la Sra. Sara Martins, adjunta a la dirección para los Sistemas de Información de la Unidad de Salud de Matosinhos (Portugal) y las profesoras de la Universidad de Iowa, Jane Brokel y Elisabeth Swanson.

Sara Martins expuso las estrategias de implantación, en la ULS de Matosinhos, del Sistema de Información en Enfermería sus ventajas e inconvenientes y las perspectivas de futuro.

Elisabeth Swanson apuesta por la práctica reflexiva como herramienta que nos facilitará la identificación de las intervenciones que consiguen los mejores resultados, y nos posibilitaran el análisis de diagnósticos e intervenciones asociados a grupos humanos así como los diagnósticos y resultados asociados a condiciones médicas.

Jane Brokel nos presentó SNOMED CT extensa terminología de referencia basada en conceptos que permite la captura de datos clínicos y la recuperación de información médica y la agregación de otros lenguajes

utilizando estándares internacionales.

Después del almuerzo, en la mesa redonda “Sistemas de Información Electrónicos y Lenguajes Enfermeros”, José Luís Aréjula nos presentó el aplicativo OMI-AP web, Lorena Rodríguez nos presentó el programa Gacela Care de Oesia y Lourdes Gúlfás nos presentó el aplicativo de HP.

En la conferencia de clausura, Josep Adolf Guirao-Goris nos deleitó con sus palabras, resaltando que las hipótesis diagnósticas constituyen una tentativa de aproximación a la realidad compleja en la que utilizamos el poder de las palabras para la expresión del cuidado, a través de la valoración entendida como proceso de interacción sujeto-sujeto por la que aprendemos la situación que vive la persona, su contexto, su entorno, su percepción y su comprensión global. Esta debe ser realizada con atención, delicadeza, solicitud, diligencia, celo, y deben desarrollarse intercambios de comunicación de procesos de vida y desarrollo humanos con una actitud de ocupación, preocupación, responsabilización y compromiso con el otro, para conseguir un buen razonamiento clínico que culmine con un diagnóstico acertado de los problemas que tiene el paciente, la familia y la comunidad que nos permita, la finalidad última de nuestra profesión que es CUIDAR.

En el acto de clausura se hizo un reconocimiento público de la labor realizada por los estudiantes de enfermería que colaboraron de forma desinteresada con la organización y se libraron los premios a las mejores comunicaciones.

Premios AENTDE

Reunido el comité científico del VII Simposium internacional de diagnósticos de enfermería resolvió conceder los siguientes premios:

El segundo accésit dotado con diploma acreditativo al póster titulado:

Estudio de las variables para la identificación del riesgo del deterioro cognitivo presentado por Marina Gómez Arcas, Enrique Terol Fernández, Antonio J. Núñez Montengro; Rafael Cabello Jaime; Miguel Bejar López.

El primer accésit dotado con diploma acreditativo al póster titulado:

Uso del lenguaje enfermero estandarizado en los informes de Continuidad de Cuidados de Enfermería al alta hospitalaria en el HUGCDN presentado por Trinidad Revilla Villegas, Rita Pulido Justicia, Aurora Baraza Saz,



La representante de la comunicación ganadora en el momento de recoger el premio

Pino Sánchez Reyes, Víctor Guerra Arencibia, Marta Portolés Baraza.

El premio al mejor póster dotado con diploma acreditativo y 400 € al titulado:

Trastorno de los procesos de pensamiento: revisión y propuesta presentado por M^a Auxiliadora Sánchez Ledesma, Laura Castro Márquez y Cristina Beltrán Orihuela.

El segundo accésit dotado con diploma acreditativo a la comunicación oral titulada:

Etiquetas diagnósticas en vías de extinción: ¿qué nos supone? presentado por

Susana Martín Iglesias, José Luis Aréjula Torres, Oscar Aguado Arroyo, M^a Sonsoles García Grande, M^a Ángeles Vílchez Martínez, Teresa Fontova Cemeli

El primer accésit dotado con diploma acreditativo a la comunicación oral titulada:

Análisis de los diagnósticos de enfermería registrados en las historias de salud de un área de salud.

Rita María Mendoza Sánchez, Antonio Cabeza Mora y Milagrosa Medina Pérez.

El premio a la mejor comunicación oral dotada con diploma acreditativo y 1000 € a la titulada:

Diagnóstico de enfermería en personas con diabetes desde la perspectiva de género y nivel educativo. presentado por Lourdes De la Pisa Latorre, Cristina Márquez Calzada, Carla Cubero Sánchez, Rocio Arahall Trigueros, Víctor Cuberos Fernández y Beatriz Pascual de la Pisa.



Los retos del diagnóstico enfermero.

Posicionamiento AENTDE.

Ponencia presentada por la Presidenta de AENTDE.

VII Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería - Barcelona 2008

Los diagnósticos de vigilancia en el contexto español.

por Rosa González Gutiérrez-Solana

Introducción

De todos es conocida la importancia de la taxonomía NANDA en el desarrollo e implantación de los Diagnósticos Enfermeros en España. Actualmente en todas las Universidades del estado español se estudia, en el currículo básico de enfermería; está incorporada en la base de conocimientos de los sistemas informatizados y es utilizada en la práctica clínica, si bien de forma desigual, en todo el país.

Durante todos estos años, las enfermeras españolas hemos seguido la evolución de esta taxonomía con mucho interés, hemos alabado y/o criticado cada uno de los diagnósticos que se han ido incorporando, y hemos sufrido en muchas ocasiones sus traducciones. Los docentes, tanto en las Universidades como en los programas de Formación Continuada, hemos respetado la taxonomía, realizando recomendaciones para su uso. Cada vez que aparecía un diagnóstico que

en nuestro contexto entraba en contradicción con la definición de diagnóstico enfermero, hemos recomendado su no utilización, explicando que el contexto de cada país es el que debe justificar su utilización o no como diagnóstico enfermero.

AENTDE que inicio su andadura en 1996 con el propósito de fomentar el conocimiento y la utilización de las nomenclaturas enfermeras, como contribución específica al desarrollo del rol propio y de la ciencia enfermera, y de agrupar a todos los enfermeros interesados en estudiar y trabajar por un lenguaje común entre los profesionales de Enfermería, ha apostado por esta taxonomía diagnóstica realizando traducciones de sus etiquetas, difundiendo a través de sus Congresos los nuevos diagnósticos o modificaciones en su taxonomía e incluso alguno de los miembros de su Junta Directiva se ha incorporado en NANDA Internacional como miembros del Comité para la Taxonomía.

En el Internacional Journal of Nursing Terminologies and Classification del 2008 (Enero/ Marzo), la doctora Herman, explicaba los debates que se habían producido, durante una reunión conjunta de los Comités de Taxonomía, Informática, y Desarrollo de Diagnósticos (DDC), con respecto a la definición actual del diagnóstico de enfermería y en el que se debatieron y plantearon a fondo los “diagnósticos fisiológicos” y los “diagnósticos de vigilancia”.

Ante la propuesta de incorporación de un diagnóstico fisiológico como “*Desequilibrio electrolítico*”, los miembros del DDC, se hacían la pregunta que sistemáticamente nos hemos hecho muchas enfermeras españolas, ante otros diagnósticos similares de la actual taxonomía. *¿ Cumple este diagnostico los requisitos de la definición de un diagnostico de enfermería? ¿ Es realmente un diagnostico enfermero?.*

Como ustedes podrán concluir, este diagnostico, no se adapta a la definición de diagnostico enfermero, dado que la selección de intervenciones para corregir el desequilibrio electrolítico, requieren de la prescripción medica.

Del resultado de estos debates y otros posteriores en el Comité Directivo de NANDA, surge la propuesta de crear un debate de mayor extensión y consenso, sobre la posibilidad de modificar la definición de diagnostico enfermero.

Estudio de la validez de la taxonomía II de NANDA en España.

Como ustedes ya saben, en septiembre de 2001, la junta directiva de AENTDE se propuso comenzar a estudiar la validez de la taxonomía II de NANDA en España.

Basándose en la estructura metodológica del modelo de Fehring se propusieron cuatro facetas de la validez de contenido que denominaremos “validez intrínseca” de las etiquetas diagnósticas.

Las facetas que componen esta validez intrínseca son:

- **Claridad de la etiqueta:** La etiqueta es inteligible y fácil de comprender
- **Claridad de la definición:** La definición es inteligible y fácil de comprender

- **Coherencia:** La definición expresa de forma exacta el significado de la etiqueta diagnóstica y no recurre a los términos empleados en la etiqueta y
- **Capacidad de intervención:** La enfermera puede intervenir de forma independiente sin la participación de otro profesional.

En el caso que nos ocupa la propiedad que nos permite conocer la diferencia entre diagnóstico enfermero y problema interdependiente (según la definición de Diagnostico enfermero NANDA 9º Congreso. 1990) se trata de **la capacidad de intervención.**

Los valores que puede asumir para esta faceta son:

- 1, ninguna capacidad de intervención independiente;
- 2, poca capacidad de intervención independiente;
- 3, alguna capacidad de intervención independiente;
- 4, bastante capacidad de intervención independiente; y
- 5, mucha capacidad de intervención independiente.

Para cada faceta se calcula un coeficiente ponderado. Los coeficientes ponderados se obtienen mediante la suma de los pesos asignados en cada respuesta, dividida entre el número total de respuestas. Los pesos asignados son: 5=1; 4=0,75; 3=0,50; 2=0,25; 1=0.

Así cuando el coeficiente ponderado de capacidad de intervención es inferior a 0,5 podemos afirmar que el problema analizado se abordaría desde una perspectiva de colaboración con otros profesionales. Si la puntuación del coeficiente de capacidad de intervención se sitúa entre 0,5 y 0,75 sería un problema que puede tener intervenciones prescritas autónomamente por las enfermeras, y si es mayor a 0,75 lo consideraríamos claramente un diagnóstico enfermero.

Lo resultados del estudio nos indican que:

- 108 etiquetas diagnósticas tienen un coeficiente ponderado de capacidad de intervención mayor a 0,6
- 30 etiquetas tienen un coeficiente ponderado entre 0,6 y 0,5
- 14 etiquetas tienen un coeficiente ponderado entre 0,5 y 0,3 y
- 3 etiquetas tienen un coeficiente muy bajo.

De este estudio se identificaron las siguientes etiquetas con capacidad de intervención inferior a 0,5:

Diagnóstico enfermero	Coeficiente Capacidad de intervención
Retraso en la recuperación quirúrgica	0,48
Automutilación	0,47
Deterioro de la dentición	0,47
Perturbación Del Campo De Energía.	0,47
Riesgo de disreflexia autónoma	0,47
Privación de sueño	0,46
Respuesta disfuncional al destete del respirador	0,46
Retraso en el crecimiento y desarrollo	0,46
Patrón respiratorio ineficaz	0,45
Riesgo de crecimiento desproporcionado	0,44
Trastorno De La Identidad Personal	0,41
Deterioro del intercambio gaseoso	0,37
Disreflexia autónoma	0,36
Dificultad para mantener la ventilación espontánea	0,33
Perfusión tisular ineficaz (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)	0,28
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal	0,27
Disminución del gasto cardiaco	0,25



Definiciones

Ante la propuesta de NANDA de modificación de la definición de diagnóstico enfermero, es conveniente revisar las definiciones.

Definición actual de Diagnóstico de enfermería por parte de NANDA:

“Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, de la familia o de la comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales. Un diagnóstico de enfermería, proporciona la base para la selección de intervenciones oportunas de enfermería para conseguir unos resultados de los que se considera responsable a la enfermera”.

NANDA 9º Congreso. 1990

AENTDE lo define como:

“Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente”.

AENTDE. Mayo 2001

Ambas definiciones, centran el diagnóstico enfermero en que, es la enfermera la que prescribe el tratamiento y se responsabiliza de la consecución de los resultados. Hablamos por lo tanto de intervenciones propias, que no requieran prescripción médica para conseguir los resultados.

Durante muchos años, en el contexto español, hemos diferenciado los diagnósticos enfermeros, de los problemas de colaboración, estos problemas L. Carpenito los identificó y nombró en 1983, como diagnósticos interdependientes, duales o colaborativos y están incorporados como Complicaciones Potenciales, siguiendo su propuesta terminológica, en los planes de cuidados de muchos hospitales españoles.

AENTDE los define como “Complicaciones fisiológicas derivadas del diagnóstico y/o tratamiento médico que las enfermeras monitorizan para detectar precozmente su aparición. Se enuncian como C. P: seguido de la complicación que se quiera monitorizar.

Las enfermeras realizan intervenciones de vigilancia para la detección precoz de la complicación y derivan al médico cuando consideran que los cambios producidos son significativos o pueden requerir modificaciones en el tratamiento”. AENTDE febrero 2008

Propuesta de NANDA de una nueva definición de diagnóstico de enfermería:

“Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico que formulan las enfermeras sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a las afecciones o procesos vitales. A tenor de dicho juicio, la enfermera será responsable de la monitorización de las respuestas del cliente, de la adopción de decisiones que culminaran en un plan de cuidados, y de la ejecución de las intervenciones, incluyendo la colaboración interdisciplinar y la derivación del cliente si fuera necesario. La enfermera será total o parcialmente responsable de la consecución de los resultados deseados”.

Como se puede ver por la definición, se propone incorporar los problemas colaborativos como diagnósticos enfermeros.

Ventajas e inconvenientes, en el contexto español, de la modificación propuesta por NANDA-I.

La Junta Directiva de AENTDE, realizó un debate intentando analizar desde la perspectiva de las enfermeras españolas, que posibles fortalezas y debilidades tendría incorporar los problemas de vigilancia, es decir los problemas conocidos en España como problemas interdependientes, colaborativos o duales, a los diagnósticos enfermeros, con el consabido cambio en la definición de diagnóstico enfermero.

Decidimos recoger las opiniones vertidas de los miembros de la Junta, a través de técnicas de consenso. La fluidez de los miembros de la junta en

encontrar debilidades contrastó con la dificultad para encontrar fortalezas. A cada posible fortaleza que enunciaba un miembro de la junta los restantes participantes encontraban su propia debilidad.

Los resultados fueron:

Fortalezas:	Pero ...
<p>Unificación</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Supondría, en la práctica, la conversión de NANDA en una taxonomía de las condiciones que requieren la intervención enfermera: una taxonomía de la práctica enfermera. ▪ Estarían codificados internacionalmente los problemas colaborativos, que actualmente no están. <p>¿Porque no?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La NOC y la NIC ya incluyen intervenciones de la práctica de colaboración y las enfermeras las distinguen cuando las llevan a cabo. ¿Por qué no también la NANDA? • Tan importante es diagnosticar y tratar como predecir, prevenir y gestionar. 	<ul style="list-style-type: none"> • La taxonomía NANDA se parecería cada vez más a la CIPE con lo cual sería más idóneo utilizar la CIPE como sistema de clasificación dado que es un sistema internacional válido y con un futuro claro. • Para esto no hace falta incluirlos en los diagnósticos enfermeros. Codifiquémoslos. • La principal ventaja de los diagnósticos enfermeros era que intentaba poner el foco sobre el área autónoma de la enfermera, aspecto esencial en el contexto español que veníamos de una profesión ATS, exclusivamente colaborativa. • Para ello están los diagnósticos enfermeros de riesgo.

Debilidades

Perdida del desarrollo de la competencia autónoma:

- Supondría incrementar notablemente un área ya muy desarrollada que perfectamente está delimitada por los problemas potenciales, con el peligro de descuidar más si cabe, la poca atención que se presta a los diagnósticos enfermeros de competencia autónoma.
- Acabaría utilizándose únicamente diagnósticos de vigilancia, sobre todo en hospitales.
- Se desdibujaría la contribución única que realiza la enfermera dado que la vigilancia también la puede realizar otros profesionales: un técnico, un auxiliar o un médico.
- Cambiar la definición de diagnóstico enfermero, desvirtuaría la esencia de la profesión enfermera.

Debilidades

Confusión:

- Las enfermeras están acostumbradas a utilizar el modelo bifocal. El cambio puede conllevar que se hagan un lío.
- Nombrar diagnósticos de enfermería a todos los problemas puede crear confusión, no solo entre las enfermeras, sino también en otros profesionales.
- Son etiquetas médicas para incluirlas como diagnósticos enfermeros. Se podría tener conflicto de competencias con los médicos.
- ¿Se plantea renombrar lo ya nombrado por otra disciplina? ¿Que ventaja habría en ello?

Otros:

- Cabría plantearse si todo lo que hacen las enfermeras tiene que derivar de un diagnóstico enfermero. Administrar una inyección o vigilar un gotero no deriva de un diagnóstico enfermero sino de una terapia médica.
- Los problemas colaborativos no han seguido los mismos pasos que los diagnósticos enfermeros para incluirlos juntos.

Conclusiones y Propuestas

AENTDE por los motivos anteriormente expuestos:

- Reconoce la igual importancia de enunciar y tratar ambos tipos de diagnósticos, dado que ambos son problemas importantes para el paciente.
- No considera conveniente incorporar los Diagnósticos de vigilancia como Diagnósticos Enfermeros ni por lo tanto el cambio de definición de D. Enfermero
- Considera que todo lo que hace una enfermera no tiene que derivar de un diagnóstico enfermero. Existen intervenciones enfermeras que derivan de un diagnóstico o tratamiento médico y reconoce la importancia de su realización.
- Recomienda a las instituciones crear espacios donde las enfermeras puedan intercambiar conocimientos, experiencia con los enfermos, etc.

AENTDE propone:

- Trabajar por una clasificación internacional de los problemas colaborativos a partir de la clasificación de L. Carpenito, que permita su codificación para facilitar su inclusión en los Planes de Cuidados (con los NOC/ NIC) informatizados.
- Clarificar la taxonomía NANDA creando grupos de trabajo a nivel de cada país que:
 - Estudie la propuesta de excluir de la misma aquellos diagnósticos que por la capacidad de intervención no son Diagnósticos Enfermeros
 - Proponga la inclusión de estos diagnósticos en la clasificación de Problemas de Colaboración.

AENTDE, por tanto, se compromete a:

- Impulsar y trabajar en líneas que permitan desarrollar las taxonomías que clarifiquen las competencias autónomas y colaborativas de las enfermeras
- Dar a conocer estas taxonomías a través de sus Talleres y Simposia y de la formación que realizan sus miembros.
- Apoyar y favorecer la incorporación de estas dos taxonomías en los sistemas informáticos de las instituciones.

Asamblea de socios Barcelona 2008

por Dosi Bardaji

En el marco del VII Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería de AENTDE, celebrado Barcelona el 22 de octubre de 2008, se realizó la Asamblea General de socios.

Se explicó en la Asamblea de socios las distintas actividades llevadas a cabo por la asociación desde las VI Jornadas, realizadas estas en Valladolid, en octubre de 2007.

Parte de estas actividades han consistido en: la preparación de este VII Simposium, en el inicio de las negociaciones con NANDA para organizar conjuntamente el VIII Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería, en el año 2010 en Madrid y en el Inicio, también, de las gestiones para la realización de las VII Jornadas de Trabajo AENTDE, que se realizarán en Murcia, en colaboración con la Universidad Católica San Antonio.

Se ha actualizado e informatizado la base de datos de los socios (direcciones electrónicas, teléfonos, datos bancarios, etc.), aunque todavía hay socios de los que no se dispone de su correo electrónico.

Se informó a las socias y socios que ya está en marcha la sección protegida de soci@s y se les anima para que participen en dicha sección.

El Correo AENTDE en formato papel ha dejado de publicarse y se ha puesto en marcha el Correo digital.

El informe económico del ejercicio anterior presentado por la tesorera, refleja un balance positivo y justifica el incremento del presupuesto para este año en un 4% en base al IPC que la asamblea aprueba por unanimidad.

En esta asamblea se procedió a la renovación de miembros de la junta directiva, según marcan los estatutos y, de acuerdo a los resultados de la votación, la composición de la nueva junta la forman:

Rosa González Gutiérrez-Solana, Presidenta
Aurora Quero Rufián, Vicepresidenta
Roser Álvarez Miró, Tesorera
Rosa Rifà Rosa, Secretaria
Carmen Espinosa i Fresnedo, Vocal
Roser Cadena Caballero, Vocal
Esperanza Ferrer Ferrándis, Vocal
José Luis Aréjula Torres, Vocal
Rosario Fernández Flórez, Vocal
M. Aurora Fernández Roibás, Vocal
Susana Martín Iglesias, Vocal

Dejan sus cargos en la Junta al no optar a la reelección, Adolf Guirao, Maria Girbés, Mercedes Ramos, Rosa Roure y Teodosia Bardají. La presidenta,



en nombre propio y del resto de miembros de la Junta agradece el trabajo realizado y espera seguir contando con ellos en el futuro

La secretaria saliente, en nombre propio y en el de los otros miembros salientes, agradece al resto de la Junta el haber podido trabajar durante estos años dentro y por la asociación y la satisfacción de hacerlo con personas de una gran valía tanto en el aspecto personal como en el profesional.

Dentro del capítulo de felicitaciones, la presidenta dió la bienvenida a las personas que se incorporan a la Junta deseando que su incorporación resulte beneficiosa y fructífera para el desarrollo de los objetivos de AENTDE.

También felicita a la presidenta de la organización del Simposium, Sra. Carme Espinosa, a la directora de la Escuela Blanquerna, Sra. Isabel Pérez, a la Universidad Ramón Llull, a la Sra. Elena Mac-Swiny de la Secretaría Técnica, a todos los asistentes y, muy especialmente, a los alumnos y alumnas que han estado atentos y ayudando durante todos estos días.

Se finaliza la Junta con el deseo de poder vernos de nuevo en la próxima Asamblea General, dentro de las VII Jornadas a celebrar en Murcia



Diagnosticar para cuidar

Conferencia de clausura

VII Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería - Barcelona 2008



Diagnosticar para cuidar

por J. Adolf Guirao

En primer lugar deseo agradecer la oportunidad que el comité organizador me ofrece de dirigirme a ustedes después de haber escuchado y compartido con los asistentes al simposium las reflexiones que estamos realizando en torno al diagnóstico enfermero.

Como bien figura en el lema de este simposium el diagnóstico enfermero se enmarca dentro del cuidado. Cuidar traspasando el diagnóstico enfermero, supone cuidar yendo más allá del diagnóstico enfermero. En cierta medida traspasar el diagnóstico supone trascender el diagnóstico y ver la repercusiones que tiene el uso del lenguaje enfermero.

Para poder abordar el lema de la presente conferencia de clausura permítanme que comience a desgranar elementos fundamentales del cuidado y el cuidar, para después abordar el significado de diagnosticar para cuidar.

El cuidado y el cuidar

Leonardo Boff (2002), teólogo, filósofo y escritor brasileño en su obra el cuidado esencial afirma que en la actualidad el mundo virtual ha creado un nuevo habitat para el ser humano. Este nuevo habitat, al que nuestra disciplina no escapa (recordemos como se plantea la teleasistencia), se caracteriza por el encapsulamiento en uno mismo, por la falta de toque, de tacto y de con-tacto humano. Esta realidad afecta cada vez más la vida humana en aquello que posee de más fundamental: el cuidado y la com-pasión. El cuidado es el soporte real de

la creatividad, de la libertad y de la inteligencia.

Según Boff (2002), lo que se opone al desinterés y la indiferencia es el cuidado. Cuidar es más que un acto; es una actitud. Abarca, por tanto, más que un momento de atención, de celo o de desvelo. Representa una actitud de ocupación, de preocupación, de responsabilización y de compromiso afectivo con el otro. En el cuidado se encuentra el ethos fundamental de lo humano e identificamos los principios, los valores y las actitudes que convierten la vida en un vivir bien y las acciones en un recto actuar.

La actitud es una fuente que genera muchos actos que expresan la disposición de fondo. Cuando decimos que cuidamos de nuestra casa, se sobreentienden múltiples actos tales como preocuparse de las personas que viven en ella, prestándoles atención, garantizándoles provisiones e interesándonos por su bienestar. Cuidamos del ambiente acogedor de cada habitación. Nos desvelamos por conseguir que la casa sea un lugar entrañable, de modo que la echamos de menos al irnos y alegría cuando volvamos. En general no preocupamos y tenemos una actitud vigilante por el cuidado material, personal, social, ecológico y espiritual de la casa.

Si trasponemos este análisis al ser humano, sin cuidado el humano deja de ser. Si no recibe cuidado desde el nacimiento hasta la muerte, el ser humano se desestructura, se marchita, pierde el sentido y se muere. A lo largo de la vida el ser humano debe ser cuidado y el cuidado adquiere la condición de ser esencial.

Cuando se produce la pérdida de salud, el cuidado requiere mayor protagonismo y se

encuentra yuxtapuesto a todo el proceso. Por tanto cuidar, en tanto que esencial, no se puede desligar del ser y cuando una enfermera cuida de una persona el cuidado se encuentra presente independientemente de que se haya elaborado un diagnóstico enfermero o identificado un problema clínico.

La noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de nuestra profesión. Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y se esboza como criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. (Medina, 1999).

Medina realiza una aproximación al término cuidado resaltando varias definiciones que han dado diversos autores:

Benner y Wrubel (1989 citado en Medina, 1999) afirman que *“cuidar, o tomar contacto, es el elemento esencial de la relación enfermera cliente (...) y la capacidad de la enfermera para empatizar o “sentir desde” el paciente, representa la principal característica de las relaciones profesionales”*

Planner (1981 citado en Medina, 1999) define el cuidado como *“un proceso interactivo por el que la enfermeras y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado es alcanzado por un conciencia e íntima apertura del yo al otro por una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos.”*

Paterson y Zderad (1979 citado en Medina, 1999) apuntan que los elementos del





cuidado suponen el encuentro (el ser y la actualización) entre personas (enfermera y paciente) en una transacción intersubjetiva (estar con y hacer con) que ocurre en un tiempo y espacio (tal y como son percibidos por el enfermo y la enfermera) y con una finalidad determinada (bienestar y actualización).

Estas aportaciones que sobre el cuidado realizan diferentes enfermeras se pueden agrupar según Morse (1991 citado en Watson, 2001) en cinco perspectivas del cuidado analizando la literatura enfermera:

- El cuidado como un rasgo humano, una condición natural del ser humano.
- El cuidado como un imperativo moral, como virtud o valor.
- El cuidado como afecto hacia si mismo, hacia un paciente o hacia un trabajo.
- El cuidado como una interacción interpersonal, como algo que existe entre dos personas.
- El cuidado como intervención terapéutica, una acción deliberada y planeada con un objetivo en mente.

La Dra. Watson, enfermera que ha desarrollado la teoría del cuidado humanitario (caring), se hace eco de dos puntos de vista opuestos al analizar y abordar el cuidado. Puntos de vista muy presentes en el conocimiento humano. Me refiero a la clásica dualidad de las perspectivas positivista e interpretativa; de la perspectiva cualitativa o cuantitativa cuando se traslada la discusión al terreno de la investigación, o la dualidad de la perspectiva holística y el realismo material al que se refiere Boff.

Según Boff el realismo materialista, se encuentra detrás del edificio de la modernidad científico técnica. Esta filosofía imagina que las realidades existen como objetos independientes del sujeto que la observa, cuando en realidad no son independientes. En la actualidad hasta ciencias tan positivistas como la física reconocen que no hay objeto sin sujeto ni sujeto sin objeto. Este realismo materialista es poco realista porque reduce el ámbito de la realidad, al no incluir en

ella el fenómeno de la subjetividad, de la conciencia, de la vida o de la espiritualidad. La filosofía del realismo materialista aísla todos los elementos entre si como si fueran independientes, hay una pérdida de conexión con el Todo y al final lo que subyace es la falta de cuidado.

Frente a la corriente del realismo materialista se ha planteado un realismo holístico caracterizado por la preponderancia de la globalidad que suele ser inoperante ante realidades prácticas que requieren visiones locales.

Las enfermeras nos movemos en un entorno que tiende a medir resultados, a objetivar los fenómenos y en nuestro caso a intentar medir el cuidado. Existe una llamada a las enfermeras para que avancen en su conocimiento del cuidado mediante la medida empírica del mismo que resista la crítica de la comunidad científica; fruto de esa llamada son los lenguajes taxonómicos que hoy conocemos.

Al intentar medir el cuidado, nos introducimos en un proceso de reducir fenómenos

complejos humanos a un nivel de objetividad que tiene un significado menos profundo. (Watson, 2001). Como ya hemos analizado, el cuidado tiene además de sus aspectos objetivables un componente ontológico, tiene un sentido y un significado más allá del fenómeno que se objetiva. Al final nos encontramos con un dilema en el que algunos ven el cuidado como algo esencial, una filosofía, una experiencia existencial que no se puede definir en términos de criterios externos porque cada enfermera tiene una actitud y un motivo básico que es importante.

Nos encontramos otra vez ante la discusión positivista/interpretativa que parece llevarnos a un callejón sin salida.

Jane Watson, enfermera que podemos encuadrar en un paradigma interpretativo afirma que disponer de instrumentos que nos permitan dirigir y medir nuestros cuidados, nos permite en mayor medida desarrollar el conocimiento que tenemos del cuidado, y aprender más sobre cómo nuestros pacientes, enfermeras y el sistema se pueden beneficiar de dicho conocimiento.

Con esta reflexión Watson está adoptando una visión pragmática que supera la dualidad planteada mediante la asunción de la perspectiva del paradigma de la complejidad. Morin (2001) realiza una observación que nos puede ser muy útil *"El reduccionismo ha suscitado siempre, por oposición una corriente holística fundada sobre la preeminencia del concepto de globalidad o totalidad; pero siempre, la totalidad no ha sido más que un cajón de sastre que incluía demasiado, sin importar qué ni cómo. Cuanto más plena se volvía la totalidad, más vacía se volvía. Más allá del reduccionismo y el holismo, se encuentra la*



“Más allá del reduccionismo y el holismo, se encuentra la idea de la unidad compleja, que enlaza el pensamiento global al pensamiento analítico-reduccionista.”

Morin, 2001

idea de la unidad compleja, que enlaza el pensamiento global al pensamiento analítico-reduccionista.”

Desde esta perspectiva el cuidado enfermero debería por tanto asumir ambas perspectivas, el holismo y el realismo material.

Diagnosticar para cuidar

Hasta ahora he esbozado un análisis del significado de cuidar y pasará a describir lo que supone diagnosticar para cuidar. Para ello, recurriré a una autora fundamental como es la Dra. Marjorie Gordon.

Diagnosticar es un complejo proceso que se inicia tras realizar una valoración enfermera del estado de salud de una persona. Para Gordon (1997, 2007) el propósito inicial de la valoración es identificar cualquier problema que pueda presentar un patrón funcional. Y a partir de aquí, establecer una relación terapéutica, una relación de ayuda.

Este proceso se encuentra mediatizado por el contexto y por tanto se acerca más a la perspectiva holística que a la de la realidad material que tiene un carácter reduccionista.

Gordon identifica entre los elementos contextuales que afectan al proceso diagnóstico la tendencia psicológica de la enfermera y del paciente.

Una tendencia psicológica es una inclinación a mantener determinadas actitudes que nos llevarán a prestar atención a determinadas áreas en el que la motivación global va a ser un referente. Gordon identifica en la relación terapéutica de ayuda varias tendencias que se encuentran presentes en los profesionales:

La *tendencia descriptiva-explicativa* que está relacionada con las preguntas ¿Porqué se manifiesta este comportamiento? ¿Qué significa?.

La *tendencia de automantenimiento personal* se relaciona con las preguntas ¿Qué es el cliente en relación conmigo? ¿Puede ayudarme el cliente a encontrar mis necesidades?

La *tendencia del rol personal* se enfoca a las preguntas: ¿Quién es el cliente en relación conmigo? ¿Qué rol debo de desempeñar?

La *tendencia del rol-expectativas* del cliente se enfoca al comportamiento aceptable e inaceptable del cliente o hacia las preguntas ¿qué opina el cliente sobre mis expectativas hacia él?

Aunque la tendencia más productiva para diagnosticar es la primera, esto no quiere decir que en la realidad no se utilicen nunca el resto de tendencias. Todos los que cuidamos o hemos cuidado profesionalmente sabemos el efecto que tiene en la relación terapéutica el afecto que nos genera la relación con la persona cuidada, o lo que pensamos que una enfermera tiene que hacer y un paciente debe esperar de nosotros.

Por otra parte, la tendencia psicológica del cliente se ve mediatizada por preguntas del tipo ¿qué papel debo desempeñar? ¿cómo me debo de comportar? ¿qué está pasando? ¿cuál es la reacción de la enfermera a lo que le estoy contando?.

Para Gordon, el diagnóstico es una definición de la situación. Según lo que afirma Gordon el cliente ya tiene una idea, una explicación y una percepción de qué es lo que sucede. El sujeto piensa que sus síntomas son ambiguos: pueden no significar nada o ser importantes. Esta ambigüedad produce incertidumbre, y lo más importante es en qué medida estos síntomas interfieren con su actividad. Esta incertidumbre es la que le hace solicitar la ayuda profesional para que defina la situación y le encuentre un significado.

El proceso de valoración y el proceso diagnóstico se articula como dice Ferrer (2004) desde una perspectiva compleja que empieza a construirse a partir de las narrativas de naturaleza humana y social y la interacción que fluye entre la enfermera y la persona. En esta interacción se desarrollan intercambios de procesos de vida y de desarrollo humanos distintos, con una manera particular en cada uno de ellos de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte, situando "el cuidado" en un proceso de interacción dialógica sujeto-sujeto y construido a partir del relato de vida del propio protagonista del cuidado.

Así la elaboración de la hipótesis diagnóstica se convierte en una tentativa de explicación de la realidad enmarcada en la percepción del paciente y su contexto. Por ello, Gordon afirma que el proceso diagnóstico debe finalizar cuando se contrastan los problemas identificados al finalizar la valoración con el sujeto. Si no, cosificamos a la persona en un remedo de despotismo del cuidado en el que la persona no tiene voz.

La fase final del diagnóstico deviene cuando damos nombre a la situación y lo enunciamos en palabras.

Las palabras son las herramientas más poderosas con las que cuenta el ser humano, son casi un instrumento mágico que pueden reconfortar o soliviantar, crear el sueño más bello o destruir todo lo que nos rodea (Ruiz, 1998). Es por ello, que las palabras con que nombramos el cuidado pueden ser beneficiosas o perversas.

La palabra es lo que usan las personas normalmente para comunicarse, pero no es lo que les hace ser lo que son, de la misma manera el lenguaje enfermero es la forma de expresión del cuidado, pero no es en sí, la esencia del cuidado. (Ferrer, 2004).

Quiero alertarles de un peligro que tienen el uso del diagnóstico enfermero y es la utilización reduccionista del lenguaje. Y para ello deseo ponerles un ejemplo que un enfermero publica en la web de una federación de asociaciones de enfermería de atención primaria. El texto se titula "El OMI, la NANDA y la madre que los parió" y que me permitirán que reproduzca a continuación (Sánchez, Sin fecha) :

Algoritmo para diagnóstico enfermero del fumador

1.- ¿Fuma o ha sido fumador?

Fuma actualmente = Pasa a la

pregunta 2

No fuma = No fumador

Lo está dejando = Conductas generadoras de salud: dejar de fumar

2.- ¿Quiere dejar de fumar?

No = Mantenimiento inefectivo de la salud

Sí, pero no fija una fecha = Conflicto de decisiones: dejar de fumar

Sí y fija una fecha = Conductas generadoras de salud: dejar de fumar

Dice este enfermero

Como veis, me apaño sólo con tres etiquetas diagnósticas de la NANDA.

¿Que el paciente no quiere dejar de fumar? Como hay una falta de conductas generadoras de salud, utilizo la etiqueta: Mantenimiento inefectivo de la salud

¿Qué nos dice que le gustaría dejar de fumar, pero cuando le proponemos una fecha próxima para hacerlo se nos raja? Pues mientras no se aclare y se decida a dejar de fumar estamos ante un Conflicto de decisiones (dejar de fumar)

¿Qué se ha comprometido a dejar de fumar antes de 15 días o ya lo está dejando? Perfecto. Dos ejemplos clarísimos de Conductas generadoras de salud

¿No hay más diagnósticos? Continúa preguntándose este enfermero

Bueno, en el fumador se pueden dar muchas más respuestas al problema del tabaco de las tres que he dado.

Algunos fumadores quitan importancia o ignoran el riesgo de fumar (Negación ineficaz), se sienten incapaces de llevar a cabo el esfuerzo que supone dejar de fumar (Afrontamiento inefectivo) o fuman delante de sus hijos (o de sus pacientes) cuando se supone que deberían ejercer un papel ejemplar (Desempeño inefectivo del rol).

Cuando dan el paso y dejan de fumar, el síndrome de abstinencia les puede producir (Ansiedad), (Deterioro del patrón del sueño) o (Estreñimiento). Algunos aumentan la ingesta de alimentos en respuesta al síndrome de abstinencia (Riesgo de desequilibrio nutricional: por exceso)

Entre los efectos secundarios del uso de chicles de nicotina se ha descrito (Deterioro de la mucosa oral), con los parches de nicotina se puede producir un (Deterioro de la integridad cutánea), claro está que esto ocurre muchas veces por los (Conocimientos deficientes) que tiene el fumador en relación al uso de la medicación.

Si tras el abandono del tabaco se produce una recaída, pueden surgir en el fumador sentimientos de incapacidad para llevar a cabo el cambio (Baja autoestima situacional)

En algunos casos podemos encontrarnos, tras un período de cese de

varios meses ante un (Desequilibrio nutricional: por exceso), que en casos extremos podría dar lugar a un (Trastorno de la imagen corporal)

Pero he dicho antes que cuanto menos nos compliquemos la vida mejor, así que, de entrada, límitate a trabajar con las tres etiquetas diagnósticas que he apuntado (Manejo inefectivo de la salud, conflicto de decisiones y conductas generadoras de salud) y el resto las dejaremos para los que quieran mejorar nota.

Me permitirán solamente que comente que el presente texto rezuma una simplicidad representativa del realismo materialista y desde mi perspectiva una ética del cuidado cuestionable. Reduce el proceso diagnóstico que vimos como complejo, a un proceso unívoco que liga una manifestación, a un diagnóstico. Y descontextualiza a la persona de su realidad, de su significado y de su interpretación.

¿Creen ustedes realmente que se puede etiquetar a una persona con un diagnóstico como se plantea en este texto, partiendo de lo que una persona expresa en un momento?

Si ponemos cara, biografía, historia de vida y contextualizamos la relación del cuidado; un texto como el que les he leído supone la reducción de una acción a un hecho objetivable sin valor y significado. Cuando una persona dice “te mataría” podemos interpretar este dato como un hecho objetivo y unívoco. Qué significación tiene para la persona, podemos etiquetar a esta persona como una “Asesina”. Ustedes tienen la respuesta.

Este error, es muy frecuente y se da cuando una enfermera se precipita, no ha realizado una valoración íntegra de la persona

y no ha sido capaz de aprehender la situación vital de la persona. Por eso yo les recomendaría que fuesen muy cautos antes de etiquetar a una persona; antes de aplicar un protocolo o antes de aplicar un plan de cuidados estándar.

Otra cuestión que no debemos olvidar el componente ético del cuidado y del diagnóstico, que como ya les referí anteriormente es un componente intrínseco del cuidado esencial. Ya les he comentado que Gordon plantea como un componente obligatorio del proceso diagnóstico la contrastación del diagnóstico con la persona cuidada. Y es en estos momentos cuando reflexiono y me planteo la pregunta siguiente:

¿Cuántas enfermeras cuando etiquetan a una persona con la etiqueta “incumplimiento” la han contrastado con ella? Imagínese que es usted una persona diabética, lleva intentando realizar la dieta durante años, la ha ido llevando como ha podido unas veces con más éxito y otras con menos ; lleva una semana exhausto y en el día que tiene consulta con su enfermera le dice “no quiero hacer la dieta, si me tengo que morir, que me de un paparajote y que me muera” y a continuación la enfermera le etiqueta de “incumplimiento”. ¿Cómo se sentiría usted? ¿que derecho tiene esa enfermera a etiquetarme tan alegremente?

No podemos etiquetar a la ligera. No podemos etiquetar y poner nombre a los fenómenos sin aprehender la experiencia vital de la persona. Si entendemos esto así no diagnosticamos para cuidar sólo ponemos etiquetas.

He aquí pues uno de los grandes peligros contra los que debemos estar alerta:

El peligro de la simplicidad.



El peligro de pensar que diagnosticar es registrar un nombre en el ordenador.

El peligro de confundir las palabras con el complejo proceso que ellas representan.

En definitiva cosificar a la persona a través del diagnóstico

Para superar estos peligros no deberíamos olvidar que el diagnóstico se trata de una aproximación a la realidad compleja de la persona que surge tras una relación dialógica entre la enfermera y la persona, en la que esta es la principal protagonista.

Diagnosticar para cuidar va más allá de decidir como registro el caso en el ordenador. Y para ilustrar este proceso recurriré a mi experiencia personal con un profesional de la salud y que quizás nos pueda alertar sobre los peligros de los que le hablo.

Mi médico es una rara especie que debería ser más frecuente. Etiquetándolo podría enmarcarlo en la corriente de la medicina humanista. Es para mí un consultor y la relación que tiene conmigo se basa en el respeto a mis valores y mi autonomía personal. Hace ya unos años tuve un problema de ansiedad y acudí a él, y me ofreció posibles alternativas terapéuticas para que yo decidiese.

Llegó el momento de registrar el diagnóstico médico en el ordenador y me pidió opinión, dado mis conocimientos profesionales, sobre con qué diagnóstico me podría sentir yo cómodo. La verdad es que no me acuerdo del código CIE que le dimos a mi proceso.

Pasado el tiempo hace dos meses, me enseñó las últimas novedades que le han instalado en el sistema informático de la consulta, y me mostró como el sistema realiza un informe médico. A modo de ejemplo elaboró mi informe médico y me lo mostró.

Quedé horrorizado al leer el informe:

El informe decía: Estado de salud:

Síndrome neurótico – depresivo... ansiedad. Obesidad Hipertensión esencial.

Y me pregunté: ¿realmente soy un neurótico-depresivo, obeso e hipertenso? ¿Es realmente esto lo que define mi estado de salud?

No les diré lo que pensé. Pero les recordaré lo que ya he comentado sobre las palabras y su poder. El poder de las palabras es inimaginable. Son casi un instrumento mágico que pueden reconfortar o soliviantar, crear el sueño más bello o destruir todo lo que nos rodea.

Los sistemas informáticos, los lenguajes y los diagnósticos pueden ser una gran ayuda y son una gran ayuda. Pero hemos de ser muy cautelosos al utilizarlos. Si no somos cautelosos puede suceder lo que está sucediendo en la Comunidad Valenciana, donde las enfermeras se ven obligadas a ligar diagnósticos enfermeros a cada actividad que realizan. Y me han llegado a preguntar:

Cuando pongo una vacuna contra la alergia ¿qué diagnóstico tengo que poner? Y yo les contesto. Ninguno. No veo que esa actividad vaya ligada a ningún diagnóstico enfermero. Su respuesta fue:

Pues en la dirección de área me han dicho que en los casos que tenga duda ponga "Conductas generadoras de salud" porque como vienen a demanda es porque quieren mejorar su salud.

Yo no se ustedes pero para mi eso no es diagnosticar para cuidar.

Según Popper, en las ciencias hay que ser **nominalistas**, es decir, **poner nombres a las cosas y a los conceptos para identificarlos solamente**, no para fijarlos. Ponerle nombre a los fenómenos tiene utilidad para identificarlos, pero no para comprenderlos. La comprensión no se alcanza con la identificación del nombre.

Diagnosticar para cuidar es aprehender la situación que vive la persona, su contexto, su entorno, su percepción, y su comprensión global.

Diagnosticar para cuidar significa develo, solicitud, diligencia, celo, atención y delicadeza.

Diagnosticar para cuidar significa trascender el diagnóstico y los lenguajes como meros instrumentos y plantear el cuidado con una actitud de ocupación, preocupación, responsabilización y compromiso con el otro.

Me gustaría para finalizar recordar aquí la fábula del cuidado recogida por Higinio y a la que Boff hace referencia:

Cierto día al atravesar un río, Cuidado encontró un trozo de Barro. Y entonces tuvo una idea inspirada. Cogió un poco del barro y empezó a darle forma. Mientras contemplaba lo que había hecho, apareció, Júpiter.

Cuidado le pidió a Júpiter que le soprase su espíritu y este lo hizo de buen grado.

Sin embargo, cuando Cuidado quiso darle nombre a la criatura que había modelado, Júpiter se lo prohibió. Exigió que se le pusiera su nombre.

Mientras Júpiter y Cuidado discutían surgió, de repente, la Tierra. Y también ella le quiso dar su nombre a la criatura, ya que había sido hecha de barro, material del cuerpo de la Tierra. Fue entonces cuando empezó una fuerte discusión. ,

De común acuerdo, pidieron a Saturno que actuase como árbitro. Este tomó la siguiente decisión que pareció justa:

Tú, Júpiter, le diste el espíritu; entonces, cuando muera se te devolverá ese espíritu.

Tú, Tierra, le diste el cuerpo; por lo tanto, también se te devolverá el cuerpo cuando muera esa criatura.

Pero como tu, Cuidado, fuiste el primero, el que modelaste a la criatura, la tendrás bajo tus cuidados mientras viva.

Ya que entre vosotros hay una acalorada discusión en cuanto al nombre, decido yo: esta criatura se llamará Hombre, es decir hecha de humus, que significa tierra fértil.

Por eso recordando esta fábula les diría por favor cuiden y diagnostiquen. Pero diagnostiquen con tacto y con cuidado, porque sin cuidado no hay humanidad.

Referencias

- Boff, L. (2002). *El cuidado esencial*. Madrid Ed. Trotta.
- Ferrer, E. (2004). Una mirada compleja de lo concreto. En *Disco de ponencias y comunicaciones V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería* – Valencia 13 y 14 de mayo de 2004. Valencia: AENTDE.
- Gordon, M. (2007). *Manual de diagnósticos enfermeros*. (11ª Ed). Madrid: McGraw-Hill.
- Gordon, M. (1996) *Diagnóstico enfermero*. Proceso y aplicación. 3a Madrid: Mosby.
- Medina, J.L.,(1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y práctica en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes Psicopedagogía.
- Morin E. (2001). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Ruiz, M. (1998). *Los cuatro acuerdos*. Barcelona: Urano.
- Sánchez Monfort, J. (Sin fecha). El OMI, la NANDA y la madre que los parió. Disponible en : http://www.faecap.com/Documentos.nueva/Documentos_Cientificos/OMI-NANDA-TABACO.pdf . Consultado el 12 de octubre de 2008.
- Watson, J. (2001). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. New York: Springer Publishing Company.

diagnostiquen
con tacto y con
cuidado, porque
sin cuidado no
hay humanidad



El II Premio nacional de proyectos de investigación EIR en salud mental para un proyecto de validación diagnóstica.

por Teresa Lluch

Desde el año 1998 se está desarrollando la Especialidad de Enfermería de Salud Mental en régimen de residencia. La formación especializada de la Enfermera/o Interna/o Residente (EIR) tiene una duración de un año, a lo largo del cual se realiza tanto la formación teórica como la clínica. Para finalizar dicha formación, y como requisito imprescindible para obtener la calificación final de apto, el EIR ha de elaborar un Proyecto de Investigación.

Anualmente se viene organizando un Encuentro de EIRs de la Especialidad de Enfermería de Salud Mental donde se presentan, en forma de comunicación oral, los mejores proyectos de investigación seleccionados por el Comité Científico del Encuentro y se concede un premio al mejor proyecto. Tradicionalmente se ha venido otorgando un único proyecto pero este año, en la celebración del XI Encuentro EIR se han concedido dos premios, uno de los cuales

El proyecto valida la etiqueta diagnóstica el “aislamiento social relacionado con padecimiento de enfermedad mental: esquizofrenia”

(el segundo) ha sido otorgado al proyecto que lleva por título “Validación de la etiqueta diagnóstica de la taxonomía enfermera NANDA Aislamiento Social relacionado con padecimiento de enfermedad mental: esquizofrenia”.

El autor del proyecto es el Sr. Urtzi Blancou Gaztañaga, EIR de la Unidad Docente de Corporacio Sanitaria Clinic-Hospital Clínic i Provincial de Barcelona y de la Escola Universitaria d'Infermeria.- Universitat de Barcelona. El proyecto ha sido tutorizado por la Dra. M^a Teresa Lluch y será publicado por el Ministerio de Educación y Ciencia en el marco de apoyo al desarrollo científico de las Especialidades de Enfermería (accesible en <http://www.mec.es>).

Urtzi Blancou Gaztañaga
en el momento de la entrega del premio



La introducción al proyecto la realiza el autor a partir de sus propias reflexiones en las que señala que:

“Siempre he pensado que la soledad son esos momentos que debemos aprender a disfrutar, la soledad en medio de un espacio irrepitable, la soledad rodeado de gente, la soledad tras las puertas de tu casa. Momentos de soledad en los que puedes dejar libres tus pensamientos y llegar a asociaciones cósmicas que llegan a sorprender a uno mismo. La soledad como consejera de grades pensadores. La soledad...

Pero cierto es también, que en muchas ocasiones esta soledad se convierte en la peor compañera de viaje, rampa por la que nos deslizamos a las profundidades mas inhóspitas, acompañante enemiga, asesora de los peores consejos y percutor de las acciones más dramáticas.

Desde mi inicio en la salud mental como enfermero, me llamo la atención la lucha diaria a la que se debían y deben enfrentar las personas que padecen esquizofrenia. A parte de la batalla contra la enfermedad encapsulando delirios y tomando medicación que no aprecian necesaria, luchan contra miles de mitos y leyendas que rodean la enfermedad. Llegando en muchas ocasiones a ser separados de la sociedad bien por medio del retiro institucional bien siendo aislados dentro de la misma sociedad, abandonados en el brazo de la soledad.

Como profesional de la salud, pienso que puedo y debo hacer lo necesario para la resolución de este problema de salud, el aislamiento social. Pero también soy consciente de la necesidad de herramientas e instrumentos de trabajo de gran precisión y rigor para la elaboración de un trabajo de calidad. Es por ello que, el objetivo de este proyecto

no es otro que el de validar la etiqueta diagnóstica de la taxonomía enfermera aislamiento social relacionado con patología psiquiátrica de la esquizofrenia”.

Es un placer comprobar como los estudiantes argumentan y defienden la necesidad de trabajar utilizando los sistemas taxonómicos enfermeros pero a la vez lo hacen con sentido crítico y dentro de enfoques científicos planteando diseños de validación y búsqueda de evidencia científica. En este sentido, pensamos que es todo un éxito que por primera vez gane el Premio del Encuentro EIR un proyecto psicométrico de investigación básica en taxonomías enfermeras; un tipo de investigación que deberá desarrollarse plenamente en el futuro y que, seguro aportará evidencia empírica para poder validar diagnósticos, intervenciones y resultados en nuestro contexto y en diversas situaciones de cuidados.

NANDA-I mantiene la definición de diagnóstico enfermero

por Carme Espinosa i Fresnedo

Momento en el que AENTDE intervino en la Conferencia de NANDA-I celebrada en Miami



Los pasados días 13, 14 y 15 de Noviembre se ha celebrado en el hotel Hyatt Regency de Miami (EEUU) la conferencia bianual de NANDA-Internacional bajo el lema “Definir el conocimiento enfermero”.

Más de 250 enfermeras de todo el mundo se dieron cita en esta ciudad para discutir sobre la definición de diagnóstico enfermero y compartir las experiencias propias de cada país en la utilización de los lenguajes estandarizados profesionales.

Cabe destacar la participación en esta conferencia de seis enfermeras procedentes del estado español que presentaron cuatro comunicaciones.

También participamos en un panel sobre cuestiones problemáticas de la traducción de la taxonomía NANDA, en la cual Carme Espinosa, miembro de la junta directiva de AENTDE explicó las dificultades de la diferente organización de palabras clave en el diagnóstico a la hora de localizarlos en el libro.

Se aprobaron 20 diagnósticos nuevos, muchos de ellos de vigilancia (¿?) y la Alteración del Confort propuesto por Kolkaba

Así mismo cabe destacar la formación de asociaciones filiales de NANDA-I, destacando la Asociación que se está creando con la participación de los países Sudamericanos (Perú, Venezuela, Brasil...) así como la Asociación que se está promoviendo en estos momentos en la Suiza Germánica.

El punto central de la conferencia fue la discusión generada a partir de los cambios que NANDA-I propone sobre las diferentes definiciones de Diagnóstico enfermero.

El día 14 se celebró una discusión abierta a todos los participantes en la conferencia. La Sra. Lynda Juall Carpenito-Moyet, expuso la posición de NANDA-I, que propone dos posibles opciones, incorporar los Problemas de colaboración como diagnósticos de enfermería en la taxonomía NANDA y una segunda opción que plantea identificar los Problemas de

colaboración como Diagnósticos de vigilancia e incorporarlos en la taxonomía NANDA, pero como un capítulo aparte.

Durante esta sesión de debate se produjeron intervenciones intensas poniendo de manifiesto principalmente dos posturas. En EEUU consideran necesario incorporar los Problemas de colaboración como diagnósticos de Enfermería, dado que necesitan su reconocimiento para obtener respaldo en el plano legal y, a nivel internacional, las opiniones se decantaron fundamentalmente por reforzar la posición enfermera, el rol autónomo, que se opone a la incorporación de los Problemas de colaboración como diagnósticos enfermeros. Las tres representantes de AENTDE participamos activamente en esta discusión poniendo de manifiesto la postura de las enfermeras españolas al respecto.

El mismo día 14, en la Asamblea General de socios de NANDA-I, el tema central de discusión volvió a ser la definición de diagnóstico enfermero. Una vez más, los miembros de la Asamblea pusieron de manifiesto su oposición a la incorporación de los problemas de colaboración como diagnósticos enfermeros no diferenciados en la taxonomía NANDA.

Por otro lado, en la votación de los socios, se aprueba el cambio de definición de Síndrome que queda como sigue "Un síndrome es un grupo de Diagnósticos enfermeros que tienen tendencia a aparecer de forma conjunta. Describen un cuadro clínico de condiciones de salud / procesos vitales que se agrupan en un patrón de diagnósticos enfermeros"

En la votación sobre las diferentes definiciones de diagnóstico enfermero (Diagnóstico enfermero, Diagnóstico enfermero real y Diagnóstico enfermero de riesgo) es retornada a la junta directiva

de la NANDA I. La asamblea propone que la junta directiva de NANDA-I prosiga con esta discusión y las conclusiones de los trabajos se presenten para su aprobación en el próximo Congreso conjunto AENTDE / NANDA-I que tendrá lugar los días 19 al 21 de Mayo de 2010 en Madrid.

Cabe destacar que durante la celebración de la conferencia, las Sras. Rosa González Gutierrez-Solana, actual presidenta de AENTDE y la Sra. Mercedes Ugalde Apalategui, anterior presidenta de AENTDE, recibieron sendos premios NANDA-I en reconocimiento a su aportación única al desarrollo e implementación de los diagnósticos de enfermería NANDA. En cierta manera, estos premios significan el reconocimiento al trabajo desarrollado con los Diagnósticos de Enfermería a lo largo de estas dos últimas décadas, en su conjunto por la Enfermería española y más en concreto al trabajo en equipo desplegado por buen número de socios de AENTDE y sus Juntas Directivas.

Como resultado de ese significado trabajo,

El próximo congreso de la asociación NANDA-I se celebrará de forma conjunta AENTDE / NANDA-I en Madrid, ésta es una ocasión histórica que ninguna enfermera española se debería perder, ya que es la primera vez que la conferencia NANDA-I se celebrará fuera de territorio Norteamericano.

A título de anécdota cabe destacar también, que por primera vez en una conferencia NANDA-I se escucharon presentaciones en español, ya que las Sras. Ugalde y González decidieron hacer sus presentaciones en este idioma. Poco a poco, NANDA se va volviendo realmente Internacional.

El próximo congreso de la asociación NANDA-I se celebrará de forma conjunta AENTDE / NANDA-I en Madrid