

Ponencias

Comunicaciones

Comités

Película

En el presente disco compacto se exponen las intervenciones de los ponentes y congresistas que han colaborado en el debate del V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería.

Bajo el lema "Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber" se han expuesto diferentes visiones sobre la teoría, la práctica, el uso de las nomenclaturas enfermeras. En algunos casos con posturas contradictorias y en ocasiones antagónicas, pero con el firme objetivo de generar el debate y la discusión, que al fin y al cabo son la génesis del pensamiento crítico y diverso del conocimiento científico.

Esperamos que el debate y la discusión generada nos haya hecho enfermeros más críticos y más creativos.

**Josep Adolf Guirao Goris**

Editor del disco de ponencias y comunicaciones

V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería

ISBN: 84-609-18378



ESCO  
LA  
INF  
ERMERIA

GENERALITAT VALENCIANA  
CONSELLERIA DE SANITAT

## PONENCIAS

### [Génesis, desarrollo y proyección de las taxonomías enfermeras.](#)

Mercedes Ugalde Apalategui – Presidenta de AENTDE

### [La teoría del Cuidado Humano de Watson \(Caring\)](#)

Jean Watson, PhD, RN, HNC, FAAN

Distinguished Professor of Nursing

Endowed Chair in Caring Science. University of Colorado Health Sciences Center

### [Aproximación a la utilización de las taxonomías desde las perspectivas de los marcos teóricos](#)

Rosa González Gutiérrez-Solana – Vicepresidenta de AENTDE

### [El modelo Análisis de Resultados del Estado Actual \(AREA\). Un método de razonamiento crítico y creativo.](#)

#### [\[Glosario\]. \[Bibliografía\]](#)

Daniel J. Pesut PhD, APRN, BC, FAAN. Professor and Department Chair Environments for Health

Indiana University School of Nursing.

### [El modelo bifocal. La integración de la dimensión colaborativa en la práctica enfermera.](#)

Lynda Juall Carpenito Moyet. RN, MSN, CRNP.

Family Nurse Practitioner. ChesPenn Health Services. Chester, Pennsylvania.

Nursing Consultant. Mickleton, New Jersey.

### [El proyecto Nursing Diagnosis Extension Classification \(NDEC\)](#)

Conie Delaney RN, PhD, Associate Professor

Universidad de Iowa

### [La integración de las clasificaciones enfermeras en la enseñanza del pensamiento crítico.](#)

#### [Integración del pensamiento reflexivo en la formación pregrado.](#)

Prof. Dr. Josep Lluís Medina Moya. Universitat de Barcelona.

#### [La integración del modelo AREA y las taxonomías en la formación pregrado.](#)

Prof. Carmen Espinosa. Universitat d'Andorra

### [Líneas de trabajo en taxonomías.](#)

#### [Consenso de planes de cuidados estandarizados en seis hospitales de Cataluña.](#)

Ponente: Prof. Dolors Miquel. EUE Sant Joan de Deu.

#### [Validación de la taxonomía II de la NANDA en España.](#)

Ponente: Prof. Josep Adolf Guirao – Vocal IV AENTDE.

## **IV Premio de Investigación AENTDE**

Validación de las características definitorias del diagnóstico cansancio en el desempeño del rol de cuidador en atención primaria

Beatriz Álvarez Embarba

## **Accesit IV Premio de Investigación AENTDE**

Efecto de la meditación como un recurso del cuidado de enfermería

MCE. María De Lourdes Navarro Arroyo, Dra. María Elena Espino Villafuerte

## **Accesit mejor póster presentado V Simposium AENTDE**

Del cigarro al inhalador- calidad de vida en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Alicia Quintano Pintado, Pilar Rabadán Carrasco, Beatriz Álvarez Embarba, Gema Cid Expósito.

## **COMUNICACIONES**

Saber teórico-saber práctico, desde la filosofía de Jean Watson

Virtudes Rodero Sánchez; Carmen Vives Relats, Sagrario Acebedo Urdiales

Vivir la experiencia de un afrontamiento familiar ineficaz bajo el prisma de la escuela de la evolución humana de Parse.

Montserrat Navarro Diez

Qué queremos decir cuando decimos enfermera: sentido de la vida y sentido de la profesión

Amparo Nogales Espert, Emilia Llorca Marqués.

Una mirada compleja de lo concreto.

Esperanza Ferrer Ferrandis

Uso de Taxonomías Enfermeras y el registro de los Cuidados en aplicaciones informáticas que no contemplan su uso.

Ceballos Pozo, M; Adame Guerrero, P; Padilla López, L; Recio Menchón, O; Martín Leal M<sup>a</sup> J; Buján López R; España Caparrós, I.

Guía para estandarizar cuidados en el hospital oncológico de día.

Soler Gómez,MD;Garces Honrubia, M<sup>a</sup> Victoria; Godalves Manzanera, M<sup>a</sup> Carmen; Granell Domingo, Amparo; Zorrilla Ayllon, Isabel

Registro informático planes de cuidados: “captación y seguimiento de crónicos en atención primaria.

Cárdenas Valladolid, Juan.

Plan de cuidados integrando NANDA/NOC/NIC en un paciente de atención domiciliaria

Carretero. I, García. N, Piera, G. Torres, S. Catalan, M.

Pacientes terminales: Análisis de los diagnósticos de enfermería elegidos y propuesta de plan de cuidado

Rosa Fernández Grande

Evaluación del plan de cuidados de un programa diseñado para la atención domiciliar de enfermería.

Juan Roldan Merino, Jordi Quílez Jover, Manel Montserrat Martínez, Matías Zamora Rodríguez, Ángeles Santos Barrero, Pilar Farreras Casas, Alexandrina Foix Sanjuán, Yolanda Osorio López, Antonio Vaquerizo Cubero.

Diagnósticos de enfermería esenciales en cuidados paliativos para la elaboración de planes de cuidados estandarizados.

Antonio Gómez Chica, Maite Mejías Fernández, Diego Prados Peña.

Iniciativa de Mejora de la Atención Domiciliar de la Comunidad Valenciana. Valoración del paciente en atención domiciliar: del proyecto a la práctica.

Alonso Gallegos, A; Dasí García, M.J; Costa Ferrer, E; Cardona Gómez, J.V; Soler Leyva, P; Guirao-Goris, JA.

El diagnóstico enfermero, una herramienta útil para la comunicación entre niveles.

Alonso Díaz, M<sup>a</sup> Montserrat; Chico Padrón, Rosa M<sup>a</sup>; Carrión García, Laura; Montesinos Afonso, Nieves; M<sup>a</sup>. Cerdeña Marrero, Jesús; Izquierdo Mora, M<sup>a</sup> Dolores.

Enfermera Comunitaria de enlace y comunicación interniveles: mejorando la continuidad de cuidados.

Martínez Lorenzo, Antonia; Torres Alegre, Pilar; Artero López, Consuelo; Fernández Lao, Isabel; Olea Martínez, Carmen; Silvano Arranz, Agustina.

Enfermera comunitaria de enlace: intervenciones en atención domiciliar

Consuelo Artero López, Isabel Fernández Lao, Agustina Silvano Arranz, Carmen Olea Martínez, Antonia Martínez, Pilar Torres Alegre.

Estudio multicéntrico: Conocimiento Y aplicación del Proceso Enfermero en la práctica hospitalaria y comunitaria en México

M.E. Julia Teresa López España; M.E. Ma. Guadalupe Moreno Mosiváis

La formación como herramienta fundamental para la implantación de los planes de cuidados

Rancaño Rodríguez Isabel, Fernández Ramos Isabel, Fdez. Tamargo Eva, Fuentes Fdez. Amor, Vallina Vázquez Cristina, Vázquez Rodríguez Margarita

Innovaciones metodológicas en un Proceso de Cuidados

Ladios Martín, Mireia; Antolinos Turpín, Silvia

“Reflexión sobre el desarrollo profesional y la utilización del PAE en la práctica”

M<sup>a</sup> Jesús Ladrón de San Ceferino, Cristina Gómez Fernández

Implantación de las taxonomías NANDA, NOC y NIC en la formación pregrado

Isabel Pérez Pérez y Rosa Rifà Ros

Análisis en el empleo del lenguaje enfermero entre los alumnos”

Fernández García, Daniel; Vázquez Casares, Ana M<sup>a</sup>; Liébana Presa, Cristina; Fernández Martínez, M<sup>a</sup>Elena; Castro González, M<sup>a</sup> Paz.

Limitantes para la aplicación del Proceso Diagnóstico en el área clínica

Méndez Blanco Lucero

Estrategia de implementación de planes de cuidados estándares en las unidades de hospitalización. Una experiencia en el Complejo Hospitalario Carlos Haya de Málaga

Campos Rico, Aurelio; Román Cereto, Montserrat; Viñas Vera, Cipriano; Zamudio Sánchez, Antonio; De la Torre Gálvez, Isabel; Bonnemaïson Sánchez, Ana

Normalización de Metodología de Cuidados en el entorno de la Comunidad Valenciana: Historia Enfermería Electrónica Abucasis II

Alonso ,A; Cardona ,J.V; ,Costa , E; Dasí .M.J; Guirao , J.A; , Ruiz ,A; Soler, P. ; Perpiñá, MA.

Respuesta disfuncional al destete del respirador, relacionado con características de la limpieza ineficaz de las vías aéreas en Cuidados Críticos Neonatales.

Antonio José Ibarra Fernández, María de los Remedios Gil Hermoso, Isabel María Llanos Ortega y Manuel Javier Lorente Acosta.

Estudio piloto sobre un documento de registro de enfermería que integre las clasificaciones NANDA, NIC y NOC

Carlota Gómez de Segura Navarro, Ainhoa Esain Larrambe, M<sup>a</sup> Jesus Narvaiza Solís, Pilar Tina Majuelo, Laura Fernández Perea, Irene Guembe Ibáñez.

Taller para cuidadoras: incidencia de problemas y resultados de la intervención"

Isabel Fernández Lao, Consuelo Artero López, Agustina Silvano Arranz, Carmen Olea Martínez, Antonia Martínez, Pilar Torres Alegre

El estreñimiento en Atención Primaria

Comas i Picañol, Araceli; López Méndez, María Isabel; Caussignac Querol, Marta.

Estándares de diagnósticos enfermeros en Atención Primaria. Revisión metodológica

Besora Torredelot I. ; Ferrer Vall M.; Gibert Llorach E.; Olmo Del Macia C.; Ondiviela Cariteu A.; Pérez Company P.; Solé Brichs C.

Indicadores de Cuidados en Atención Primaria. Relevancia en la prestación de servicios a la población

Soto Mancebo I, Santamaría Fernández JM, Pérez Rivas FJ, López Palacios S, García López M, Beamud Lagos M.

Contribución de las taxonomías enfermeras a la definición del producto enfermero

Román Cereto M, Campos Rico A, Viñas Heras C, Bonnemaision Sánchez A.

Derechos del niño hospitalizado necesidades y diagnósticos de enfermería

Ferrer Pardavila M<sup>a</sup> Angeles, García Sampetro Rosario, Rodriguez Muriel J. Matías, García Fraguela Berta

Buena práctica clínica en una unidad crítica: ética en las acciones propias de enfermería.

C.López Galán, M.J.Pérez Taboada, R.Vilas Riádigos, A.Souto Rodríguez, M.Martínez Alfonso, U.Nieto Caamaño.

El Dolor en la práctica diaria.

Mejías Delgado, Antonia.

Intervención enfermera para una mayor calidad de vida en el paciente oncológico con fatiga

Candela Bonill de las Nieves, Isabel M<sup>a</sup> de la Torre Gálvez, Antonio Zamudio Sánchez, Luz Inmaculada Vicente Peralta, Encarna Ruiz Gómez, Rosario Montero Vega.

Factores fisiológicos y situacionales que predisponen a la fatiga postparto

Julia Teresa López España

Gestión de los sistemas de información enfermeros en el ámbito de la atención primaria.

García-Abad Fernández, Miguel Ángel; Santamaria Garcia, Jose Maria.

Análisis e impacto de la configuración estructural y recursos disponibles en la resolución de los principales Diagnósticos de Enfermería detectados en la atención hospitalaria al inmigrante.

Salvadores Fuentes, Paloma; Limia Redondo, Susana; Aguado González, M<sup>a</sup> Gloria

Aplicación de la taxonomía enfermera en los cuidados interdisciplinarios.

Consol Méndez i Vallejos, Dora Minoves i Fàbrega

Taller de vinculación al CSMA en una unidad de agudos.

MT.Delgado, MJ. Gómez, MC. Rubio, MC. Vílchez

De los Diagnósticos... a la Informática en Pediatría  
González Donate Aurora, González Pisano Marta María

Validación Del Diagnóstico Enfermero Estreñimiento  
Caussignac Querol, Marta; Comas i Picañol, Araceli; López Méndez, M<sup>a</sup> Isabel.

Desarrollo actual de la metodología enfermera en los sistemas informáticos de atención primaria.

Yolanda Lozano García, Mónica Igea Moreno, Ricardo González Gascón

Plan de cuidados estandarizado: neoplasias respiratorias con complicaciones.  
Implementación de la taxonomía NANDA, NIC Y NOC.

Isabel M<sup>a</sup> de la Torre Gálvez, Antonio Zamudio Sánchez, Luz Inmaculada Vicente Peralta, Aurelio Campos Rico, Paulino Enrique González Blanco, Aurora Murillo Fernández.

10 años de trabajo enfermero, ¿dónde nos encontramos ahora?.

Bernardo Fernández, Isabel; Fernández Bustos Patricia; Martínez Arroyo, M<sup>a</sup> Anunciación; Palomo Martínez, Carmen; Sánchez de la Calle, Pedro Pablo

Aplicación de la metodología enfermera para ayudar a dejar de fumar.

Villalvilla Soria DJ, Martínez Moreno L, Alonso Blanco C, Aguado Gonzalez G, Salvadores Fuentes P.

Evaluación de la calidad asistencial en pacientes con deterioro de la integridad cutánea.

Villalvilla Soria DJ, Alonso Blanco C, Martínez Moreno L, Salvadores Fuentes P, Aguado Gonzalez G.

Análisis de las necesidades de formación en sexualidad en adolescentes mediante técnicas de investigación en el aula.

Villalvilla Soria DJ, Alonso Blanco C, Martínez Moreno L, Salvadores Fuentes P, Aguado Gonzalez G.

Asesoramiento en la lactancia. El papel de la asociación pro lactancia materna "mares de leche" en Cuenca.

Navarro L; Villalvilla Cañada A; Martínez Moreno L; Alonso Blanco C; Villalvilla Soria DJ.

Análisis del papel de la educación para a salud en personas con enfermedad pulmonar crónica: intervenciones de enfermería.

Martínez Moreno L, Villalvilla Soria DJ, Alonso Blanco C, Aguado González G, Salvadores Fuentes P.

Diferenciación práctica ante déficits nutricionales: diagnóstico de enfermería y problema de colaboración. Alonso Blanco C, Martínez Moreno L, Villalvilla Soria DJ, Salvadores Fuentes P, Aguado González G, Checa Blanco MJ

Cuantificación de riesgos potenciales en colectivos vulnerables. Aplicación de la metodología científica en enfermería comunitaria.

Alonso Blanco C, Villalvilla Soria DJ, Martínez Moreno L, Salvadores Fuentes P, Aguado González G, Checa Blanco MJ.

Catálogo de intervenciones en atención domiciliaria y en la historia electrónica del proyecto ABUCASIS II

Cardona Gómez, J.V; Costa Ferrer, E; Dasí García, M.J; Alonso Gallegos, A; Guirao Goris, JA; Perpiñá, M.A; Ruiz Hontangas, A; Soler Leyva, P.

Caso clínico, interrelacionando NANDA, NOC, NIC en paciente que inicia diálisis peritoneal.

Tejuca Marengo, Mercedes; García Palacios, Rosario; Tejuca Marengo, Amalia; Sálcés Sáez, Esther; Carmona Valiente, M<sup>a</sup> del Carmen.

Caso clínico: ansiedad-temor. Claudia Gomes-Casseres Bertel

El cuidado de la unidad familiar: afrontamiento comprometido en las familias con pacientes crónicos. Martínez Marcos M; Bueno Ferran M; Arranz García P; Merino Cuesta ML.

Validación Clínica del Plan de Cuidados Estandarizado del paciente con Neumotórax Espontáneo. Asunción Merino Peralta, Paola Villalgorido Ortín, Blanca Marín Fernández, Sagrario Legarra Muruzabal

#### Plan De Cuidados Del Lactante.

Miguel Ángel Martos Monereo, Fº Pedro García Fernández, José Carlos Bellido Vallejo, Mª Isabel Carrascosa García, Jesús Mª Guevara Sanz, Mª del Carmen Morcillo Nieto.

#### Plan de cuidados del paciente quirúrgico.

Fº Pereira Becerra, José Cruz Hervas, Fº Pedro García Fernández, José Carlos Bellido Vallejo, Mª Isabel Carrascosa García, Jesús Mª Guevara Sanz, Mª del Carmen Morcillo Nieto.

#### Plan de cuidados del niño de 1 a 14 años.

José Carlos Bellido Vallejo, Miguel Ángel Martos Monereo, Fº Pedro García Fernández, Mª Isabel Carrascosa García, Jesús Mª Guevara Sanz, Mª del Carmen Morcillo Nieto.

#### Planes de cuidados estandarizados en el complejo hospitalario de Jaén.

José Carlos Bellido Vallejo, Mª Isabel Carrascosa García, Fº Pedro García Fernández, Jesús Mª Guevara Sanz y Mª del Carmen Morcillo Nieto.

#### Plan de cuidados embarazo, parto y puerperio

José Carlos Águilas Barranco, Fº Pedro García Fernández, José Carlos Bellido Vallejo, Mª Isabel Carrascosa García, Jesús Mª Guevara Sanz, Mª del Carmen Morcillo Nieto.

#### Plan de cuidados paciente de salud mental.

Ramona Jerez Rojas, Juan Laguna Parras, José Carlos Bellido Vallejo, Mª Isabel Carrascosa García, Fº Pedro García Fernández, Jesús Mª Guevara Sanz, Mª del Carmen Morcillo

#### Plan de cuidados paciente agudo

Angustias Ocaña Ocaña, Mª Isabel Carrascosa García, Fº Pedro García Fernández, José Carlos Bellido Vallejo, Mª del Carmen Morcillo Nieto, Jesús Mª Guevara Sanz.

#### “Registro informático de la valoración del niño sano estructurada por patrones funcionales de Marjory Gordon”

Cárdenas Valladolid, Juan; De la Iglesia Moreno, Sonia; García Gscheidle, Adelaida; Gómez Montero, Gerardo; González Gascón, Ricardo; Losada Etchevarry, Alicia ; Hernández Martínez, Enriqueta.

#### Atención de calidad a la población inmigrante, un reto para la enfermería.

Rosa Rifà Ros y Carmen Vila Gimeno

#### Estandarización e informatización del informe de enfermería al alta.

Mª Isabel Carrascosa García, Jesús Mª Guevara Sanz, Fº Pedro García Fernández, José Carlos Bellido Vallejo, Mª del Carmen Morcillo Nieto.

#### Diagnósticos De Enfermería NANDA (2003-2004) Clasificados Según Las Necesidades Fundamentales (Virginia Henderson)

del Pino Gutiérrez, A.; García Montferrer, P.D.; Martín López, V.; Aznar López, A.; Carmona Toledo, S.; Bravo Augué, A.

#### Aplicación del rol propio de enfermería en atención primaria. Un reto para la profesión.

C. Coma Colom, Mª D. Rodríguez Magallanes, L. Jurado Vergara, Mª A. Lázaro Lubrián, R. Mateo Gambante, O. Moreno Calvo

#### Proceso de valoración, diagnóstico e intervención en pacientes con trastornos mentales crónicos de larga hospitalización

Begoña Morales Domaica, Susana García Ruiz

#### Interrelacionando NANDA-NOC\_NIC en un paciente tipo con enfermedad de Alzheimer

Rosa Mª Roure, Montserrat Bartomeu, Lourdes Castaño, Ana Mª Pedrico, Dolors Miguel, Paqui Pérez

Integración de las taxonomías enfermeras en el alumnado de segundo curso de enfermería: un caso de cuidados.

Arias Hernández MM, Cabrera Figueroa J, Daroqui Agustí P, Leal Felipe M, Robayna Delgado MC, Arricivita Verdasco AM.

La persona como diana del continuum del plan de cuidados. Caso práctico enfermedad de Madelung. Casanova Blanco, Sílvia; Andreu Massana, M<sup>a</sup> Antonia; Estellés Barrot, Maribel.

El proceso de Pensamiento Teórico en la Disciplina Enfermera: visión 10 años después  
Oter Quintana Cristina, Martínez Ortega Rosa María, Rubiales Paredes María Dolores, Arévalo Pérez Carmen

Identificar los Diagnósticos enfermeros con mayor prevalencia en usuarios con demencia para disminuir la variabilidad en el proceso asistencial.

Martínez Masegosa, E. Egea Tudela, I. Frias Trigo, V. Herrera Porras, P.

Avanzando en el lenguaje enfermero desde la práctica asistencial

Arellano Morata, Carmen; Hernández Ruipérez, M<sup>a</sup> del Mar; Sáez Soto, Ángeles del Rosario

La terapia de grupo en la educación sanitaria de pacientes con asma

Pilar Rabadán Carrasco; Alicia Quintano Pintado

Participación de las familias en los planes de cuidados.

Frias Trigo, V. Herrera Porras, P. Anguera Manrique, M. Rius Toledo M<sup>a</sup> Mar Martínez Masegosa, E. Egea Tudela, I

Elaboración de un Plan de Cuidados Estandarizado Personalizable para Pacientes con Proceso Cáncer de Mama.

Jiménez Pérez. I; Fuentes Cebada. L; García Cabanilla, C; Marin Tejero, M.; Rioboo Zambrano, M.; Bernal Medina, M.

Implementación del Proceso Enfermero en un Hospital del Servicio Andaluz de Salud.

Fuentes Cebada L, Rivera Bautista J, Jiménez Pérez I, García Juárez R, Gil Serrano R, González de los Ríos C.

Adaptación del método de Enfermería Primaria (Manthey) a una Unidad de Hospitalización Médica

García Juárez, R; Orozco Cózar, MJ; Martín Contreras, T; Benítez Morera, A; Rivero Sánchez, JM; Castro Alcedo, Eva M<sup>a</sup>.

Aplicación del proceso enfermero en el abordaje del enfermo con infección VIH

Orozco Cózar, M. J.; García Juárez, R.; Márquez Borrego, MJ.; Vallejo Camelo, J; Murga Diaz, I, Benítez Morera, A.

Metodología enfermera: ¿ilusión teórica o realidad práctica?

Gema Cid Expósito

Nuevas tecnologías para nuevas taxonomías.

M<sup>a</sup> Luisa Guitard Sein-Echaluce

Una enfermedad silente; el hipotiroidismo.

Rosa Blanca Muñoz Muñoz, Nuria Pereira Berdullas, M<sup>a</sup> Ángeles Pérez Las Heras, Olga Mora Morera.

Dificultad de los estudiantes para aplicar la teoría metodológica en la práctica clínica.

María de las Nieves Sanz Alcázar, María del Carmen Aguilera López, Marcos Chiloeches Matas.

El Aprendizaje Basado en Problemas. Un instrumento al servicio del crecimiento disciplinar.

Oter Quintana Cristina, Arévalo Pérez Carmen, Martínez Ortega Rosa María, Rubiales Paredes María Dolores.

#### Valoración de enfermería : Modificación del registro

Burguete Ramos D, García Vozmediano T, Llodra Jartque M<sup>a</sup> J, Martínez Cuadros J, Mira Verdu I, Navalon Verdejo I.

#### Recomendaciones al alta/ Satisfacción del cliente

Santonja Pastor T, Burguete Ramos M<sup>a</sup> D, Balaguer Alos R, Calatayud Suñer E, Lopez Armengod A, Tejedor Ibáñez P.

#### ¿Cuál es la opinión de los profesionales de enfermería sobre la utilización de la metodología en el Área sanitaria VII de Asturias?

M<sup>a</sup> Dolores Mirón Ortega y Luis Mendiola Cortina

#### La construcción de la familia a distancia: diagnósticos de enfermería en la recomposición del rol de madre inmigrante.

Maria Teresa Roldán Chicano, José Antonio Vera Pérez, Maria del Mar García López, Aparo Sánchez López, Maria Vicenta Blanco Soto.

#### La nomenclatura enfermera como base para la vigilancia de la salud laboral: “trastorno de la percepción sensorial auditiva” en la industria.

Maria Teresa Roldán Chicano, Isabel Fernández Noguera, Lorena Cárcelos Pérez, José Martínez Más, José Antonio Vera Pérez, Maria del Mar García López.

#### Análisis de la efectividad de los cuidados enfermeros según el modelo conceptual de v. Henderson en el ámbito de la atención domiciliaria

Coll, M; Manito, I; Icart, T; Besora, I; Ondiviela, A; Farré, I.

#### Estudio y desarrollo de la metodología enfermera en el aula

Artiga Ruiz, M<sup>a</sup> Trinidad; Hernandez Martínez, Helena; Lerena Plaza, M<sup>a</sup> Estrella; López Martínez, Francisco; Pascual Benito, M<sup>a</sup> Isabel; Perez Martínez, Adela

#### Mujer y pérdidas de orina, un reto. M<sup>a</sup> Ángeles Pérez Las Heras, Nuria Pereira Berdullas, Rosa Blanca Muñoz Muñoz, Olga Mora Morera.

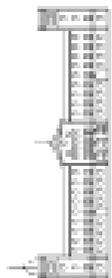
# V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

AENTDE

Valencia

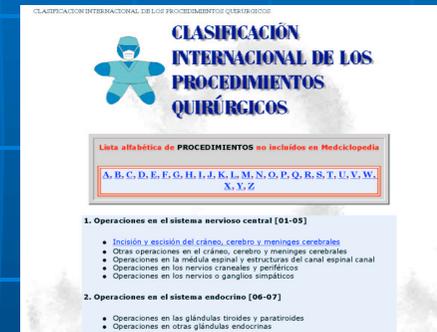
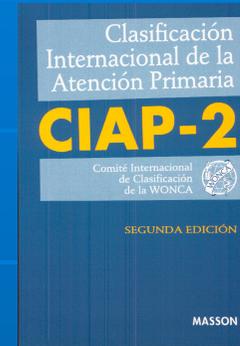
13 y 14 de Mayo 2004

# GÉNESIS Y DESARROLLO DE LAS TAXONOMÍAS ENFERMERAS



# CONTEXTO

- Taxonomías reconocidas en el mundo de la salud
- Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 de la OMS

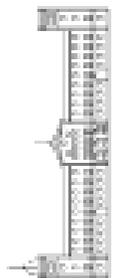




# ULTIMA ACTUALIZACIÓN CIE-10 OMS

- Colonia, Octubre 2003
- Reimpresión 2003
- Proyectos de actualización CIE-10 hasta el 2009





# ¿QUÉ OCURRE CON LA CIE-11?

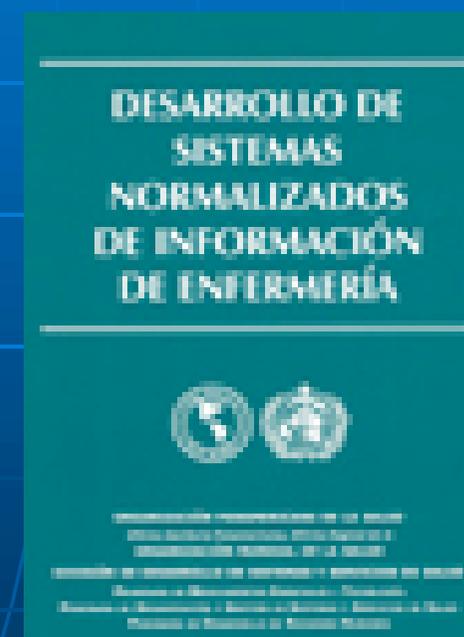
- Probablemente se denominará **“Familia Internacional de Clasificaciones” (F.I.C.)** de la OMS
- Existe un mandato de los organismos responsables de la OMS para su realización
- Es necesaria debido a los avances científicos y a los progresos tecnológicos

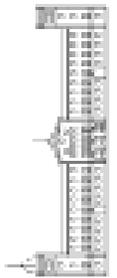




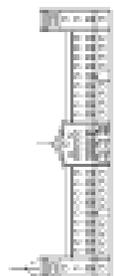
# DESARROLLO DE SISTEMAS NORMALIZADOS DE INFORMACIÓN DE ENFERMERÍA DE LA OMS

La documentación normalizada es necesaria para comunicar los **conceptos, las intervenciones y los resultados de enfermería** a otras enfermeras y profesionales de la salud que trabajan en distintos entornos y países.





# Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (CIPE) del Consejo Internacional de Enfermería (CIE)



# HISTORIA CIPE

## El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)

1989 / 2001



### PROYECTO CIPE Clasificación Internacional para la Práctica de la Enfermería

Usted puede consultar el último informe de avance del proyecto CIPE, bajándolo de ésta página en formato ZIP (comprimido). Solo pique sobre el enlace, y guarde el archivo en su disco duro. Usted debe tener instalado en su computador el programa WinZip para descomprimir el archivo a formato word.

[Informe de avance CIPE \(formato zip 77Kb\)](#)

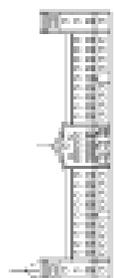


ÍNDICE DE CLASIFICACIÓN
FENÓMENOS DE ENFERMERÍA (Definiciones)
PRINCIPIOS DE DIVISIÓN (Cuadros)
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (Definiciones)
PRINCIPIOS DE DIVISIÓN - (EJES)
DIVISIÓN CRUZADA Definiciones Intervenciones de enfermería



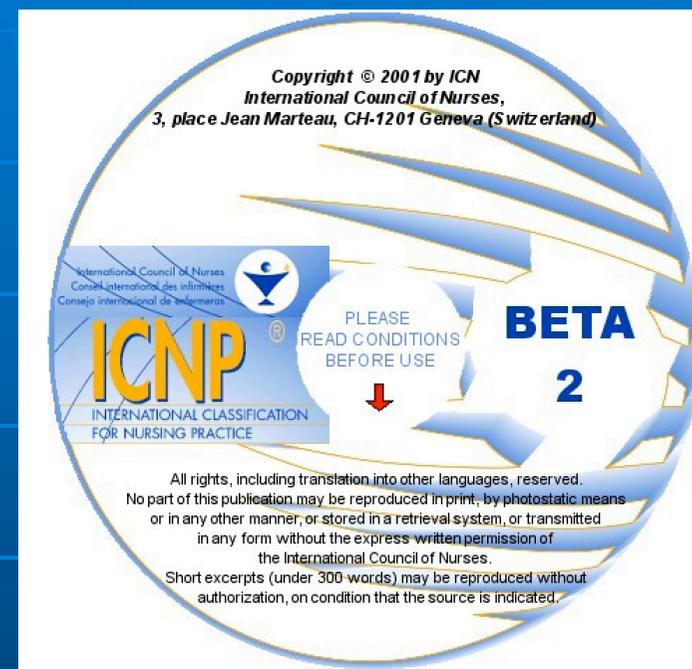
Mercedes Ugalde Apalategui

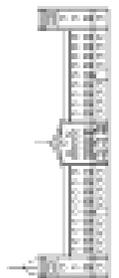




# ICNP / CIPE

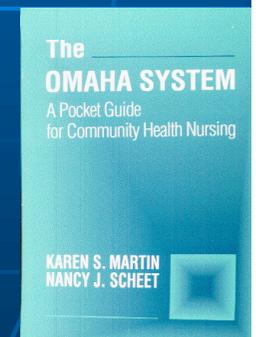
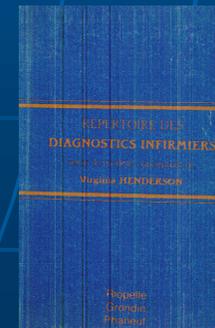
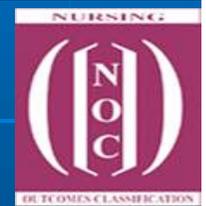
La Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (CIPE) del Consejo Internacional de Enfermería (CIE), toma como base las Taxonomías enfermeras conocidas para su elaboración

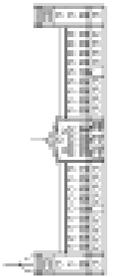




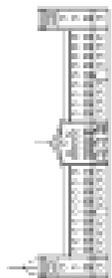
# TAXONOMÍAS ENFERMERAS

- NANDA
- Nursing Intervention Classification NIC
- Nursing Outcomes Classification NOC
- Omaha Classification System
- Répertoire des Diagnostics Infirmiers selon le modèle conceptuel de Virginia Henderson
- ..... Hasta 14 conocidas

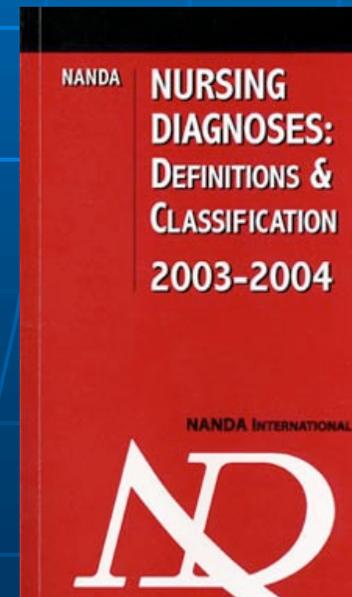
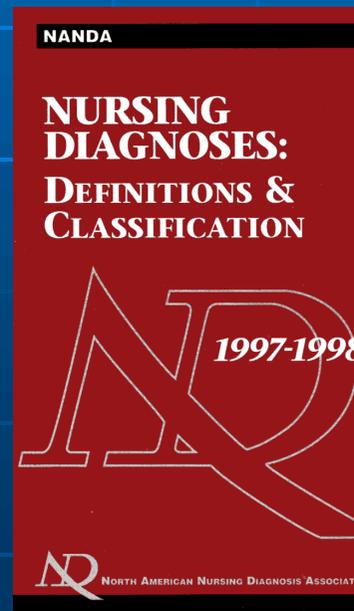
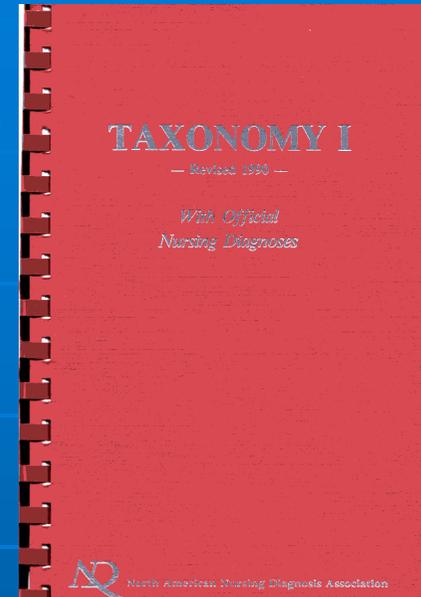
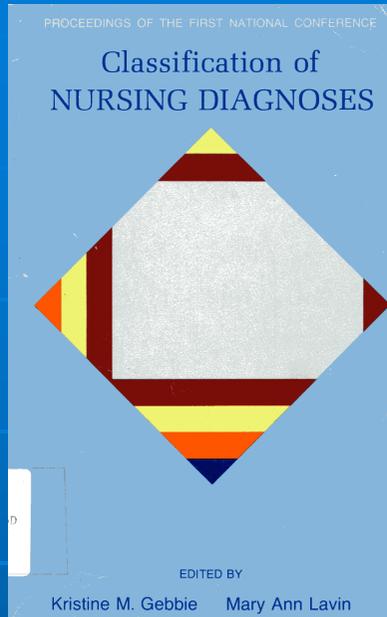


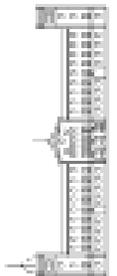


# HISTORIA INTERNACIONAL



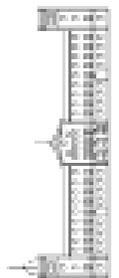
# NANDA 1976 / 2003





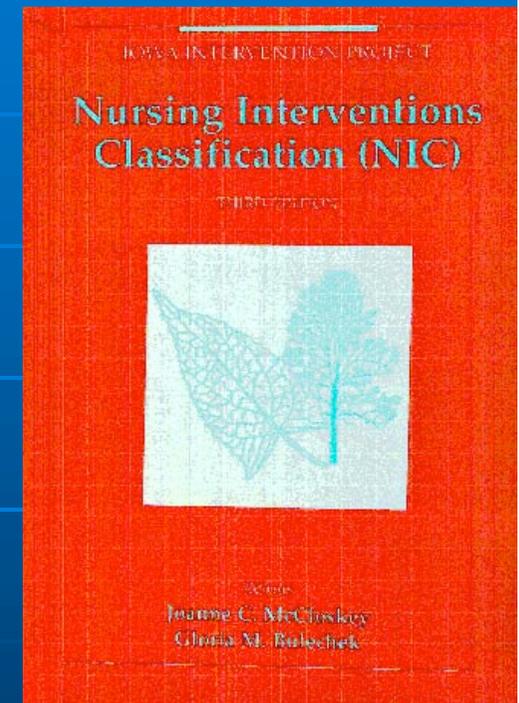
# NANDA

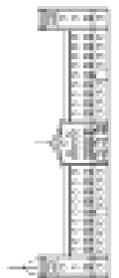
- **I Conferencia en 1976**
- **XIV Conferencia. Orlando 2000**
- **A partir de 2002, Conferencias conjuntas NANDA, NOC y NIC**
- **La última el mes de Marzo de este mismo año 2004**



# Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

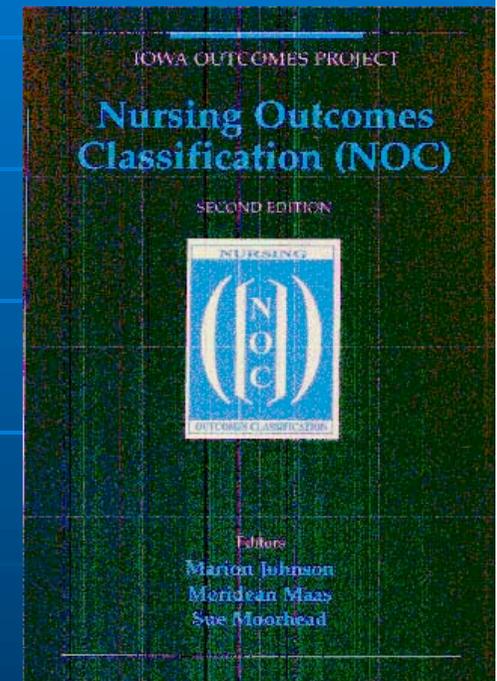
- Entre 1987/92, en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Iowa, se elabora la clasificación
- 1992 Se publica la 1ª edición (336)
- 1999 Se publica la 2ª edición (433)
- 2000 Se publica la 3ª edición, que es la que actualmente disponemos traducida al español (486)





# Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

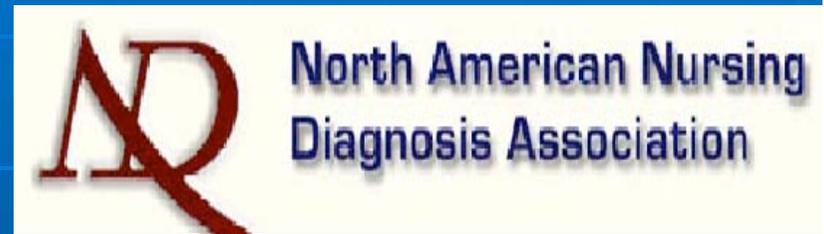
- 1991 Se forma el equipo de investigación en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Iowa
- 1997 Se publica la 1ª edición de la NOC (190)
- 2001 Se publica la 2ª edición, traducida al español (260)

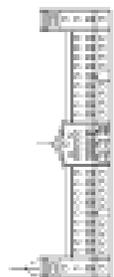




# NANDA

- **Cambios:**
  - **Denominación**
- **Taxonomía II**
  - **Orden numérico y alfabético**
- **De Patrones de Respuesta Humana, pasa a estructurarse por Dominios**
  - **I Funcional**
  - **II Fisiológico**
  - **III Psicosocial**
  - **IV Entorno**



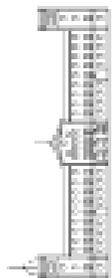


# AFEDI

Nace en  
París en  
1991

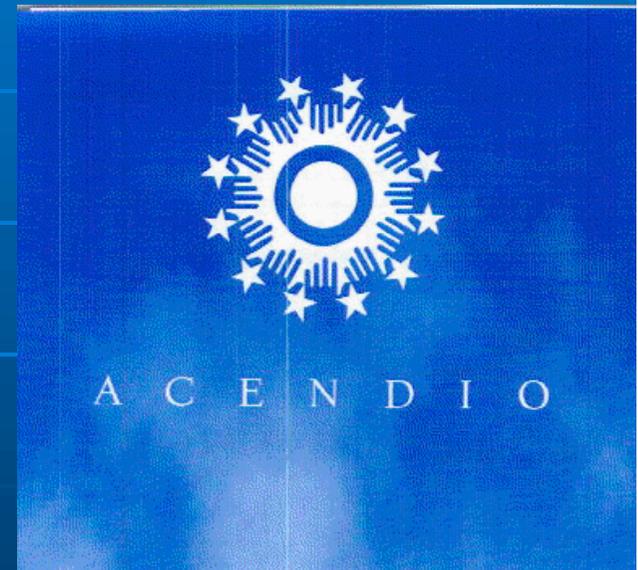


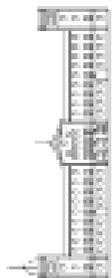
Association  
Francophone  
Européenne  
des Diagnosticiens  
Infirmiers



# ACENDIO

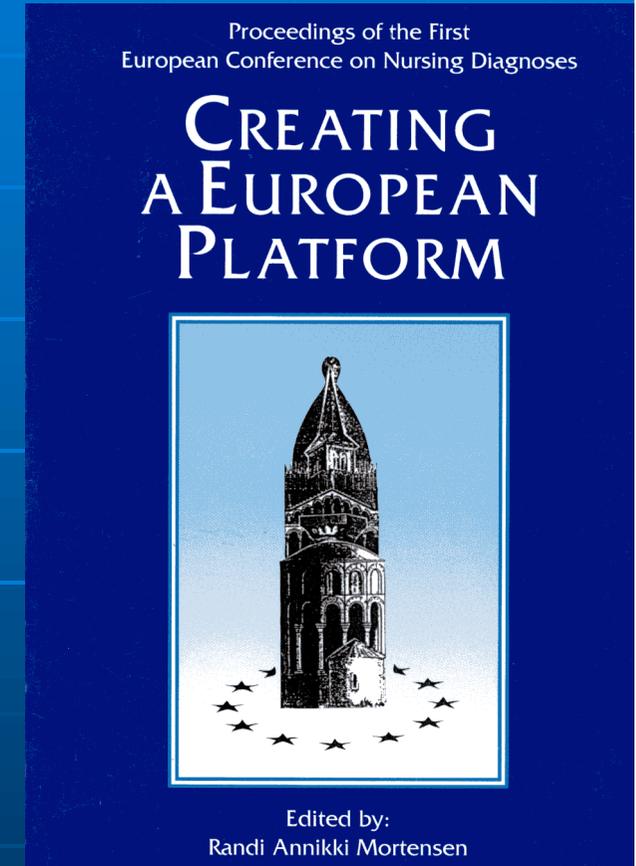
- Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes
- ASOCIACION EUROPEA PARA DIAGNÓSTICOS, INTERVENCIONES Y RESULTADOS COMUNES

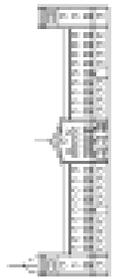




# ACENDIO

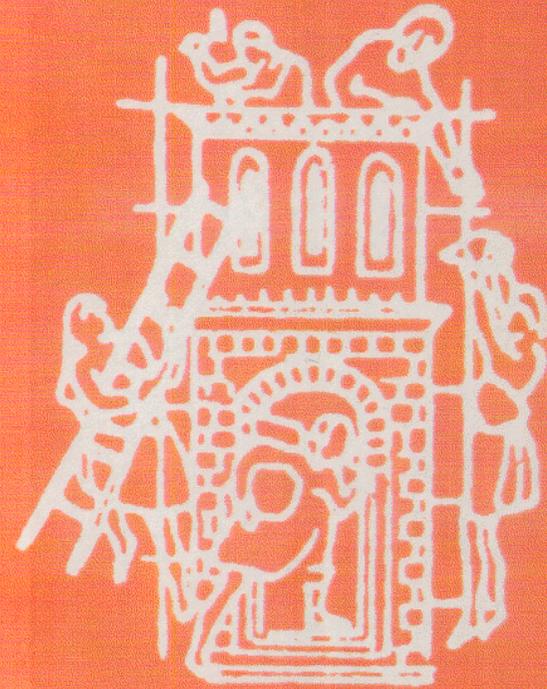
Nace en  
Copenhague  
en 1993





# Nace en Barcelona en 1995

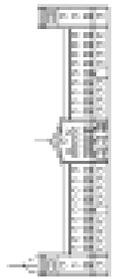
# AENTDE



Tel. 93 - 402 42 36  
aentde@bell.ub.es



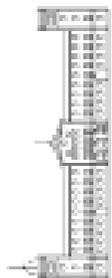
UNIVERSITAT DE BARCELONA



# NUESTRA HISTORIA

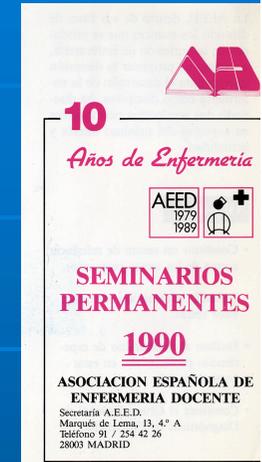
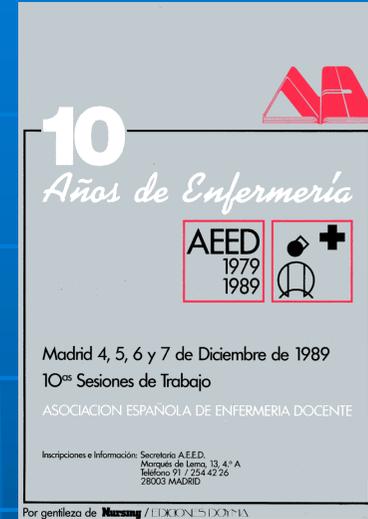
Mercedes Ugalde Apalategui

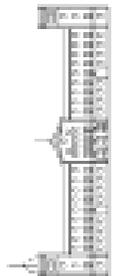




# PRECURSORAS

- Décimas Sesiones de Trabajo de la AEED. Madrid 1989
- Seminario Permanente AEED Barcelona 1990
- GREDE
- Otras Asociaciones
- AENTDE

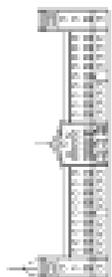




# AENTDE

- Nace por el interés y esfuerzo de 4 profesoras de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona

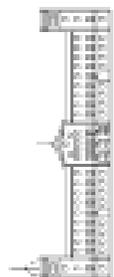




# AENTDE

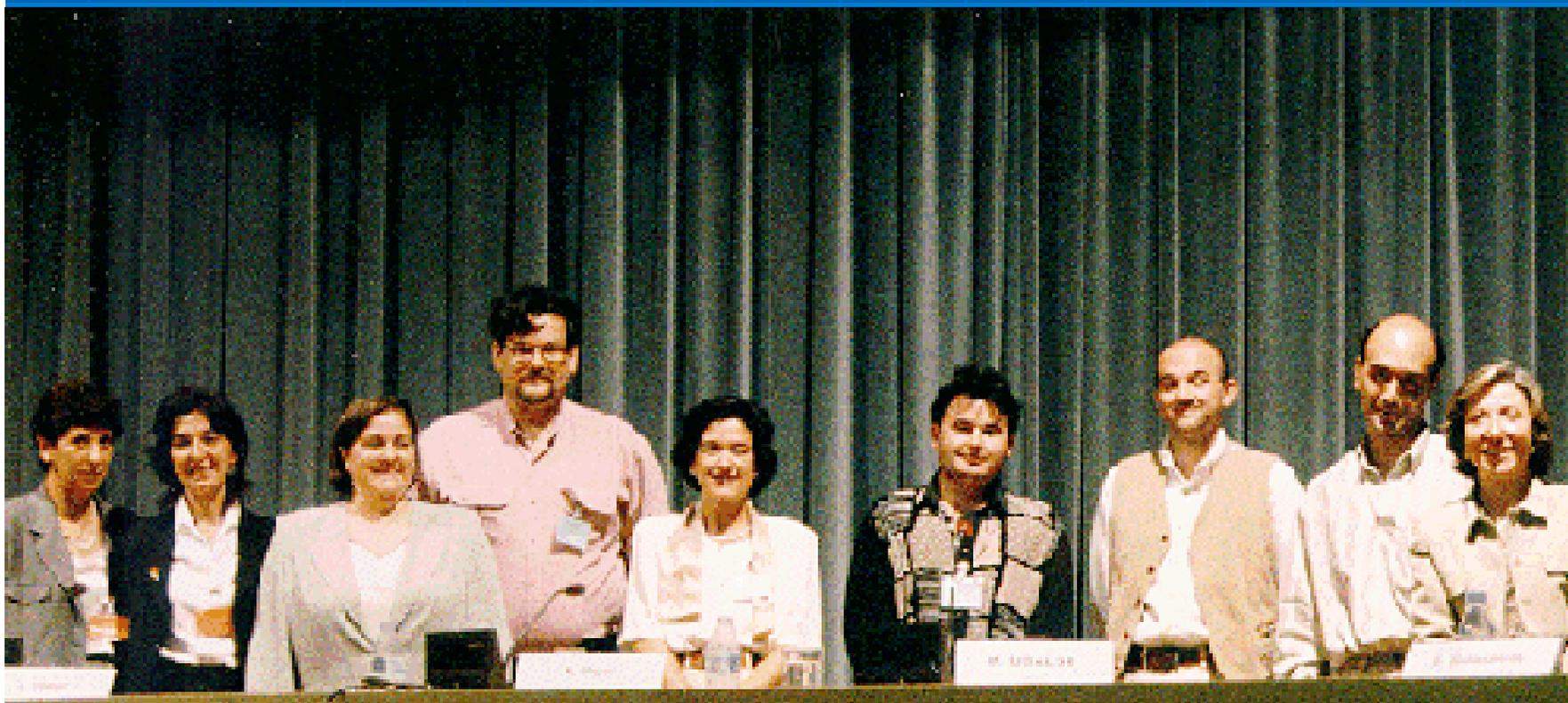
- Convocatoria de Socios en el I Symposium, más de 300





# AENTDE

## Creación de un Grupo Humano, la primera Junta Directiva





# AENTDE

## Objetivos

- Contribuir al desarrollo de una terminología de Enfermería que cualifique las aportaciones que las enfermeras realizan a la salud de la población
- Fomentar y promover entre los profesionales de Enfermería el conocimiento y la utilización de los diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros
- Colaborar con las organizaciones nacionales e internacionales para promover el intercambio y la investigación sobre diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros



# LINEAS DE TRABAJO

- Traducción
- Adaptación cultural
- Aportaciones/Colaboración con NNN
- Facilitar información
- Colaboraciones
- Actividades desarrolladas

## C CAREGIVER ROLE STRAIN

(1992, 1998, 2000)

**Definición** *Difficulty in performing family caregiver role*

### Defining Characteristics

#### Caregiving Activities

- Difficulty performing/ completing required tasks
- Preoccupation with care routine
- Apprehension about the future regarding care receiver's health and the caregiver's ability to provide care
- Apprehension about care receiver's care if caregiver becomes ill or dies
- Dysfunctional change in caregiving activities
- Apprehension about possible institutionalization of care receiver

#### Caregiver Health Status

##### Physical

- GI upset (e.g., mild stomach cramps, vomiting, diarrhea, recurrent gastric ulcer episodes)
- Weight change
- Rash
- Hypertension

- Cardiovascular disease
- Diabetes
- Fatigue
- Headaches

##### Emotional

- Impaired individual coping
- Feeling depressed
- Disturbed sleep
- Anger
- Stress
- Somatization
- Increased nervousness
- Increased emotional lability
- Impatience
- Lack of time to meet personal needs
- Frustration

##### Socioeconomic

- Withdraws from social life
- Changes in leisure activities
- Low work productivity
- Refuses career advancement

## CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR

(1992, 1998, 2000)

**Definición** *Dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia.*

### Características definitorias

#### Actividades del cuidador

- Dificultad para completar o llevar a cabo las tareas requeridas.
- Preocupación por los cuidados habituales.
- Inquietud ante el futuro respecto a la salud de la persona cuidada y la habilidad del cuidador para atenderla.
- Inquietud sobre el receptor de los cuidados si el cuidador se pone enfermo o muere.
- Cambio disfuncional en las actividades del cuidador.
- Inquietud sobre la posible institucionalización del receptor de los cuidados.

#### Estado de salud del cuidador

##### Física

- Trastornos gastrointestinales (p. ej., dolores gástricos leves, vómitos, diarrea, úlcera péptica recurrente).
- Cambios ponderales.
- Erupciones.
- Hipertensión.

- Enfermedad cardiovascular.
- Diabetes.
- Fatiga.
- Cefaleas.

##### Emocional

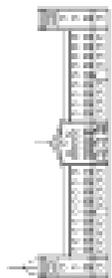
- Afrontamiento individual deteriorado.
- Sentimientos de depresión.
- Trastornos del sueño.
- Cólera.
- Estrés.
- Somatización.
- Nerviosismo creciente.
- Labilidad emocional creciente.
- Impaciencia.
- Falta de tiempo para las necesidades personales.
- Frustración.

##### Socioeconómica

- No participación en la vida social.
- Cambios en las actividades de tiempo libre.
- Baja productividad laboral.

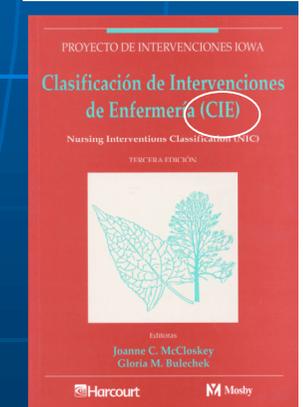
*continúa*

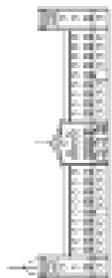
R



# PRUDENCIA

- CIE Clasificación Internacional de Enfermedades
- CIE Consejo Internacional de Enfermeras
- CIE Clasificación de Intervenciones de Enfermería





# COLABORACIONES

- Con organismos
- Instituciones
- Otras Asociaciones
  - Internacionales
  - Nacionales





# Proyecto NIPE

Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería



## EL PROYECTO

- Objeto
- Marco Institucional
- Fines, Metas y Objetivos

## LAS NORMAS DE ENFERMERÍA NE

- La Normalización
- Las Normas NIPE
- El Proceso de Normalización

## DISEÑO METODOLÓGICO

- El Concepto Enfermero
- La Metodología
- Ejemplos de desarrollo de Normas NIPE
- Aclaraciones Metodológicas

## PARTICIPA

- Cómo participar
- Listado de Proyectos de Norma
- Foros de Debate

## ENTIDADES PARTICIPANTES

- Organigrama



## Proyecto NIPE

El Proyecto NIPE pretende desarrollar un instrumento de mejora continua de la calidad de los cuidados y permitir una estimación de los costes generados por Enfermería.

Como proyecto de normalización, el NIPE establece un lenguaje común y una metodología homogénea en el proceso enfermero.

La implantación de la normalización y su aplicación en el control de los costes permite mostrar el alcance de la actividad enfermera en el sistema sanitario. De esta forma, Enfermería estará en disposición de garantizar su desarrollo, su adaptación a los nuevos modelos de gestión y su reconocimiento social y profesional.

## Cómo PARTICIPAR

Queremos invitar a todos los profesionales de enfermería y hospitales a participar activamente en el desarrollo del proyecto, ya sea de forma individual o mediante la creación de grupos de trabajo.

Existen dos vías para que cualquier profesional o institución participe activamente en el proyecto:

- La revisión de las normas antes de su aprobación
- La creación de grupos de trabajo en el hospital

## Entorno NIPE

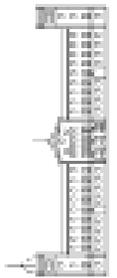
**El Ministerio de Sanidad español reconoce la importancia del Proyecto NIPE**  
El convenio marco rubricado por la Ministra de Sanidad y el Presidente del Consejo General de Enfermería prevé la implantación del NIPE en el Sistema Nacional de Salud como instrumento para una mayor calidad en la práctica enfermera.

**El Proyecto NIPE se implantará en América Latina en virtud de los convenios suscritos con la Fundación Iberoamericana de Enfermería (FIDE) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)**

**La Ministra de Sanidad y Consumo ratifica su apoyo al proyecto en el Congreso de los Diputados**

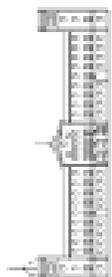
**Se inicia la coedición de la primera publicación sobre el proyecto NIPE junto al Ministerio de Sanidad y Consumo**

**El número de profesionales que conforman el proyecto NIPE supera los 400**  
Las enfermeras y enfermeros, que pertenecen a las áreas asistencial, docente y de gestión, conforman los 48 grupos de trabajo. Dichos profesionales, que ejercen en más de 70 hospitales, están vinculados al ISECS a través de los 33 Colegios Provinciales de Enfermería participantes.



# PROYECTO NIPE

- Consideramos necesario que se de continuidad a este proyecto
- El Ministerio de Sanidad convoca inicialmente a AENTDE
- Actualmente no sabemos en qué punto está el proyecto



# ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- SIMPOSIUM
- JORNADAS DE TRABAJO
- PUBLICACIONES
- EL CORREO AENTDE
- LA WEB
- EL FONDO DOCUMENTAL



# FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

- El uso de las Taxonomías carece de sentido si no está fundamentado en conceptos de Enfermería
- Corremos el riesgo de convertirnos en “aplicadoras de fórmulas terminológicas”
- Desde el inicio, venimos insistiendo en la necesidad de dotar de un Marco Conceptual de Enfermería

# I SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

*Hacia un lenguaje común.  
¿Diagnósticos de enfermería?*

*Towards a common language.*

*Nursing diagnosis?*



I INTERNATIONAL SYMPOSIUM  
OF NURSING DIAGNOSIS

Barcelona, 23-24 de mayo de 1996



A.E.N.T.D.E.

"II SIMPOSIUM INTERNACIONAL  
DE DIAGNOSTICOS  
DE ENFERMERIA"

\*\*\*\*\*

"III CONGRESO REGIONAL DE  
CASTILLA Y LEON"

\*\*\*\*\*

Valladolid 20, 21 y 22 de mayo de 1998

III SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL  
DE DIAGNOSTICOS  
DE ENFERMERIA



"DESDE LA CONCEPTUALIZACIÓN ENFERMERA  
A LA INFORMATIZACIÓN".

PAMPLONA, 25 y 26 de mayo del 2000.  
Escuela Universitaria de Enfermería.  
Universidad de Navarra.



Organizan: A.E.N.T.D.E. y E.U.E. Universidad de Navarra.



# IV SIMPOSIUM INTERNACIONAL de DIAGNÓSTICOS de ENFERMERÍA

*Hacia la Excelencia de  
los Cuidados desde el  
Razonamiento Diagnóstico*

A Coruña  
9-10 de Mayo 2002

A E N T D E



Simposium Acreditado por la  
Comisión Autónoma de Acreditación  
de Formación Continuada.

Organiza:



A E N T D E

Asociación Española de Nomenclatura,  
Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería

Colaboran:

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES

SERGAS (SERVICIO GALEGO DE SAÚDE)

EXCMA. DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE A CORUÑA

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

C.H. JUAN CANALEJO

CONSEJO GALLEGO DE ENFERMERÍA

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA JUAN CANALEJO



sistemas enfermeria practica  
taxonomia Salud diagnostico  
visitadoras practica Cuidados  
Lange HCC Enfermeria HCC  
Cuidados NO asistencia  
taronajita SABAsanitaria  
enfermeria Gordon sistemas  
diagnostico de enfermeria  
salud Omaha asistencia NOC  
sistemas enfermeria practica  
taxonomia Salud diagnostico  
visitadoras practica Cuidados  
Lange HCC Enfermeria HCC  
Cuidados NO asistencia  
taronajita SABAsanitaria  
enfermeria Gordon sistemas  
diagnostico de enfermeria  
salud Omaha asistencia NOC  
sistemas enfermeria practica  
taxonomia Salud diagnostico  
visitadoras practica Cuidados  
Lange HCC Enfermeria HCC  
Cuidados NO asistencia  
taronajita SABAsanitaria  
enfermeria Gordon sistemas  
diagnostico de enfermeria  
salud Omaha asistencia NOC  
sistemas enfermeria practica  
taxonomia Salud diagnostico  
visitadoras practica Cuidados  
Lange HCC Enfermeria HCC  
Cuidados NO asistencia  
taronajita SABAsanitaria  
enfermeria Gordon sistemas

# V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA



AENTDE



Innovación en el proceso de cuidar  
conjunción de herramientas y saber

13 / 14 mayo 2004 | Palau de Congressos | Valencia



# JORNADAS DE TRABAJO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO

Octubre de 1997

IMPARTIDO POR:

**MARJORY GORDON**



MADRID  
23 Y 24

BARCELON  
20 Y 21

TENERIFE  
27 Y 28

ORGANIZADO POR:

**AENTDE**

COLABORA:

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA U. COMPLUTENSE MADRID  
COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE TENERIFE  
GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE  
ESCUELA U. DE ENFERMERIA. LA LAGUNA  
ESCUELA U. DE ENFERMERIA. U. BARCELONA

SECRETARIA ORGANIZACION:

AENTDE con la colaboración del Consell de Col.legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya organiza:

## II Jornadas de trabajo AENTDE

(Asociación Española de Nomenclatura Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería)

# "Razonamiento y validación clínica de los diagnósticos enfermeros"

**Dra. Cecile Boisvert**  
AFEDI

(Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería)

Barcelona, 29 y 30 de Octubre 1999

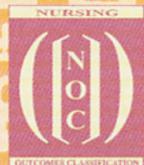
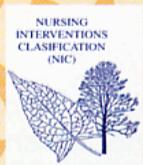
**A.E.N.T.D.E.**

AENTDE con la colaboración del Colegio profesional de Ávila organiza:

### III Jornadas de Trabajo AENTDE

Haciendo visible la  
calidad enfermera

## NIC y NOC



**Dra. Gloria Bulechek**  
(Investigadora principal  
proyecto NIC)

**Dra. Marion Johnson**  
(Investigadora principal  
proyecto NOC)

# A.E.N.T.D.E.

Ávila, 26 y 27 de Octubre de 2001



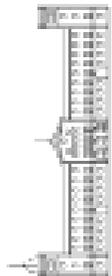
### IV Jornadas de Trabajo AENTDE

Integrando NANDA,  
NOC y NIC



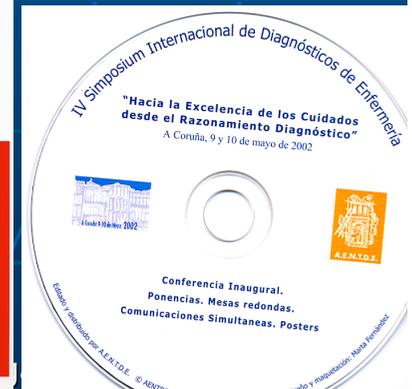
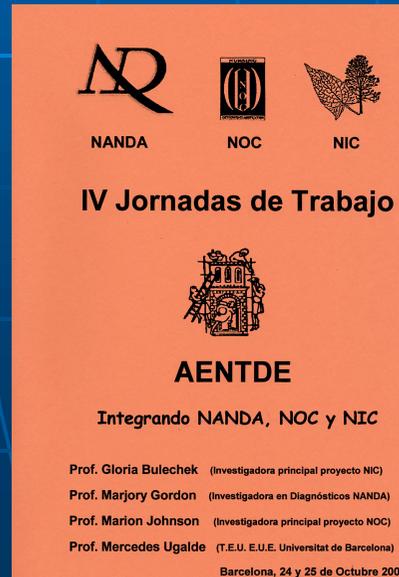
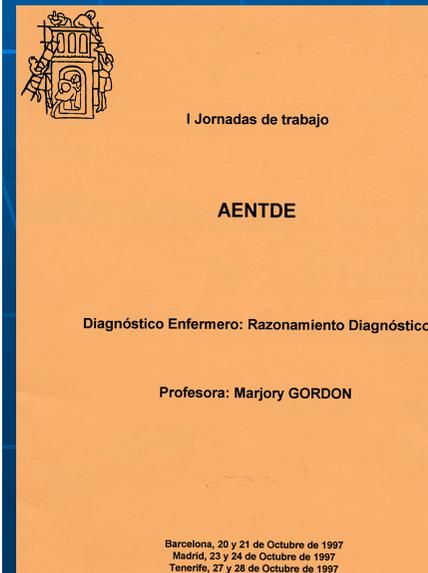
Gloria Bulechek  
Marjory Gordon  
Marion Johnson  
Mercedes Ugalde

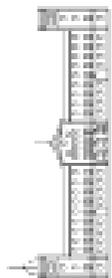
Barcelona, 24 y 25 de Octubre de 2003



# PUBLICACIONES

- Documentos de Simposium, Jornadas y Talleres





# El Correo AENTDE

- Revista actualmente semestral



## El Correo AENTDE

Semestre I - 2001 / Vol IV / Número 1

**La NANDA convierte en editora asociada de Nursing Diagnosis a la Presidenta de la AENTDE**

Nursing Diagnosis, publicación científica de la NANDA, adquiere desde comienzos del 2000 características de revista internacional del lenguaje y clasificación enfermeros..

**D**esde el año 2000, la revista Nursing Diagnosis, revista publicada por la NANDA ha incluido como editora asociada a la presidenta de AENTDE, **Mercedes Ugalde Apalategui**. Junto a la AENTDE se han convertido en editores asociados Cecile Boisvert por la Asociación Francófona de Diagnósticos Enfermeros AFEDI (Francia), Takako Egawa por la Asociación Japonesa de Diagnósticos de Enfermería JSND (Japón) y Nico Oud por la Asociación Europea ACENDIO (Holanda) y por Brasil a Alba de Barros (São Paulo).

En esta nueva etapa la revista adquiere una dimensión internacional y refuerza su dedicación al lenguaje y las clasificaciones enfermeras.

Esta transformación supone la inclusión del resumen de los artículos originales en cinco lenguas: inglés, español, francés, japonés y portugués.

Otra de las transformaciones que ha experimentado la revista ha sido la aparición de una nueva sección dedicada a las noticias internacionales sobre lenguaje enfermero.

En la revista número uno del volumen once, la AENTDE explicó cuáles son las últimas actividades que ha realizado y difundió la realización de nuestro último simposium internacional. La ACENDIO, indicó cual ha sido su trayectoria, y la importancia que en su asociación dan al hecho de que la revista oficial de la NANDA haya adquirido carácter internacional.

La AFEDI informó sobre la novena conferencia de la AFEDI, su lema, objetivos y los aspectos más interesantes que se debatieron en la misma (ver último Correo AENTDE ). La JSND explicó última conferencia y cual es la estructura de su organización.

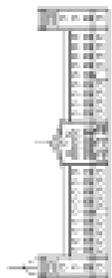
La asociación japonesa cuenta con seis comités dedicados a diferentes áreas temáticas entre los que se encuentran terminología o investigación.

**Importancia de la decisión**

En palabras de Assumpta Rigol, responsable de relaciones internacionales de AENTDE, "la representación de nuestra asociación en la revista de la NANDA, a través de la presidenta de la AENTDE, es un hecho que nos llena de ilusión, no sólo desde una perspectiva personal, sino por la importancia profesional que tiene, ya que representa una proyección internacional para nuestra asociación y mayores posibilidades de influencia en el desarrollo de los diagnósticos a nivel internacional, ya que facilita la participación en este foro internacional que es la NANDA, hace mas accesible la información a partir de la comprensión de los artículos que incluye la revista y permite una mayor colaboración en la diseminación de las distintas experiencias de aplicación de los sistemas de clasificación enfermeros que se están llevando a cabo en nuestro país."

<b>SUMARIO</b>	⇨ EDITORIAL NUEVOS BRIOS <i>pág. 2</i>	⇨ LA NUEVA JUNTA DIRECTIVA <i>pág. 3</i>	⇨ LA CIPE/ICNP PROGRAMA OFICIAL DEL CIE . <i>pág. 4</i>	⇨ PREMIOS III SIMPOSIUM <i>pág. 7</i>
	 <a href="http://www.ub.es/aentde">www.ub.es/aentde</a>			
	Edita: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería			
	Marzo 2001			

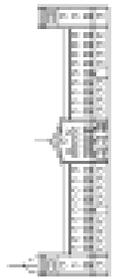




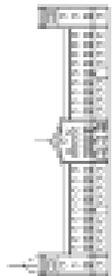
# LA WEB



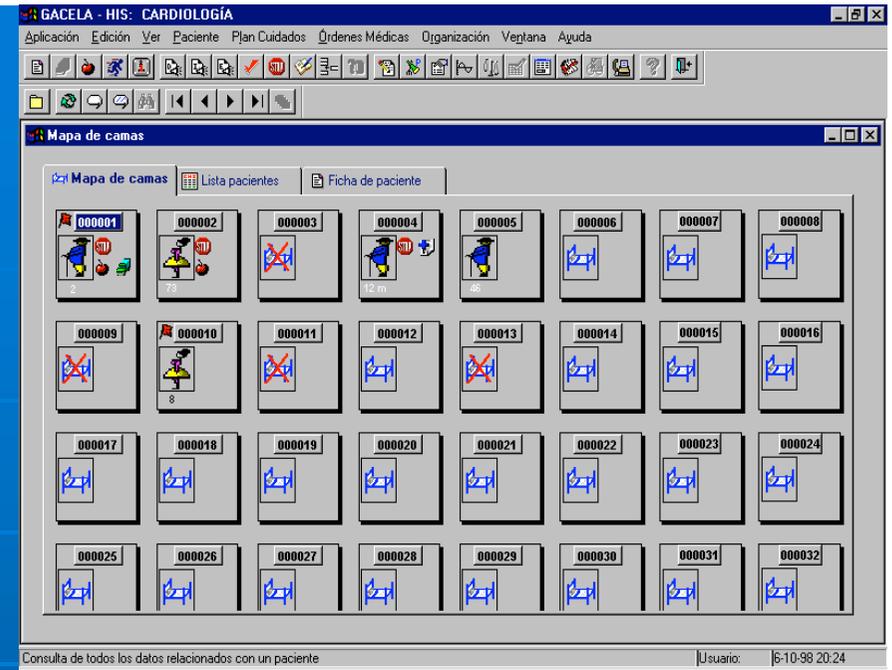
[www.aentde.com](http://www.aentde.com)



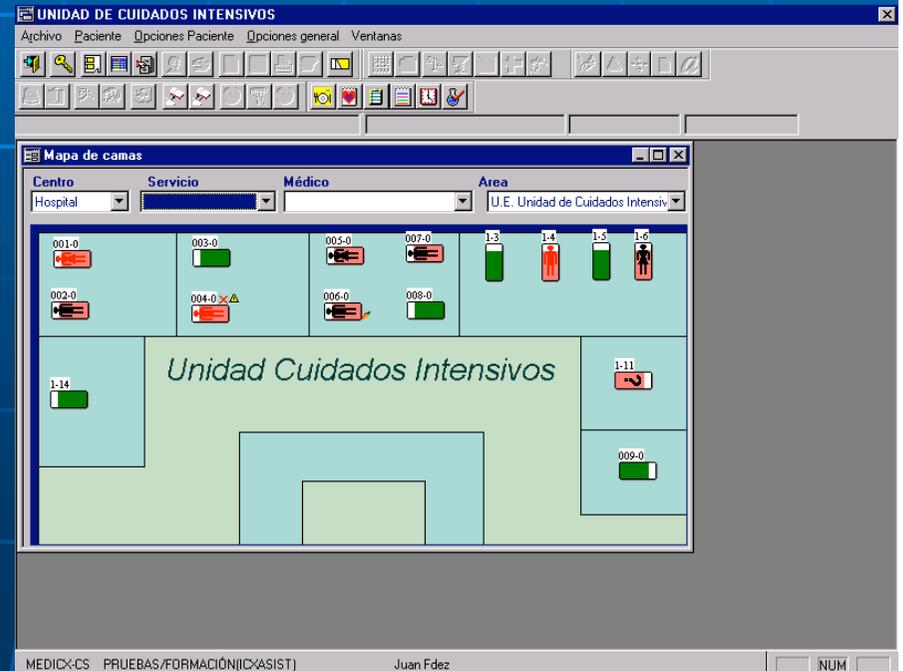
# PROGRAMAS INFORMATICOS EN ESPAÑA

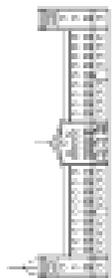


- GACELA

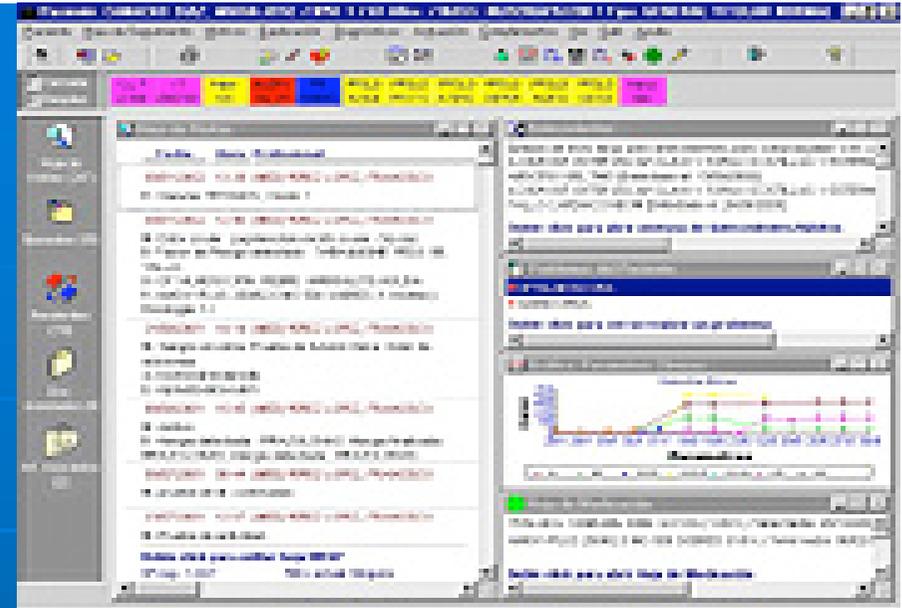


- MOVICARE

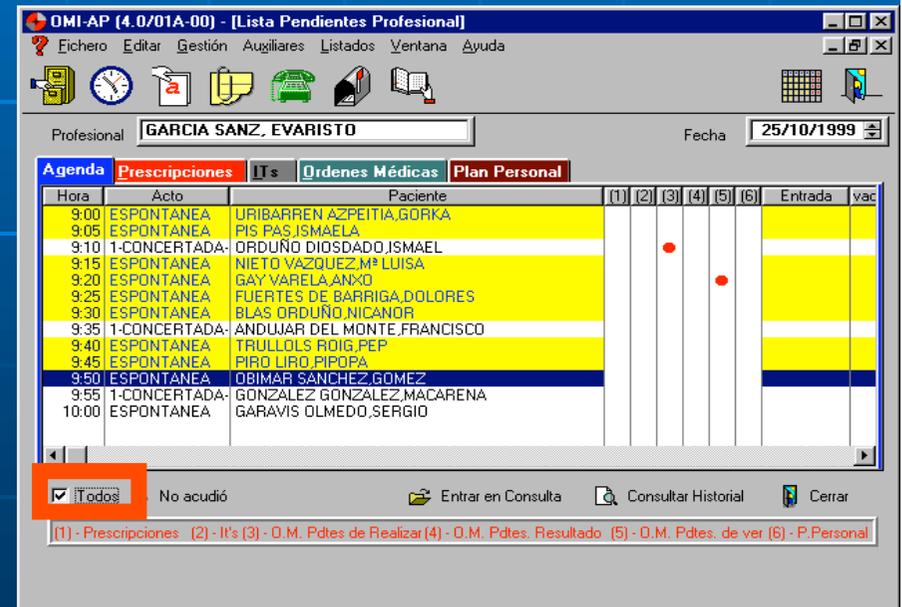


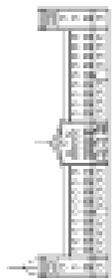


• SIAP-Win



• OMI-AP





- **ZAINERI**



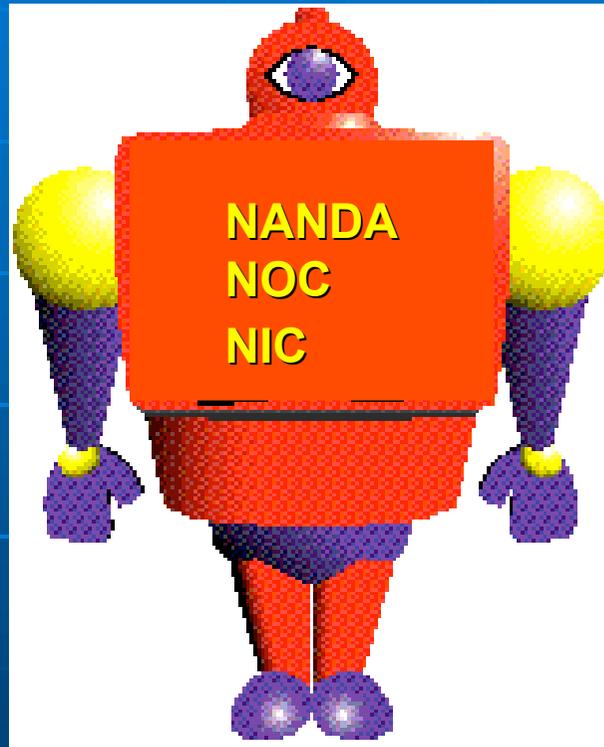
- **PROYECTOS:**

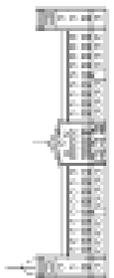
- **E-OSABIDE**

- **DIRAYA**

- **ABUCASIS II**

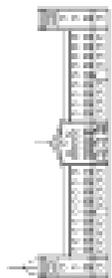
# ¿EQUIPO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DEL FUTURO?





# RECOMENDACIONES

- Insistir en la importancia del Marco Conceptual, que dote de identidad al trabajo de las enfermeras con las herramientas taxonómicas
- La importancia de razonar los hallazgos diagnósticos
- El interés en fomentar el conocimiento que contienen las taxonomías



# DESEO

PARA QUE EL  
CENTRO Y EL  
EJE DE NUESTRA  
ATENCIÓN SEAN  
LOS CUIDADOS  
HUMANOS,  
CERCANOS Y  
PROFESIONALES  
A LAS  
PERSONAS



¿Cómo estás?

**GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN**

## **MODELO DEL CARING COMO GUÍA PARA LA EVALUACIÓN, MEDICIÓN Y REGISTRO DE LA PRÁCTICA ENFERMERA PROFESIONAL.**

**Jean Watson, PhD, RN, HNC, FAAN**

**Eminente Catedrático de Enfermería**

**Cátedra Murchinson-Scoville en Ciencias de los Cuidados**

**Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Colorado**

**Denver, Colorado 80262, Estados Unidos.**

**[Jean.watson@uchsc.edu](mailto:Jean.watson@uchsc.edu)**

**Página web: [www.uchsc.edu/nursing/caring](http://www.uchsc.edu/nursing/caring)**

**RESUMEN:** La presente ponencia nos invita a replantearnos los Diagnósticos de Enfermería dentro del contexto de unos cuidados relacionales basados en la teoría. Gran parte de la labor realizada hasta la fecha en el campo de las clasificaciones y taxonomías de enfermería ha sido tachada de carente de teoría y ubicada en un marco empírico y medicalizado. Los datos reunidos hasta hoy sirven tan sólo para engrosar una única categoría dentro de un sistema global de conocimientos. Si los temas referentes a los cuidados relacionales y las prácticas de enfermería se incluyen dentro del contexto de un sistema más amplio de teoría y conocimientos, puede ofrecerse una nueva perspectiva que apunta hacia una revisión del pensamiento actual.

El modelo integral de Wilber (Wilber, 1993) de sistemas totales de conocimiento se presenta aquí como marco global que proporciona una estructura para explicar, localizar y obtener fuentes de datos y conocimientos sobre las relaciones cuidados-curación dentro del paradigma adecuado. Se presenta, asimismo, un abanico de opciones para contemplar todas las fuentes de datos a la hora de evaluar, documentar e investigar los aspectos de los cuidados relacionales de la enfermería. Los 10 Factores Curativos (FC) (Clinical Caritas) (CC) (Watson, 1979, 1999, 2002), de mi trabajo teórico sobre los cuidados trans-personales se ubican dentro de una estructura de modelo Integral junto con un ejemplo de cómo considerar y registrar diversas fuentes de datos sobre prácticas de cuidados relacionales. El trabajo de Halldorstdottir (1991) sobre el continuo de las relaciones nos ofrece otro modelo. Dicho trabajo dio lugar a una propuesta de herramienta que salió del proyecto National US Samueli (Quinn y col. 2003) sobre

el desarrollo de “guías para la evaluación del impacto de las relaciones curativas en la enfermería clínica”. Se presentan, asimismo, medidas generales y específicas procedentes de los 21 instrumentos existentes para la evaluación y medición de los cuidados en la bibliografía de enfermería (Watson, 2002), a modo de ejemplo de un uso teóricamente coherente de los instrumentos. Este trabajo combinado ofrece a la vez unas bases teóricas y filosóficas y unas guías para la práctica de la enfermería e invita a explorar de una forma más creativa y novedosa este campo emergente de las prácticas de enfermería y el desarrollo del conocimiento.

## Introducción

Mi ponencia no versa sobre los Diagnósticos de Enfermería (DE) propiamente dichos, sino más bien sobre algunas perspectivas y cuestiones críticas sobre el tema y que podrían orientarnos hacia otra dirección. Espero introducir algunos planteamientos nuevos relacionados con un paradigma de enfermería maduro que refleja la naturaleza de los procesos de cuidados humanos y los cuidados centrados en las relaciones profesionales. Y este planteamiento es importante ya que el lenguaje y las prácticas de los cuidados son algo indispensable para sostener la humanidad tanto de enfermeras como pacientes, así como para poner más de manifiesto los procesos básicos de cuidados humanitarios que son imprescindibles en la ética y la práctica de los cuidados profesionales.

### **Trasfondo de las preocupaciones/dilemas actuales y continuados**

En primer lugar, me gustaría subrayar el hecho de que en el mundo actual y post-moderno contemporáneo del trabajo y la atención sanitaria se ha dicho que “si no tienes tu propio lenguaje, no existes” (Watson, 1999). Resulta evidente que, incluso con las mejores intenciones y esfuerzos, gran parte del lenguaje utilizado en diagnósticos de enfermería es un lenguaje medicalizado y clinicalizado que objetiviza las experiencias humanitarias, así como los procesos de enfermería, fijando a la misma dentro de un marco de ciencias médicas. Este lenguaje medicalizado contrasta con el lenguaje que presenta una práctica madura de enfermería/cuidados que está de acuerdo con el mundo interior de los seres humanos y el mundo interior y exterior, así como el trabajo de los enfermeros/as. Un lenguaje que refleja, documenta y llama por su nombre al carácter profundamente humanitario de las prácticas y cuidados de enfermería, los auténticos aspectos subjetivos e inter-subjetivos de los cuidados centrados en la relación y en las experiencias de salud-enfermedad-curación que son tan necesarias en este momento de nuestra historia.

Mis comentarios no pretenden sugerir en modo alguno que abandonemos los Diagnósticos de Enfermería o las clasificaciones correspondientes, sino más bien entender qué es lo que falta y de qué forma ello puede servirnos de herramienta, en lugar de definir una práctica madura de la enfermería. Mis opiniones aspiran a ofrecer una óptica crítica de la forma de contemplar los Diagnósticos de Enfermería como herramienta médica y de enfermería, pero no un modelo de cuidados basado en la filosofía. Un lenguaje de clasificación empírico del tipo que sea resultaría excesivamente restrictivo y limitador de unas prácticas profesionales de enfermería avanzadas.

Otra crítica en este discurso es la realidad de que el lenguaje y la terminología de los Diagnósticos de Enfermería no es el lenguaje que utilizan los enfermeros/as a la hora de comunicarse sobre los cuidados que administran o de hablar sobre la naturaleza de su profesión. En realidad, se ha afirmado en varios estudios internacionales que dicho lenguaje es artificial, nada útil ni algo que esté de acuerdo con el trabajo realizado (George, 2003, Darbyshire, 2004).

Por ejemplo, en algunos estudios australianos sobre enfermería, se indica que el proceso de enfermería junto con los Diagnósticos de Enfermería, contribuían a crear un dilema importante entre algunos clínicos de enfermería australianos. George (2003) indicaba que, invariablemente, los clínicos asociaban los Diagnósticos de Enfermería con el conflicto, la frustración y la falta de observancia. Afirmaban ellos que “la terminología de los diagnósticos de enfermería resultaba confusa, llena de paja, abstracta, impráctica, ineficaz, llevaba mucho tiempo y ofrecía muy pocos beneficios para el cuidado de los pacientes o para las propias enfermeras “ (George, 2003:23). Además, argumentaban dichos clínicos que la terminología no es un *lenguaje vivo*, sino un *lenguaje académico*. En Australia, los enfermeros/as llamaron a esta crisis de los DE la *revolución retórica* y pusieron en entredicho las experiencias de sus colegas norteamericanos a través de lo que se dio en llamar el *dilema diagnóstico de los de Australia y Nueva Zelanda* (George, 1991).

Otras críticas recientes relacionadas con las experiencias de los enfermeros/as (y comadronas) en el uso de sistemas informatizados de información y clasificaciones de las intervenciones de enfermería, identificaron, asimismo, problemas importantes para los clínicos (Derbyshire, 2004, McCloskey & Bulechek, 2000). Por ejemplo, el estudio llevado a cabo en Derbyshire es uno de los pocos que pedían a los clínicos de enfermería que describieran sus experiencias en el uso de sistemas informatizados de información, preguntándoles lo que los mismos significaban para su práctica y para el cuidado de los pacientes. Sobre la base de dicho estudio, indicaba el autor que las experiencias de los participantes habían resultado ser sobre todo negativas y en su mayor parte críticas, en el sentido de que no acababan de captar la “verdadera enfermería”, resultaban difíciles de utilizar, se planteaban incompatibilidades, el sistema no daba respuesta ni tenía en cuenta los cuidados a los pacientes ni tampoco ofrecía unos resultados clínicos lógicos) (Darbyshire, 2004: 17). Esta investigación reflejaba la posición de los clínicos en este campo con las palabras “rabia contra la máquina” (p. 17).

Otros estudiosos de la enfermería en diversas latitudes del mundo han manifestado ese temor por el hecho de que el ejercicio de la enfermería se vea cada vez más dominado por un enfoque movido por la tecnología, prescriptivo y orientado hacia los resultados que va más allá de las complejas prácticas que los cuidados suponen y algo a lo que el sistema es incapaz de adaptarse. Además, los profesionales indican que intentaban “encajar” unos cuidados complejos dentro de un sistema incompatible (Darbyshire, 2004, Kitson, 2002, Jonsdottir y col.,

2003). En dichas publicaciones y en otras, este ímpetu de clasificación oscurece la humanidad de la experiencia sanitaria y disminuye, si no inhibe, la relación que se da en los cuidados y que resulta esencial en los cuidados profesionales de enfermería. En este sentido, los pacientes se presentan como problemas a corregir y no como misterios a contemplar y cuidar. Esta medicalización de la enfermería ha llegado a un extremo en el que los enfoques de procedimientos para el manejo de las funciones corporales del paciente ha llevado a que el cuerpo mismo sea considerado como objeto patológico o fisiopatológico. Un objeto débil, enfermo, vulnerable y al que hay que arreglar para superar las deficiencias y defectos que presenta. Se llega, incluso, a hacer caso omiso de las necesidades psíquicas, espirituales o existenciales a menudo no satisfechas, o se las plantea con una estandarización orientada hacia las tareas, reduciéndolas a un extraño sistema de clasificación. (Kitson, 2002, Jonsdottir, 2003). Ello ha suscitado, por supuesto, una serie de interrogantes éticos sobre los Diagnósticos de Enfermería y sobre el modo de reducir a una persona a un problema y el etiquetar las experiencias humanas supone objetivar aún más los procesos humanitarios y de atención en el mundo vivo de los pacientes y los enfermeros/as (Mitchell, 1991). Dicho enfoque resulta incompatible con las teorías y el lenguaje actual de la enfermería en general y de los procesos tan complejos de los cuidados y las relaciones humanas en particular.

Aprovechando la ocasión del presente congreso, parece adecuado destacar el creciente interés por el ejercicio de la profesión como tema central del discurso tanto profesional como disciplinar de la enfermería actual. Este congreso puede ser una excelente ocasión para replantearse el alcance y la naturaleza de la terminología de la enfermería y para concienciarnos sobre la forma de definir, ampliar y delimitar el ejercicio profesional de la administración de cuidados. Esta ocasión podría ser un punto de inflexión para reconocer, descubrir y replantearse la terminología y las prácticas profesionales de forma que las mismas se reflejen claramente, se mantengan y contribuyan a servir de soporte al núcleo relacional de las prácticas de los cuidados y el compromiso de atención que la enfermería tiene para con sus pacientes y la sociedad en general.

Podría afirmarse sin lugar a dudas que la finalidad de cualquier lenguaje es la comunicación y, en cambio, la terminología de los Diagnósticos de Enfermería sigue planteando muchas dificultades a los enfermeros/as a la hora de comunicarse eficazmente entre ellos, con o sobre los pacientes y sus familias y con otros colegas. Por eso, un lenguaje tan rígido priva a los enfermeros/as y a la documentación de enfermería de su creatividad y capacidad de innovación, de su congruencia, pertinencia y autenticidad con respecto a la naturaleza de sus prácticas. Por otra parte, se afirma que la terminología desacredita y mina el nivel de experiencia y conocimientos de los profesionales de la enfermería, introduciendo si cabe más dilemas éticos y, lo que es peor, aislando a los enfermeros/as entre sí y de sus colegas.

No obstante, la búsqueda de un lenguaje, una clasificación y una documentación de enfermería prosigue a nivel mundial. Según nos recordaba Virginia Henderson hace algunos años: “los enfermeros/as necesitan un lenguaje apto para dos mundos distintos: el lenguaje de la ciencia (terminología de diagnósticos médicos y de enfermería) y el lenguaje de la gente”. (Henderson, V., 1984, Comunicación personal).

Al parecer, en la actualidad, conforme vamos buscando indicadores sensibles de enfermería para los cuidados y la atención, así como un lenguaje de clasificación y una terminología para la evidencia y los resultados, se nos pide, además, que utilicemos un lenguaje y una terminología para los cuidados que refleje un enfoque profesional maduro y holístico. Los cuidados son el elemento de acción en las relaciones de humano a humano, y están basados en unos valores humanos y unos ideales éticos que sirven de soporte a los cuidados y a su núcleo relacional incluso cuando los mismos se ven amenazados biológica, lingüística, políticamente o de la forma que sea.

Tengo la impresión de que hasta ahora, la enfermería ha realizado una labor extraordinaria en el desarrollo de un lenguaje técnico, científico, medicalizado y clínico relacionado con la profesión, pero no ha sabido desarrollar el lenguaje de los procesos de enfermería dentro del *lenguaje que utiliza la gente*. Esa atención/curación que se resiste a convertirse en un mero objeto o a la reducción por parte de otro ser humano, o incluso sus experiencias de curación, salud/enfermedad, reducidas al estatus moral de objeto –ya se trate de una enfermera, un paciente o un colega.

Por otra parte, nos hallamos en un momento muy especial de la historia de la enfermería en el que su paradigma converge con las necesidades y demandas del público, alejándose de una visión estricta y medicalizada de la salud y la curación para orientarse hacia unas relaciones más espirituales en el cuidado de las personas.

Tal como nos recuerdan Madrid y Winstead-Fry (2001:193), la era actual es una auténtica divisoria para la enfermería: “los clientes andan en busca de alternativas al enfoque paternalista, deshumanizado y fracturado del sistema sanitario actual... Los enfermeros/as se hallan en primera línea a la hora de entender al ser humano como un todo...”

En lo que queda de ponencia se defenderá el uso de un marco teórico de los Cuidados que se apoye filosófica, ontológica, epistemológica y éticamente en un modelo de curación y relaciones. Este modelo pretende sustentar el aspecto humanitario y los cuidados como elementos centrales de la práctica profesional, incluso cuando se vea amenazado. Este planteamiento está, por lo demás, de acuerdo con los cambios que se están produciendo entre el público a nivel mundial.

## **Modelo de relaciones cuidados-curación como núcleo de la práctica profesional de enfermería: temas relativos a la evaluación, medición y resultados.**

Aunque se preconice el uso de un modelo de cuidados y relaciones de esos cuidados como fundamento de un ejercicio maduro de la profesión de enfermería, aunque se enmarque continuamente a la enfermería como mezcla de ciencia, arte, tecnología y espiritualidad desde tiempos de Florence Nightingale, el modelo de la educación y la práctica de la enfermería sigue centrado, en gran medida, en los aspectos tecnológicos y empíricos del cuidado de los pacientes. Esta limitación contribuye a fragmentar, diluir y minimizar aún más el núcleo de cuidados relacionales del ejercicio de la enfermería, impidiendo que la misma madure y se convierta en una profesión sanitaria y de curación por ella misma. Se ha establecido una dualidad y no un diálogo entre objetividad y empirismo, y se ha plasmado una clasificación sobre un fondo de un lenguaje vivo de subjetividad-intersubjetividad y relaciones persona a persona y experiencias que potencian la curación y la plenitud. Lo que se requiere es un discurso dialéctico que adopte la integración y la síntesis del conocimiento del todo, a diferencia de un enfoque más tajante de una cosa u otra.

## **Relaciones entre Cuidados y Curación como Centro de la Práctica Profesional de la Enfermería**

No obstante, si desplazamos la óptica profesional pasando de los aspectos tecnológicos a una orientación más centrada en la ciencia de la prestación de cuidados y las relaciones, pero seguimos ubicando estos fenómenos dentro del marco empírico y medicalizado dominante, esto es algo que se denomina error de categoría. (Wilber, 1993). Es decir, no podemos acceder a los aspectos profundamente trans-personales, relativos a las relaciones en los cuidados, a la intensa interacción subjetiva-inter-subjetiva de la enfermería, si se los limita exclusivamente al modelo empírico. Como alguien dijo en una ocasión: "Es como intentar fabricar hielo haciendo hervir el agua –imposible alcanzar el objetivo." La realidad es, sin embargo, que la enfermería sigue necesitando trasladar sus prácticas profesionales a un marco que se pueda comunicar, investigar e interpretar dentro del todo más amplio. Hay muchas razones que explican porqué hemos de prestar atención a las relaciones entre cuidados y curación a fin de poder ampliar nuestros planteamientos.

## ¿Por qué centrarnos en la relación entre cuidados y curación en el ejercicio de la enfermería?

- La enfermería se basa en unas relaciones éticas, teóricas y filosóficas en las que los cuidados y las acciones compasivas constituyen la esencia del ejercicio profesional (Watson, 1999; Duffy, 2003).
- Cuidados. Las relaciones son elemento imprescindible de la práctica profesional e incluyen relaciones con los pacientes, sus familias y otros profesionales de la salud (Duffy & Hoskins, 2003).
- Las relaciones entre cuidados y curación se caracterizan por los valores, actitudes y comportamientos que se ponen de manifiesto en un “momento de prestación de los cuidados”. Todos estos factores se conocen con el nombre de “Carative Factors” (N del T. El traductor omite la traducción de este término –sin duda de reciente creación- para el que probablemente habrán encontrado un equivalente en castellano). Y, más recientemente con el término de procesos de “Clinical Caritas (N. del T. mismo comentario de antes) (Watson, 1998, 1999 y 2002).
- Estos procesos hacen hincapié en el respeto hacia las personas y en los significados asociados a sus experiencias de salud-enfermedad-curación, la naturaleza de la conexión ser humano a ser humano, espíritu a espíritu de la relación (también denominada trans-personal) que afecta tanto a la persona cuidada como al que cuida y que va más allá del tiempo, del espacio y la mera esencia física (Watson, 1988, 1999).
- Los resultados de las relaciones de cuidados se han vinculado, al menos de forma preliminar, teórica y empíricamente a los resultados obtenidos en los pacientes (Duffy, 1992, Larson & Ferketich, 1999, Swanson, 1999).
- Se han creado 21 instrumentos para evaluar y medir los cuidados: cinco de las medidas existentes se basan en la teoría de Watson sobre los cuidados humanitarios y/o los 10 “Factores Carativos” (Watson, 2002).

## Razones adicionales para prestar atención al aspecto relacional del proceso de prestación de cuidados-curación

- Los enfermeros/enfermeras, como grupo más nutrido de profesionales sanitarios, se hallan en una posición clave para incorporar los elementos que falten en las

relaciones entre cuidados y curación y, por otra parte, venir en apoyo de los mismos cuando ya existan.

- La enfermería debe afrontar el reto de la enorme escasez de profesionales a nivel mundial y dicha escasez tiene unas implicaciones importantísimas en el buen funcionamiento de los sistemas sanitarios (Quinn y col., 2003).
- Hacer hincapié en que el núcleo central de la profesión de enfermería es la relación entre cuidados y curación dentro del marco de las experiencias humanas de salud y enfermedad (Newman y col. 2002), y buscar un lenguaje, documentación para la evaluación y guías para la investigación, podría servir para superar las limitaciones de la falta de personal de enfermería (Quinn, y col. 2003).
- Los enfoques utilizados para la creación de datos y conocimientos centrados en los resultados pueden proporcionar un planteamiento lógico muy necesario para mejorar la prestación de los cuidados y fomentar el establecimiento de las relaciones entre cuidados y curación como base de la enfermería profesional.
- La capacidad de tener unos indicadores de las relaciones entre cuidados y curación, tanto empíricos como no empíricos, puede permitir la creación de unos "informes" sobre el paciente y sobre la familia que planteen el tema de la calidad de los cuidados centrados en la relación en los distintos servicios o centros (Quinn y col. 2003).
- Explicar las relaciones entre cuidados y curación puede facilitar el apoyo, la ampliación o el rechazo de las teorías existentes sobre las relaciones entre cuidados y curación, estimulando así su ulterior investigación (Quinn y col. 2003).
- Por último, estos planteamientos podrían engendrar, a su vez, teorías y conocimientos para la disciplina de la enfermería.

### **Directrices para considerar la teoría de las relaciones en el binomio cuidados-curación como base para evaluar, documentar e investigar el ejercicio profesional de la enfermería. (Proyecto Nacional Samueli de los Estados Unidos).**

En lo que queda de ponencia haré mucho hincapié en mi propio trabajo en el Samueli Institute for Information Biology (SIIB) (Quinn y col. 2003). Quinn y colaboradores fueron invitados, en calidad de grupo de consenso, a elaborar unas directrices de investigación para evaluar el impacto de las relaciones de curación en la enfermería clínica. El Model Integral

(modificado a partir del Wilber 2000), un sistema global de conocimientos, se introduce a modo de estructura para realizar una aproximación a las distintas fuentes de datos y tipos de conocimientos. La Filosofía y Teoría de los Cuidados Humanitarios, así como los 10 CARATIVE FACTORS Y procesos de CLINICAL CARITAS (Watson, 1988, 1999) de la teoría, son sometidos a examen como lenguaje ampliado. El modelo del sistema Integral de Conocimiento Global se utiliza como estructura para ir adaptando las formas complejas y diversas de conocer y de ser. Sirve de modelo adicional para entender las distintas fuentes de datos y su ubicación.

Una segunda estrategia y medida de evaluación propuesta que se enmarca dentro del sistema de conocimiento global es la que se ofrece para la evaluación del continuo de relaciones que van desde la ausencia de cuidados a los cuidados propiamente dichos: es decir, de biocida (tóxico, destructivo) a biógeno (que confiere vida recíproca y trans-personal) (Halldorsdottir, 1991). Todas estas ideas proceden del proyecto Samueli. Y estos enfoques de trabajo sirven a modo de ejemplo de enfoques novedosos y creativos para pensar cómo podría explicarse más plenamente el modelo de cuidados relacionales ubicando los distintos procesos dentro de un Sistema Integral de Conocimiento Global (Wilber 2000).

### **Pensemos, en primer lugar, en algunas características de la relación que existe entre cuidados y curación.**

**Las características de una relación entre cuidados y curación** incluyen algunos conceptos como los siguientes: empatía, amor, calidez, confianza, credibilidad, sinceridad, cortesía, respeto. La curación se convierte en un proceso emergente del sistema personal en su globalidad; dicho proceso puede suponer o no la curación (Quinn y col. 2003).

Si es la relación entre el profesional y el cliente la que se convierte en variable importante del proceso de enfermería y sus resultados, entonces la esencia de los cuidados y la curación en esa relación ofrecerá discernimiento y atención a muchos niveles. La Asociación Americana de Enfermeros/as definió hace ya mucho tiempo la enfermería como la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o posibles, ampliando luego dicha definición de forma que incluyera valores como el reconocer la unidad de mente, cuerpo y espíritu y las relaciones entre cuidados y curación. (ANA, 1980, 1995). Así pues, esta visión contemporánea de la enfermería combina el arte de cuidar y la ciencia de la atención sanitaria. En este modelo, la enfermería se basa en la filosofía y la ciencia de los cuidados humanitarios (Watson, 1979, 1985, 1988, 1999). En opinión de Nightingale, la enfermería debe encargarse de “poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza pueda actuar sobre el mismo” (Nightingale, 1969).



V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA

## Contexto teórico-empírico para las relaciones entre cuidados y curación en la enfermería.

Un marco de Ciencias de los Cuidados proporciona las bases para la investigación, la práctica y la educación en enfermería. Dicho marco plantea el carácter enérgico de la conciencia (en los cuidados) y de dicha concienciación surge una calidad de energía que potencia la curación. La relación entre cuidados y curación protege a la dignidad humana, su plenitud e integridad, y se caracteriza por una auténtica presencia y decisión. La naturaleza de dicha relación es trans-personal dentro de un “momento de prestación de los cuidados” en el que se produce una conexión de espíritu a espíritu/de alma a alma, entre el profesional de la enfermería y el paciente y ambos quedan transformados por esa interacción. (Quinn y col. 2003; A68, Watson, 1988, 1999. Hay otros marcos teórico-empíricos de los cuidados informados que vienen a reforzar y a dar a la persona todo su valor, reconociendo esa sensación de Estar con, el propio compromiso y la responsabilidad que uno tiene de la vida y el bienestar de otra persona. (Swanson, 1991, 1993).

Estas opiniones sobre los cuidados ponen el énfasis en la totalidad de la persona, son un enfoque de sistema global para entender el fenómeno desde el punto de la experiencia y también clínica y empíricamente, dejando, por ende, muy claro que los cuidados, la curación y las relaciones no pueden entenderse pensando en la suma de las partes sino más bien como un sistema vivo que debe aceptarse como algo no lineal ni causal.

Dentro de la óptica de sistemas vivos globales, **Smith (1999)** hizo un análisis de un amplio abanico de publicaciones sobre cuidados criticándolas bajo el criterio de la Ciencia Unitaria Rogeriana, e identificó **5 componentes de los Cuidados dentro del modelo de la Ciencia Unitaria**. En dicho contexto y sobre la base de una amplia gama de bibliografía sobre los cuidados, halló la autora que los mismos pueden contemplarse de las formas siguientes:

- Declaración de intenciones,
- Entendimiento de una pauta,
- Ajuste a un flujo dinámico,
- Experimentar lo infinito, e
- Invitar a la urgencia creativa.

Estas dimensiones más amplias y profundas de la convergencia que se derivan de la bibliografía sobre los cuidados, sobre lo que en realidad sucede en el proceso de



- Miedo y agotamiento.

Este trabajo refleja otra aportación importante a la visión de sistema global de las relaciones de los cuidados que aparece en el trabajo de **Halldorsdottir (1991)** que llevó a cabo un estudio cualitativo clásico sobre las relaciones en los cuidados en Islandia donde la autora elaboró una clasificación de las relaciones enfermero/a-pacientes que constituye un continuo que va de la ausencia de cuidados/falta de interés por los mismos hasta el interés y los cuidados propiamente dichos, ante lo cual cabría sugerir una gama que iría desde la no-curación hasta la curación. **Los cinco puntos de la clasificación que la autora presenta de las Relaciones desde la Ausencia de Cuidados a los Cuidados son:**

- **Tipo 1 – Biocida** o destructor de vida (tóxico, que induce a la ira, la desesperación y a un menor bienestar).
- **Tipo 2 – Biostático** o limitador de la vida (frialdad, tratar al paciente como si fuera una molestia).
- **Tipo 3 – Biopasivo** o neutro frente a la vida (apático o lejano).
- **Tipo 4 – Bioactivo** que apoya a la vida (clásica relación enfermero/a-paciente, del tipo amable, preocupado y benevolente).
- **Tipo 5 – Biógeno** o donante de vida.

Halldorsdottir describe la relación biocida como aquella en la que “el paciente es, en realidad, sufre un perjuicio por el trato con el profesional que le manipula, coerce, abusa de él, le humilla o le inflige cualquier otra forma de violencia física, mental, emocional o espiritual”. (Quinn, 2003: A71). “Supone la transferencia al otro de energía negativa u oscuridad... (Halldorsdottir, 1991:39).

“Este modelo biógeno al nivel más alto de cuidados supone amabilidad cariñosa, benevolencia, capacidad de respuesta, generosidad, piedad y compasión. Una presencia que verdaderamente da vida, ofrece al ser humano una sensación de conexión con los demás y libertad espiritual. Supone una actitud de apertura hacia las personas y también receptividad, aunque siempre manteniendo una distancia creativa de respeto y compasión.” (Quinn, y col. 2003: A 69). Dentro de la relación biógena está la presencia humana que restaura la dignidad humana y supone una presencia personal transformadora que también cambia profundamente al que la protagoniza. Para el receptor es como un chorro de compasión semejante a una corriente (Halldorsdottir, 1991: 44).

**La relación biógena encierra un potencial de curación y corre paralela al “Caring Moment” de Watson y a la noción de cuidados trans-personales.** (Watson, 1988, 1999). Estas opiniones sobre las relaciones de los cuidados teóricas y empíricas están de acuerdo con la noción de curación de Nightingale según la cual la relación de cuidados de persona a persona posee la

“Capacidad de poner en marcha toda una plétora de procesos psico-fisiológicos...En la medida en la que la ansiedad, la tensión, la depresión y el temor son influencias negativas sobre la salud, entonces unas relaciones clínico-paciente que provoquen estos estados de cuerpo-mente-espíritu podrían ser considerados como “no curativos o faltos de interés”, o según el model de Halldorsdottir, como Biocidas. La relación biógena o curativa en los cuidados contribuye a crear las condiciones según las cuales la tendencia innata hacia la aparición de la curación viene facilitada y potenciada por la renovación, el orden, una mayor coherencia y una transformación...” (Quinn y col. 2003: A69).

En este modelo de cuidados-curación, que corre paralelo a los cuidados trans-personales, el proceso biógeno, ese momento de prestación de los cuidados, se ha visto confirmado en la bibliografía en algunos campos de investigación como la psiconeuroinmunología, el apoyo social, el amor y las teorías de los sistemas y el caos. Por ejemplo, se ha demostrado que tanto el apoyo social como el amor afectan al estado de salud. En este modelo podría pensarse que los cuidados son como una especie de amor crítico, ofrecido en momentos de intenso desequilibrio y vulnerabilidad (Quinn y col.: A69). Estas formas de ver la relación entre cuidados y curación requiere recurrir a diversos sistemas de conocimientos y fuentes de datos, así como formas nuevas de plantearse su evaluación.

### **Modelo de Sistema Integral de Conocimiento Integral de Wilber para identificar Múltiples Fuentes de Datos y Múltiples Formas de Acceder al Conocimiento:**

Además del trabajo clásico de Carper (1978) que identificaba cuatro formas de conocimiento en enfermería (es decir, la empírica, la estética, la personal/intuitiva y la ética), un Model Integral para estudiar y clasificar distintos campos del conocimiento ofrece la posibilidad de estudiar y analizar las relaciones entre cuidados y curación en enfermería (**Véase Figura 1**). El modelo de Wilber (2000) con su adaptación, identifica 4 cuadrantes del conocimiento, cada

uno de los cuales representa un resumen de los datos de las distintas disciplinas y diversas ramas del conocimiento, así como una serie de consideraciones éticas, culturales y hermenéuticas hasta actividades de carácter contemplativo. Dicho modelo incluye disciplinas orientales y occidentales así como fuentes pre-modernas, modernas y post-modernas del conocimiento (Wilber, 2000), Quinn y col. 2003). Las Figuras 1 y 2 ofrecen ejemplos de la forma de ubicar el conocimiento de las relaciones en los cuidados y los Factores Carativos dentro de los distintos cuadrantes.

**Figura 1. Modelo integral para la evaluación de las relaciones entre cuidados y curación modificado a partir de Wilber, 2000 y Quinn y col., 2003: A74.**

Interior – Individual Subjetivo	Exterior – Individual Objetivo
Según la conoce/experimenta/vive el enfermero/a-el paciente	Como resultados medidos en relación con los cuidados de enfermería y el paciente.
- Estudio fenomenológico	- Satisfacción del paciente con el enfermero/a.
- Historia narrativa	- Calidad de vida, salud global, bienestar espiritual
- Registro de los Caring Moments	- Control fisiológico o del entorno durante las interacciones enfermero/a-paciente.
- Observador participante	- Varios
- Varios	
Ejemplo basado en la teoría de los Factores Carativos/Procesos de Caritas: CFs 1, 2, 7, 10.	Ejemplo basado en la teoría de los Factores Carativos/Procesos de Caritas: CF 3, 5, 6, 8, 9.
CF 1 Humanista, valores altruistas.	CF 3 Sensibilidad hacia el yo y el otro
CF 2 Fomenta la fe y la esperanza	CF 5 Expresa emociones positivas y negativas
CF 7 Enseñanza-aprendizaje trans-	CF 6 Proceso de prestación de cuidados

Personal	orientado a la resolución creativa de
CR 10 Dimensión existencial-fenomeno- lógica y espiritual	problemas
	CF 8 De apoyo... el entorno
	CF 9 Ayuda en las necesidades humanas básicas

---

Interior – Colectivo	Exterior – Colectivo
Inter-subjetivo	Inter-objetivo
Según saben enfermero y paciente	Como resultados medidos en relación con los sistemas: grupos
- Evaluación de las experiencias comunes según lo que se explique	- Satisfacción del personal
- Entrevistas compartidas	- Rotación del personal
- Análisis de temas comunes “Caring Moment”	- Sistema de satisfacción de los pacientes por servicio o entre diferentes servicios.
- Diálogos entre enfermero/a y paciente	- Comparaciones entre los distintos hospitales de un mismo sistema
- Varios	- Varios
Ejemplo basado en la teoría de los Factores Carativos/Procesos de Clinical Caritass: CF 1, 2, 3, 4, 7, 8, 10.	Ejemplos basados en la teoría de los Factores Carativos 4, 5, 6, 7, 8, 9.

---

## **CF 1. Valores humanitarios-altruistas Registro de los Caring Moments:**

**CF 2. Fomenta la fe y la esperanza**

**CF 3. Sensibilidad por el yo y el otro**

**Naturaleza de la relación**

**CF 4. Relación de ayuda y confianza  
en los cuidados**

**CF 5. Expresión de emociones positivas y negativas**    **Acciones desempeñadas en cuidados**

**CF 6. Proceso de prestación de cuidados**    **Comunicación con los demás:**

con resolución creativa de problemas

CF 7. Enseñanza-aprendizaje trans-personal

CF 8. Entorno de apoyo/protección/corrección

CF 9. Ayuda en las necesidades humanas básicas

CF10. Dimensiones existenciales-fenomenológicas

Espirituales.

**Figura 2: Ejemplo de uso de la Guía Teórica de Factores Carativos como orientación para documentar los procesos de atención (cuidados) al paciente.**

El marco de Wilber puede ser considerado como un enfoque de persona global/sistema global para el desarrollo del conocimiento. Cada uno de los cuatro cuadrantes representa una óptica distinta para enfocar el conocimiento. Señala este autor que ninguna ciencia o sistema de conocimientos es completo a menos que incluya datos procedentes de los cuatro cuadrantes. Véase la Figura 1.

**Los dos cuadrantes de la derecha (superior e inferior) representan el mundo exterior, visión objetiva de los fenómenos: (individual – superior derecho), (colectiva inferior – derecha).**

Es decir, los cuadrantes de la derecha hacen alusión a los sentidos y a sus extensiones, el mundo empírico, objetivo, exterior.

**Los dos cuadrantes de la izquierda son las dimensiones interiores del individuo (superior-izquierda) y el colectivo (inferior-izquierda). Se necesitan métodos, datos, conocimientos y un lenguaje que represente a esos 4 cuadrantes.**

El modelo de los 4 cuadrantes adapta un enfoque teórico-filosófico de persona global-sistema global al entendimiento, clarificación e incluso clasificación de los conocimientos sobre las relaciones entre cuidados y curación.

**Preguntas para explorar la relación entre cuidados y curación en cada cuadrante:**

Quinn y col. (2003: A70) **identifican una serie de categorías para explorar la relación entre cuidados y curación que abarcarían los cuatro cuadrantes. Por ejemplo:**

- Las cuestiones relacionadas con la experiencia vivida en la relación de curación para el paciente y el clínico se hallarían en el **cuadrante superior izquierdo** y exigen más formas subjetivas y cualitativas de investigación y documentación;

- Las cuestiones relativas a la experiencia compartida de la relación se hallarían en el **cuadrante inferior izquierdo** y requerirían datos de entrevistas o bien enfoques de correlación;
- Las cuestiones relativas al impacto de la relación sobre resultados observables y mensurables se hallan en el **cuadrante superior derecho** y se prestan a métodos y diseños cuantitativos;
- Los temas referentes al modo como se manifiesta la relación de curación y sus impactos en el sistema de atención sanitaria se hallarían en el **cuadrante inferior derecho**. Aquí podrían ser útiles enfoques de investigación sobre el diseño de los servicios sanitarios.

El consenso al que llegaron mis colegas del Proyecto Nacional Samueli fue que los ámbitos que más necesario resultaba plantearse eran los incluidos en el **cuadrante superior derecho y el cuadrante superior izquierdo** en general, en el sentido de explorar, explicar, clasificar y documentar, así como investigar las relaciones entre cuidados y curación. De esta forma quedarían garantizados unos enfoques que incluyeran medidas objetivas y observacionales por parte de terceras personas y también auto-informes e información cualitativa, subjetiva e inter-subjetiva que reflejara la experiencia vivida y el lenguaje vivo de la experiencia.

#### **Marco teórico del cuidado humano y ubicación de los 10 factores carativos.**

Más concretamente, el marco teórico del cuidado humano puede servir de guía teórica y filosófica, si no ética, para evaluar y medir las relaciones entre cuidados y curación. Los diez (10) Factores Carativos (FC) (con su ampliación en los Procesos de Caritas Clínica) se utilizan como lenguaje para describir los elementos esenciales de las relaciones de los cuidados en la práctica enfermera. Dichos Factores Carativos se postulan como núcleo central de la enfermería profesional (Watson, 1979, 1988, 1999, 2002).

#### **Los 10 Factores Carativos se identifican de la forma siguiente:**

1. Sistema de valores humanístico/altruista;
2. Fomenta/instila Fe y Esperanza;
3. Sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás;
4. Desarrollo de una relación del Cuidado Humano basado en la Ayuda y la Confianza;
5. Expresión de sentimientos positivos y negativos;



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

6. Proceso de cuidados que incluye la resolución creativa de problemas;
7. Enseñanza-aprendizaje trans-personal;
8. Entorno (de curación) de apoyo/protección y corrección mental, física, espiritual y de la sociedad.
9. Asistencia en las Necesidades Humanas Básicas.
10. Deja espacio para unas dimensiones existenciales, fenomenológicas y espirituales.

Dichos factores quedan potenciados con la noción de Procesos de Caritas Clínica (PCC) que les confieren un lenguaje más fluido y contemporáneo. No obstante, y por razones de contexto, aquí utilizaré los FCs originales. Estos factores y sus ampliaciones en PCCs se están empleando cada vez más como guía en la práctica enfermera para evaluar, registrar y valorar los resultados. En la actualidad está en marcha toda una serie de proyectos clínicos en los que, precisamente, se está aplicando este modelo. Además, otro proyecto anterior de centro de enfermería, el Denver Nursing Project in Human Caring (El Proyecto de Enfermería de Denver en Cuidado Humano) (1984-1992), fue modelo nacional para centros de enfermería, basado en la teoría del cuidado y los 10 factores carativos. Dicho modelo fue investigado desde un enfoque cualitativo-cuantitativo y dio como resultado unos resultados muy positivos tanto para las enfermeras como para los pacientes, así como unos ahorros importantes pues sirvió para evitar la hospitalización de personas seropositivas o con SIDA (Schroeder, 1989; Neil, 19XX).

La aplicación clínica de los FC en el cuidado de un paciente ha aparecido recientemente documentada por Cara (2003) que yuxtapone los procesos de Caritas Clínica que se derivan de los 10 FC frente a las categorías de significado y prioridades de los pacientes a la hora de tomar decisiones sobre aspectos de salud. En la actualidad, la experimentación de este trabajo se está llevando a cabo en dos proyectos en Denver, Colorado: el del Children's Hospital, con el modelo de Práctica Profesional de Enfermería en Cuidados y Atención, (Watson & Foster, 2003) y el del Denver Veterans Hospital (Hospital de Veteranos de Denver) (DVA). El DVA está probando la creación de las Unidades Nightingale de Excelencia en Cuidados-Curación. Estos dos proyectos y otros están utilizando la Teoría del Cuidado Humano como guía de su práctica y están recogiendo datos para documentación, investigación, etc.

**(Véase Watson & Foster, 2003; Quinn, 2002 y la página web de Watson: [www.ucshc.edu/nursing/caring](http://www.ucshc.edu/nursing/caring) para más información sobre proyectos clínicos que están haciendo pruebas con la Teoría del Cuidado y sus aplicaciones).**

### **Factores Carativos y Ejemplo de Modelo Integral:**

**La Tabla 1 y la Tabla 2 incluyen el Modelo Integral para el sistema global de conocimientos y ubican los 20 Factores Carativos dentro de cada uno de los 4 cuadrantes. Se presenta, asimismo, un marco para enfocar los Factores Carativos y las anotaciones de la documentación enfermera a modo de ejemplo de cómo pueden utilizar los enfermeros/as los FCs y la guía teórica para documentar el aspecto relacional del cuidado tanto desde el punto de vista de la enfermera como del paciente.**

Evaluación y Medición del Cuidado en la Enfermería y las Ciencias de la Salud.

Además de la traducción formal de la Teoría del Cuidado en el modelo Integral y métodos de documentación, algunas de las medidas de evaluación teóricamente congruentes y presentadas en la recopilación de Watson de las evaluaciones de los cuidados (Watson, 2002), podrían servir de punto de partida para un ulterior trabajo. Por ejemplo, dichas medidas pueden recoger algunos aspectos cualitativos y cuantitativos de la relación, dentro de un estudio de diseño triangular. El compendio de instrumentos utilizados en los cuidados incluye unas herramientas que miden y evalúan la calidad del cuidado, las capacidades y los cuidados, así como la eficacia de los mismos, junto con herramientas que sirven para evaluar las ideas que el paciente o el enfermero/tienen del cuidado aplicado. Cinco de los instrumentos entre los 21, utilizaron la teoría del cuidado de Watson y los 10 Factores Carativos como base para el desarrollo de instrumentos, ofreciendo una congruencia teórica para algunas medidas concretas. Dichos 21 instrumentos pueden resultar útiles a la hora de medir hasta qué punto se da la relación cuidados/curación y contribuir así a operativizar esta dimensión tan crítica del cuidado del paciente. (Watson, 2002; Quinn y col., 2003:A71).

### **Otras consideraciones procedentes del Proyecto Nacional Samueli de EEUU**

Otras consideraciones del Proyecto Samueli indicaban que al buscar datos y un sistema de conocimientos sobre las relaciones entre cuidados y curación, las medidas escogidas debían ser acordes con el contexto conceptual y teórico del trabajo; el enfoque debería centrarse en el paciente al usar las medidas que justifiquen el tiempo y la energía dedicados a la obtención de datos y su correspondientes documentación.

Por último, en nuestra revisión de la bibliografía, hallamos que el esquema presentado por Halldosdottir, (1991) podría prestarse a la creación de un sistema de clasificación para uso de pacientes y enfermeros/as. De esta forma, las relaciones individuales entre enfermero/a y paciente podrían ser catalogadas desde “Biocidas” hasta “Biógenas” tanto por los pacientes como por los enfermeros/as. Dichas puntuaciones podrían luego correlacionarse con algunas medidas concretas de los resultados relativas a la curación, por ejemplo, satisfacción del paciente y el enfermero/a, enfermeros/as quemados, sensación de bienestar, medidas de comodidad, captación de la calidad de la experiencia, etc.

En el apéndice aparece un ejemplo del instrumento propuesto para este trabajo (Véase Apéndice 1 en documento aparte). Los resultados obtenidos con dicho instrumento podrían ofrecer una orientación sobre una búsqueda más cualitativa y en profundidad de esta relación, con el fin de recoger información adicional sobre lo que fuera la experiencia, lo que significó y de qué forma percibió la persona el efecto de las experiencias. De este modo, las distintas preguntas y enfoques podrían suscitar datos que asociaran el cuadrante superior derecho y el cuadrante superior izquierdo como forma de hacer avanzar el sistema de conocimientos de la enfermería en el terreno práctico, de investigación y educación.

Además, Duffy (2003), basándose en la teoría del cuidado humano de Watson y la naturaleza de las relaciones del cuidado definida por la propia Watson, ofrece un modelo más para las relaciones de los cuidados y una práctica basada en la evidencia. En las pruebas de su modelo cuantitativo, postula la autora que la evidencia empírica ha de ir acumulándose a partir de la teoría. Y presenta ella las siguientes preguntas que deben plantearse si uno opta por incorporar la relación de los cuidados a un modelo de evaluación:

- ¿Cuál es la relación entre los cuidados enfermeros y los indicadores de resultados concretos sensibles a la enfermería?
- El sentirse “cuidado” ¿influye acaso en una consecución más eficiente de los resultados esperados en los pacientes?
- ¿Cuál es el efecto de una intervención independiente de cuidados enfermeros en la calidad de vida (QOL) del paciente?
- ¿De qué modo influyen en la seguridad del residente las relaciones de colaboración entre los miembros de un equipo de atención sanitaria de una instalación asistida?

La autora propone, como lo hace Quinn y mis colegas (2003), que combinar las investigaciones empíricas con unas exploraciones cualitativas más reflexivas para

descubrir nuevas pautas que lleven a un mayor conocimiento y calidad, pone de manifiesto que ello refleja de forma más exacta la complejidad de la práctica enfermera profesional. Para acabar, decir que todas estas recomendaciones actuales requieren que se coloque a las relaciones de los cuidados en el centro de la práctica clínica como medio para optimizar los resultados obtenidos en la atención sanitaria (Informe Fetzer, 1999, Quinn y col., 2002, Duffy, 2003).

**En resumen**, cada uno de estos planteamientos:

Las recomendaciones Samueli, de Quinn y col.

El marco adaptado de Wilber (2000) de Sistema Integral de Conocimiento Global;

El Modelo Teórico de Cuidados de Watson con los Factores Carativos; y el continuo de Halldorsdottir (1991) desde el No Cuidado hasta el Cuidado, junto con las preguntas orientadoras de Duffy,

ofrecen todos ellos formas novedosas y originales de incorporar la diversidad y la complejidad de las relaciones entre cuidados y curación. En conjunto, proporcionan una nueva óptica para contemplar el panorama tan amplio de los fenómenos relacionales en enfermería. Conforme se vayan analizando más sistemáticamente estos modelos y otros que puedan surgir, la enfermería podrá disponer de unos datos más teóricamente profundos y prácticamente coherentes para alcanzar un sistema mejor de conocimientos que sirva para reflejar y ampliar mejor los conocimientos prácticos.

Y al seguir adentrándose en el conocimiento de las relaciones entre cuidados y curación para desarrollarlo dentro de un contexto más amplio y coherente, se hará posible alcanzar un conocimiento que abarque a los cuatro cuadrantes. Los esfuerzos combinados en este ámbito ofrecen una vía para la evolución ética, epistemológica y ontológica tan necesaria para la enfermería como Ciencia que es de los Cuidados. Al plantear las relaciones de los cuidados y los procesos de curación dentro de un sistema de conocimiento global, esencial para la práctica de la enfermería profesional, entonces la disciplina y la profesión de enfermería podrán realizar una mayor aportación a la práctica, la ciencia y también a los individuos, comunidades y sistemas a los que sirve.

#### **Referencias:**

American Nurses Association. *Nursing's Social Policy statement*. Washington, DC. ANA publishing. 1980, 1995.

Cara, C. (2003) Continuing Education Article: A pragmatic View of Jean Watson's Caring Theory. *International Journal for Human Caring*. 7(3):51-61.

Darbyshire, P. 'Rage against the machine?': nurses' and midwives' experiences of using Computerized Patient Information Systems for clinical information. *Journal of Clinical Nursing*. 13:17-25.

Duffy, J. (2003) Caring relationships and evidence based practice: *International Journal for Human Caring*. 7(3):45-50.

Duffy, J. Hoskings, LM (2003). The quality-caring model: Blending dual paradigms. *ANS*. 26(1):79-90.

George, M (1991) Diagnosis Dilemma Downunder. Conference Proceedings National Nursing Diagnosis conference. December. Gold Coast Queensland, Australia.

George, M. (2003) A journey in search of greater transparency and empowerment in Australian nursing practice: examining and critiquing practice issues through academic inquiry. Thesis for Doctor of Nursing Degree. La Trobe University, Bundoora, Victoria, Australia.

Halldorsdottir, S. (1991). Five Basic modes of Being with another. In Gaut D. and M.Leininger (Eds) *Caring: The Compassionate Healer*. New York: NLN.:37-49.

Jonsdottir H., et al., (2003). Partnership in practice. *Research and theory for nursing practice. An International Journal*. 17(1):51-63.

Kitson, A. (2002), Recognizing relationships: Reflections on evidence-based practice. *Nursing Inquiry*. 9(3):179-186.

Larson, P. & Ferketich, S. (1999). Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalization. *Western Journal of Nursing Research*. 15(6):690-707.

Madrid, M. & Winstead-Fry, P. (2001). Nursing research on the health patterning modalities of therapeutic touch and imagery. *Nursing Sc. Quarterly*. 14:187-194.



V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA

McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M. (eds). (2000). *Nursing Interventions Classification.(NIC)*. 3rd edition. Mosby, St. Louis, MO: USA/

Mitchell, G. (1991) Nursing Diagnosis: An Ethical Analysis. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 23(2): 99-103.

Newman, M. et.al. (1991) The focus of the discipline of nursing. *ANS*. 14(1):16.

Nightingale, F. *Notes on Nursing. What it is and What it is Not*. New York: NY: Dover. 1969.

Quinn, J. et.al. (2003). Research guidelines for assessing the impact of the healing relationship in clinical nursing. *Alternative Therapies*. 9(3): A65 –A79.

Smith, M. (1999) Caring and the Science of Unitary Human Beings. *ANS*. 21:14-28.

Swanson, K. (1999) What is known about Caring in Nursing Science. In Hinshaw et.al (eds). *Handbook of Clinical Nursing Research..* Thousand Oaks, CA: Sage.

Tressolini, C. P. and the Pew-Fetzer Task force. (1994). *Health Professions Education and Relationship Centered Care*. San Francisco: Pew Health Professions Commission.

Watson, J. & Smith, M. (2002) Caring science and science of unitary human beings: A transtheoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*. 37(5):452-461.

Watson, J. (1985). 1999) *Human Science and Human Care*. NLN: New York; Jones & Bartlett.

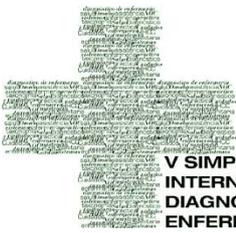
Watson, J.(1979, 1985) *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Colorado Assoc. Univ. Press.

Watson, J. (1999) *Post-modern Nursing And Beyond*. New York: Harcourt-Brace/Elsevier Sc.

Watson, J. (2002) *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. NY: Springer.

Watson, J. (2004 in press) *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: FA Davis.

Wilber, K. (2000) *A Brief History of Everything*. Boston: Shambhala.



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

## **APROXIMACIÓN A LA UTILIZACIÓN DE LAS TAXONOMÍAS DESDE LAS PERSPECTIVAS DE LOS MARCOS TEÓRICOS**

**Rosa González Gutiérrez-Solana**

**Vicepresidenta de AENTDE**



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**

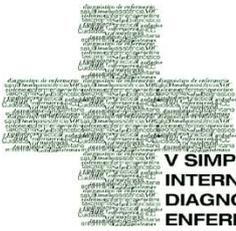
**Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**

## 1. Los cuidados de enfermería: Un objetivo aun no conseguido.

A pesar de los esfuerzos y de los años transcurridos sobre la teoría y la practica especifica de la enfermería, todavía las instituciones, los médicos y una parte considerable de las enfermeras, desconocen realmente su papel específico sobre los cuidados.

- a) Un largo camino en el cambio desde la labor central de las enfermeras delegada de los médicos (reparto de medicación, ejecución de tareas prescritas) hasta la concepción central basada en los planes de cuidados
- b) El Proceso de Atención de Enfermería es el método idóneo del trabajo de enfermería pero a su vez es un cambio profesional que supone en la práctica una auténtica revolución profesional de método, de autonomía y de relación con otros profesionales. Hace visible a nuestra profesión porque la reconoce con la palabra
- c) Como la asistencia sanitaria tiene cada vez más carga de trabajo y más demanda. de forma manuscrita no es posible recoger todo lo que las enfermeras realizan y esto permite que se terminen justificando prácticas meramente auxiliares de médicos y enfermos
- d) En algunos hospitales, este cambio conceptual estuvo facilitado por la decisión institucional de trabajar con planes de cuidados con ayuda de un programa informático que permitió hacer la valoración, diagnóstico, y planificación de cuidados mas fácilmente y la continuidad de los cuidados y la documentación en todos los turnos de trabajo.
- e) Con ayuda de herramientas informáticas es posible recoger todo lo que las enfermeras valoran diagnostican, se proponen, hacen o logran en su trabajo con los enfermos y utilizando además fácilmente las taxonomías más reconocidas





V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA

- f) Lo mas importante no es la herramienta informática, sino cambiar la orientación profesional hacia los cuidados a los enfermos. Pero las herramientas tecnológicas pueden ayudar a ese cambio conceptual haciéndolo viable y visible.
- g) Hasta ahora, la enfermería ha sufrido muchas adaptaciones pero siempre según un esquema institucional abrumadoramente dominado por los médicos. De modo que, queda también por conseguir el reconocimiento institucional (por médicos, y las normas institucionales) de ese papel de los cuidados

## 2. El papel de las taxonomías enfermeras: La punta de lanza actual del avance profesional

- a) El papel de la unificación del lenguaje y de la taxonomía es imprescindible para la comunicación intraprofesional e interprofesional, cualquiera que sea el modelo de teórico de los cuidados
- b) Uno de los desarrollos más importantes de las profesiones es su validez universal, o su inteligibilidad internacional necesarias para el intercambio de experiencias y para el entendimiento y la investigación compartida. La enfermería ha tenido, y sigue teniendo, un desarrollo notable con los diagnósticos de enfermería siguiendo la labor pionera de la Asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería, NANDA<sup>1</sup>, que en España desarrolla la AENTDE<sup>2</sup>, y también con los sistemas de clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y de la clasificación de criterios de resultado (NOC). Todas estas sistematizaciones

<sup>1</sup> NANDA: North American Nursing Diagnosis Association



internacionales, que fortalecen el desarrollo de la profesión desde numerosos puntos de vista, serian imposibles sin la ayuda de los sistemas informáticos, que permiten estandarizar, protocolizar y denominar con precisión todas las actividades diagnósticas, las actividades, los procedimientos, y su evaluación cualitativa y cuantitativa

c) Es significativo que ninguna enfermera, incluso en los centros que ya han incorporado el trabajo con planes e cuidados, se dirige a los médicos exponiéndole los problemas con el lenguaje enfermero. Nadie habla de las valoraciones, los diagnósticos o la planificación de los cuidados con los médicos

d) Tanto en la transición hacia los planes de cuidados como en el reconocimiento de su lenguaje, especificidad y aportación real nos queda una larga marcha.

### **3. La filosofía de la enfermería sigue siendo la de siempre.**

Como expresión de cómo los avances e innovaciones se integran con el núcleo básico y tradicional de las profesiones, puede servir lo que señalan Sackett y colaboradores para subrayar la importancia de la innovación aportada por medicina basada en la evidencia. Definen la Medicina Basada en la Evidencia como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor y mas actualizada evidencia para la toma de decisiones en el cuidado de los enfermos. La práctica de la medicina basada en la evidencia significa integrar las habilidades clínicas del medico con la mejor evidencia externa disponible mediante una búsqueda sistemática de la bibliografía.

---

<sup>2</sup> AENTDE: Asociación española de nomenclatura, taxonomía y diagnósticos de enfermería.



- a) El lenguaje y la clasificación de las actividades y diagnósticos (taxonomías), son ya imprescindibles en la enfermería moderna, porque constituyen herramientas profesionales insustituibles. Pero no debemos olvidar que los instrumentos y los métodos son siempre auxiliares de la función principal: la atención al enfermo y sus cuidados. (La madre tiene la función clara, pero desconoce, en términos profesionales, los instrumentos y método de la enfermería).
- b) Marco teórico (con o sin Modelo filosofía de la enfermería) sobre los cuidados, Método (Plan de Cuidados), Lenguaje (Sin lenguaje no hay profesión. Los lenguajes específicos están ligados a las profesiones), la Experiencia de relación (El otro conocimiento que se tiene: la metacognición) con los enfermos y los Instrumentos organizativos y tecnológicos (informatización) son las cinco claves de la competencia profesional de la enfermería. El marco teórico o filosofía de los cuidados debe recoger lo mejor de la ciencia y la técnica (rigor, precisión en los datos y en la información objetiva) y de la ética universal hacia los seres humanos como iguales en dignidad, y que implica nuestra actitud global ante los enfermos y sus valores personales.
- c) Hay otro aspecto del marco teórico que afecta a nuestra relación con otros profesionales de nuestros centros de trabajo, y profesionales implicados en la salud en general. El marco teórico mas amplio de la salud: La relación y cooperación con otros profesionales (médicos, técnicos, etc) al servicio del enfermo.
- d) La autonomía del enfermo está mas allá de nuestro papel en los hospitales y de los centros de salud. La relación comprende también la educación para la salud y la prevención de enfermedades.
- e) Con todo debemos recordar que el marco de la salud, con ser tan importante en la vida de las personas, no lo es todo. (Marco



Marchioni). El mundo del trabajo el empleo, de la vivienda, de los recursos económicos, de la vida afectiva, sexual, etc, configuran creencias, valores, percepciones del mundo originales y propias en cada individuo que debemos respetar. La función de la enfermería también es respetar los deseos, los intereses y los derechos de los enfermos cuando ellos lo deciden. Y eso proporciona un marco teórico de amplia visión de nuestro papel como profesionales de los cuidados y la educación sanitaria, pero en el contexto de una vida y un mundo muy complejos para todos y cada uno de los seres humanos

#### **4. Una constante adaptación a los cambios científicos y técnicos, pero también sociales y culturales.**

a) Hablar del futuro de la enfermería y sus práctica es necesariamente hablar de una adaptación innovadora constante, al medio cultural, a los cambios, para los que no solemos estar especialmente bien preparadas. La inercia, los estereotipos profesionales, lo que se cree saber sin que tenga realmente fundamento, las rutinas y los rituales con frecuencia son obstáculos para este cambio. En este sentido, los cambios son ahora vertiginosos en todos los ámbitos, desde el científico y técnico, hasta los sociales y políticos. En lo concreto, supondrá cambios organizativos de la asistencia sanitaria y de la forma de atender a los enfermos

- a) Formas diversas de asistencia sanitaria
- b) Formas de educación para la salud y prevención
- c) Formas de atención a los mayores
- d) Los inmigrantes

#### **5. Los cambios organizativos son mas importantes y mas difíciles que los tecnológicos.**



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.  
Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**

- a) De una manera especial debe subrayarse la dificultad de los cambios organizativos porque implica cambios de actitud personal y cambios en la dinámica del grupo de trabajo.
- b) Implica cambios de actitudes y del grupo de trabajo
- c) Se necesita una cierta preparación psicológica y moral porque requiere humildad y aceptación de algunos cambios aunque no se esté convencido

#### **6. Las posibilidades de obtener mayor eficiencia a través de mejoras organizativas y profesionales del trabajo de enfermería son muy grandes**

- a) Las posibilidades de obtener mayor eficiencia a través de mejoras organizativas y profesionales del trabajo de enfermería son muy grandes porque partimos de un gran atraso no solo en la concepción y gestión de los hospitales y centros de salud como organizaciones muy complejas de servicios públicos, de alta cualificación y sensibilidad social, sino también porque el trabajo de enfermería está subestimado por las instituciones y por las mismas enfermeras que no hemos hecho las propuestas necesarias para aprovechar mejor nuestras capacidades e integrar mejor los niveles asistenciales. Por eso, en España, como en Gran Bretaña, por poner ejemplos en los que el gasto sanitario es de los mas bajos de Europa para su nivel de desarrollo (7-8 % del PIB), las posibilidades de mejora a través de esos avances profesionales y organizativos son, en mi opinión, muy altas, sin necesidad de mucho incremento del gasto. La eficiencia es una condición para mantener los sistemas sanitarios de cobertura universal y evitar aquellas formas de privatización que perjudiquen a los mas pobres.





# **Razonamiento clínico: Arte y Ciencia**

Daniel J. Pesut PhD APRN BC FAAN

Indiana University

Professor and Department Chair

Environments for Health

[dpesut@iupui.edu](mailto:dpesut@iupui.edu)

# Resultados

- Describen el modelo de razonamiento crítico de Análisis del Resultado del Estado Actual AREA (OPT)
- Explican los cinco aspectos lógicos del razonamiento clínico.
- Explican las cuatro C del juicio clínico.
- Describen una taxonomía de juicio y seis generaciones del proceso de enfermería.
- Definen unas estrategias de reflexión que sirven de apoyo para el modelo de razonamiento AREA(OPT).



# Investigación clínica

Preguntas y respuestas sobre la relación que existe entre los problemas, los resultados y las intervenciones en un contexto clínico.

# Pensando sobre lo que es pensar



- ¿Pensamiento crítico?
- ¿Pensamiento creativo?
- ¿Pensamiento reflexivo?
- ¿Pensando en sistemas?
- ¿Pensando en la complejidad?
- ¿Pensando en redes?

# Razonamiento clínico

“Los procesos de pensamiento reflexivo, concurrente, creativo, crítico y en red se hallan inmersos en la práctica y se utilizan para enmarcar, yuxtaponer y verificar la correspondencia que puede existir entre una situación actual y unos resultados deseados, con el fin de poder emitir juicios sobre los resultados conseguidos”

( Pesut & Herman, 2003)





# Evolución del proceso de enfermería en EEUU

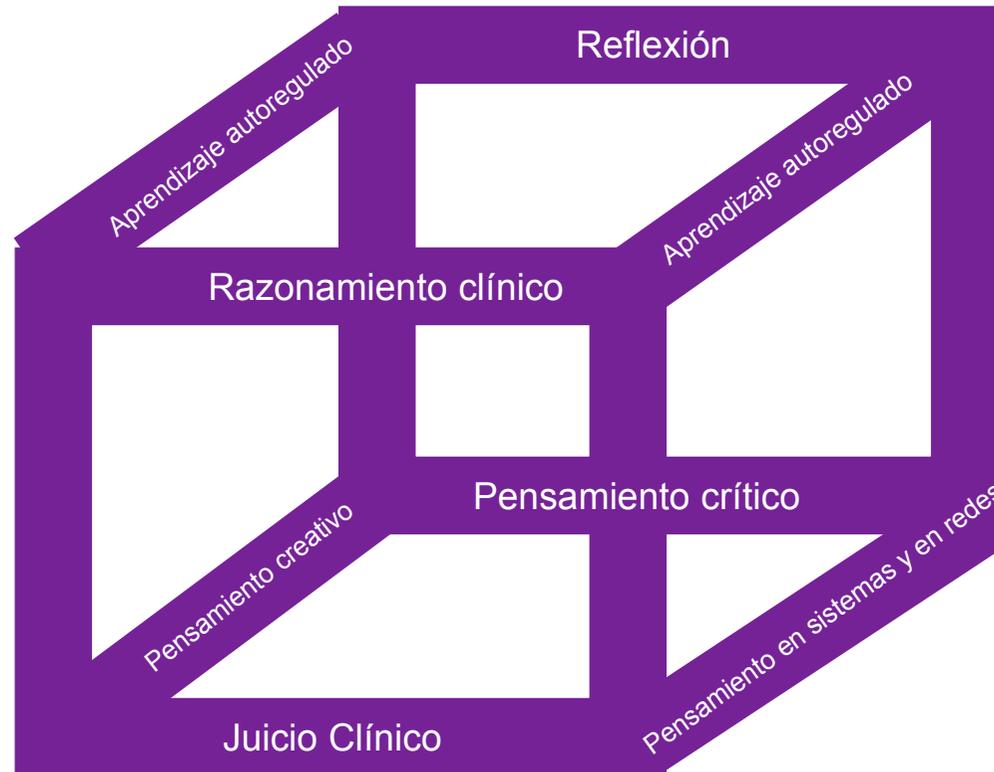
- 1950-1970: problems en el procesado
- 1970-1990: diagnóstico y razonamiento
- 1990-2010: especificación y verificación de los resultados

# Generaciones del proceso de enfermería

- 2010-2025: acumulación de conocimientos
- 2025-2035: modelos de cuidado (arquetipos)
- 2035-2050: cuidado predictivo

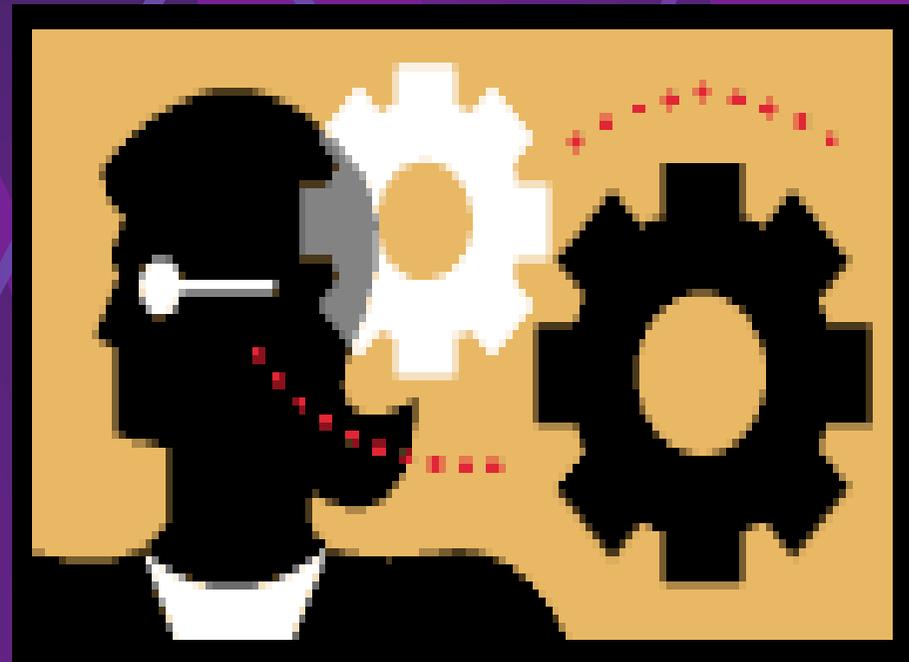
“Ningún problema puede ser resuelto por el mismo nivel de consciencia que lo creó.” --Albert Einstein





# Las cinco lógicas del razonamiento clínico

- La lógica del diagnóstico enfermero.
- La lógica del proceso de cuidados enfermeros.
- La lógica del sistema.
- La lógica de la red de relaciones.
- La lógica del manejo y el control del yo.



# Las redes del razonamiento clínico

- Afcción/tema/persona.
- Representación del conocimiento o vocabulario clínico.
- Pensamiento crítico y creativo sobre conexiones
- Pensamiento de sistemas y en red sobre conexiones.



# Investigación clínica

- ¿Cuáles son las consecuencias del cuidado enfermero en esta afección?
- ¿Cuáles son las respuestas humanas a los problemas reales o posibles de la atención sanitaria?
- ¿Cuál es la dinámica del sistema? (relaciones entre necesidades, intervenciones, resultados y prioridades al planificar los cuidados).

# Trabajo de conocimientos de enfermería: Una fuente de poder

- El razonamiento clínico presupone un vocabulario clínico.
- Centro de Evaluación de la Información y los Conjuntos de Datos de Enfermería.(NIDSEC)

[www.nursingworld.Org/nidsec/](http://www.nursingworld.Org/nidsec/)

# Sistemas de Clasificación de Enfermería NIDSEC

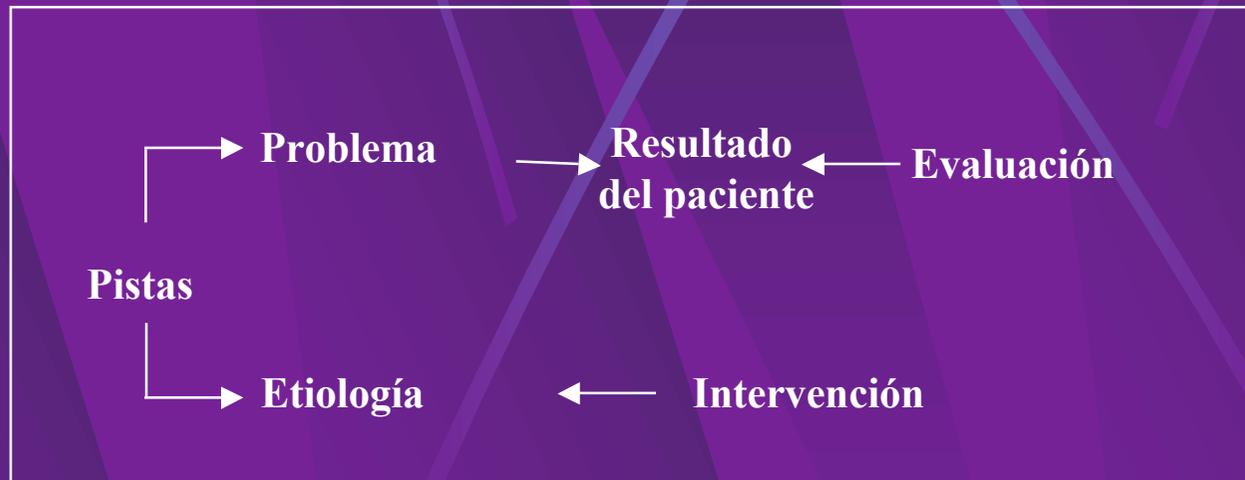
- NANDA
- NIC
- NOC
- Omaha system
- Clasificación de Atención Domiciliaria
- Vínculo alternativo
- Patient care data sets
- NMMDS
- Perioperative nursing data set
- SNOMED
  - Systematized Nomenclature of Medicine
- CIPE

# International Standards Organization 18104

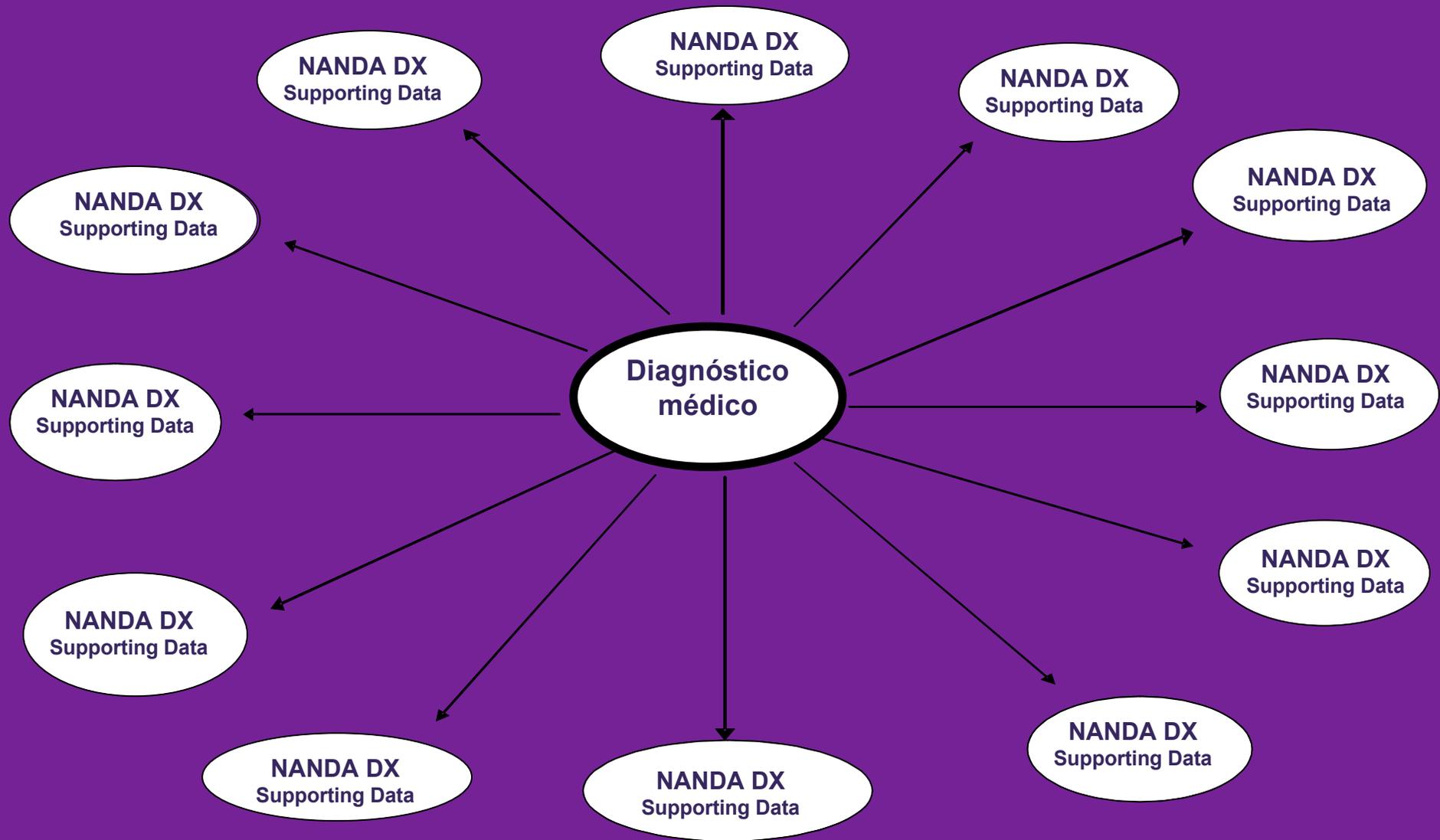
- Integración a la informática sanitaria de un modelo de terminología de referencia para la enfermería.

● [www.ISO.org](http://www.ISO.org)

# DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Lógica



# Red de razonamiento Clínico AREA(OPT)



# Investigación clínica

- ¿Cuál es la historia?
- ¿Qué historia está Vd. “enmarcando” y de qué forma?
- ¿Qué vocabulario clínico orienta a su razonamiento?
- ¿De qué forma deja claro el lenguaje diagnóstico de enfermería las necesidades de cuidados enfermeros?
- ¿Qué evidencia viene en apoyo de dichos diagnósticos?
- ¿De qué forma los sistemas y una red de razonamiento contribuyen a hacer explícitas las relaciones entre los diagnósticos de enfermería?

# Historias



- Organícense los acontecimientos dentro de unos marcos lógicos.
- Experimentos naturales.
- Vincúlese la red de causas con los efectos.
- Semejante a las simulaciones mentales.
- Extráiganse y comuníquense los aspectos más sutiles de la experiencia.

# Fuentes de poder

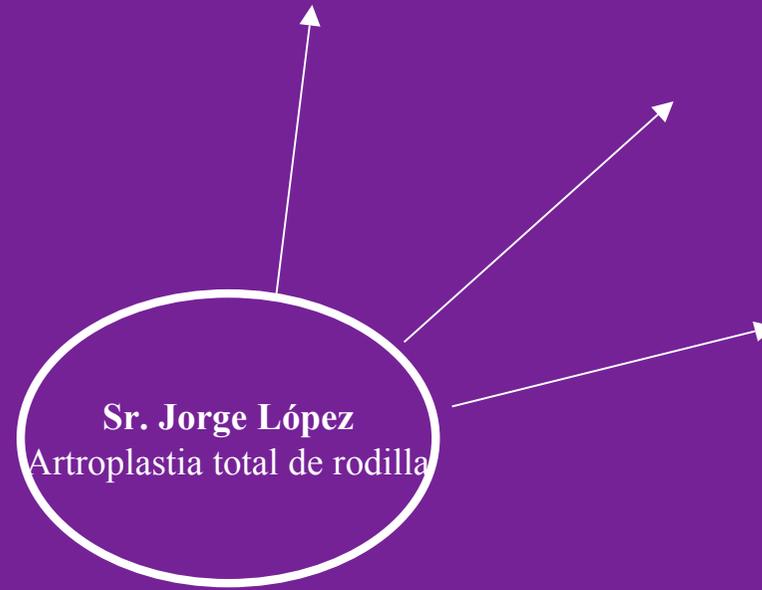
- **Intuición**
  - Reconocimiento de patrones, imagen amplia, conciencia de la situación.
- **Simulación mental**
  - Ver el pasado y el futuro.
- **Uso de puntos de apalancamiento para resolver problemas mal definidos.**
- **Pasar de la narrativa a un conocimiento proposicional.**

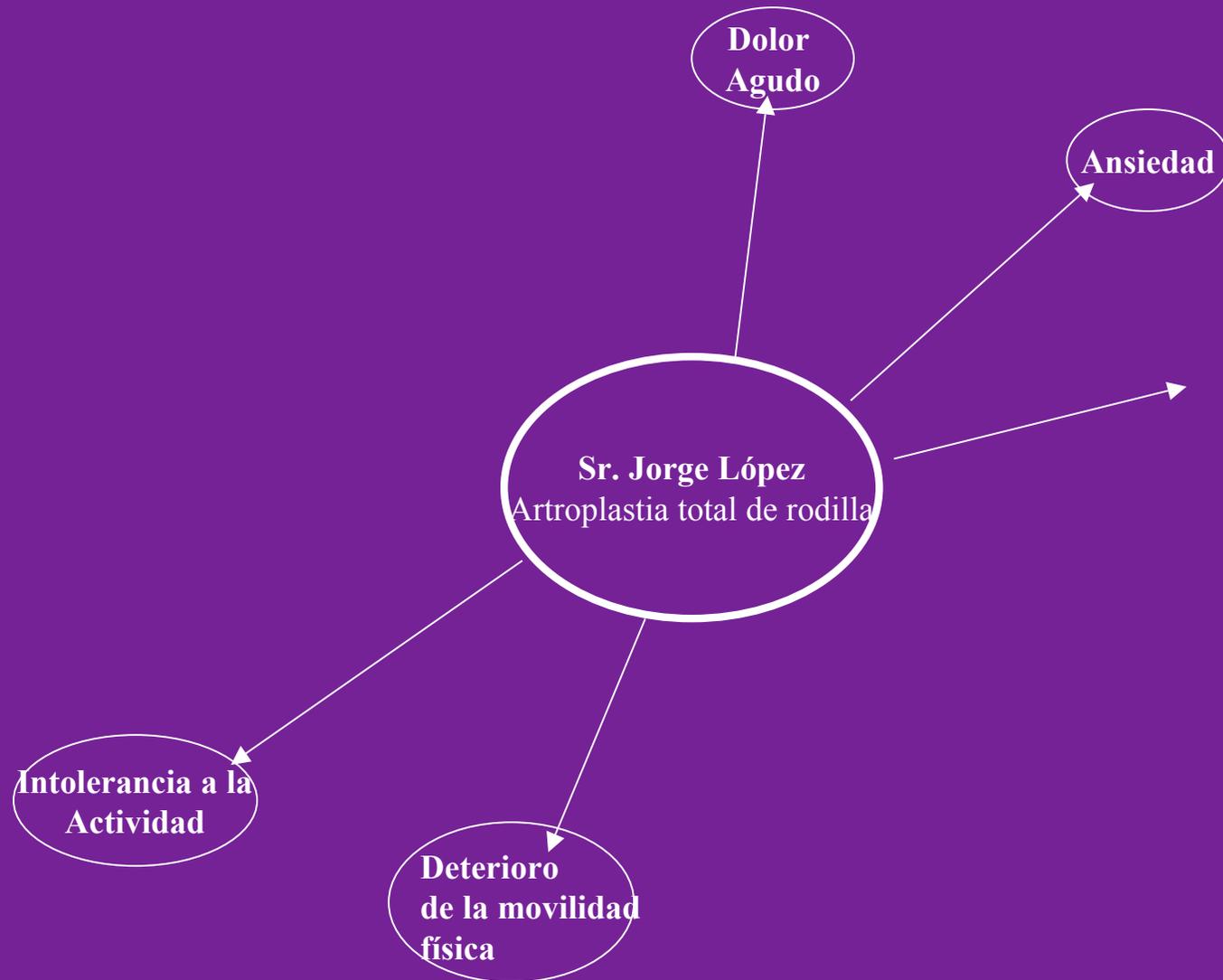


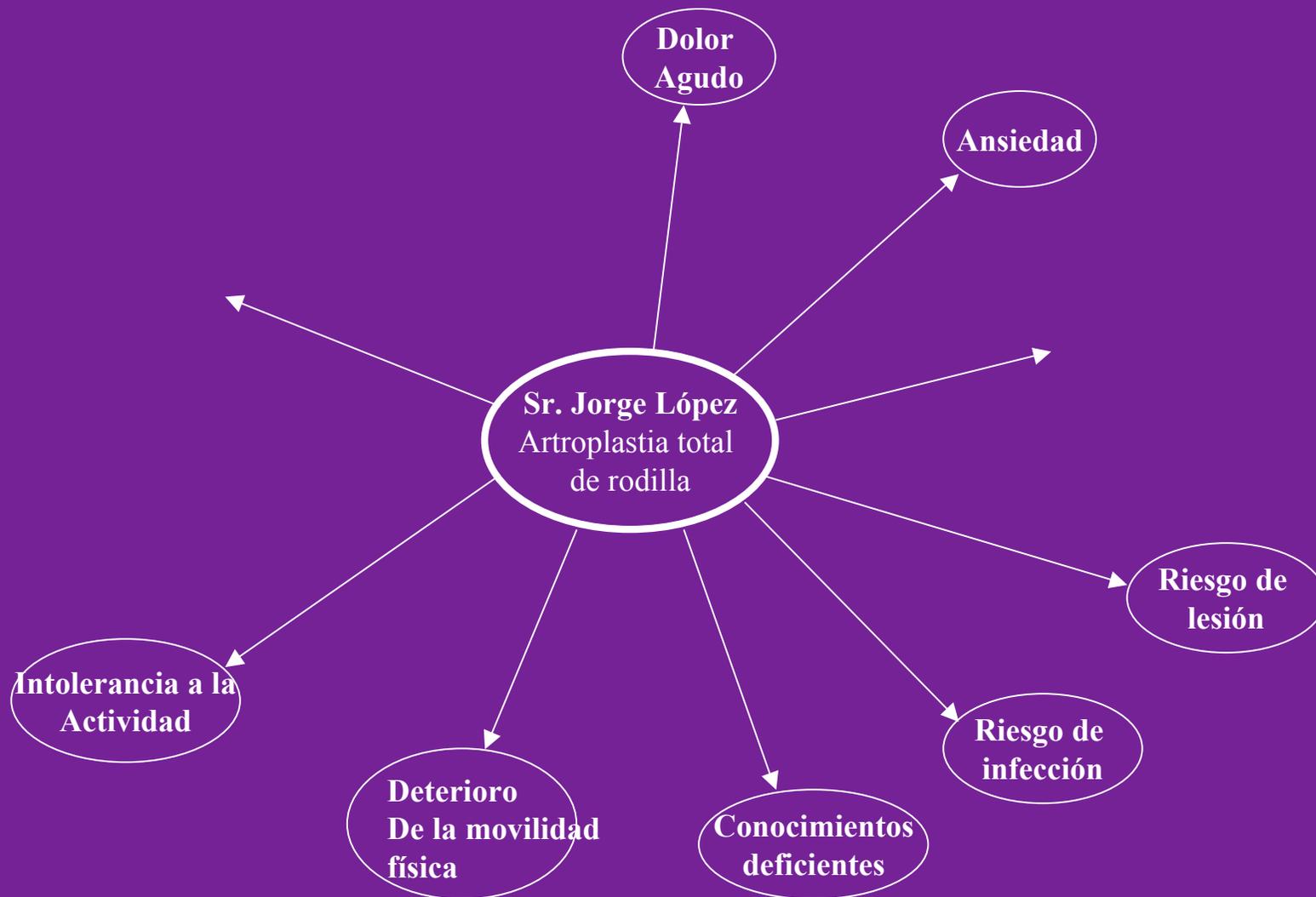
# Fuentes de poder



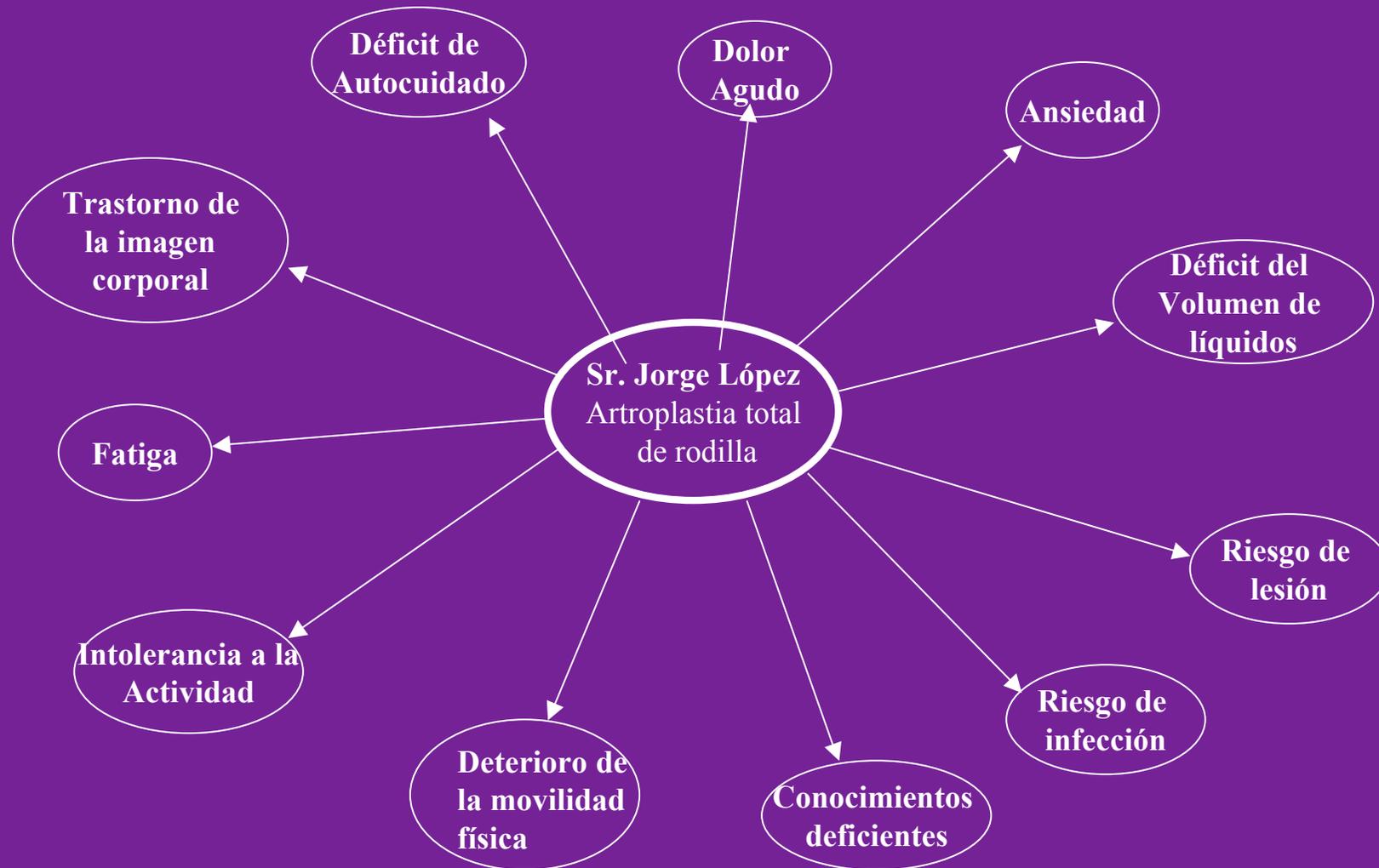
- Juicio.
  - Situaciones típicas, vías de acción, objetivos, soluciones, urgencia.
- Detectar oportunidades.
- Establecer discriminaciones.
- Detectar lagunas en los planes de acción.
- Detectar barreras a la consecución de resultados.





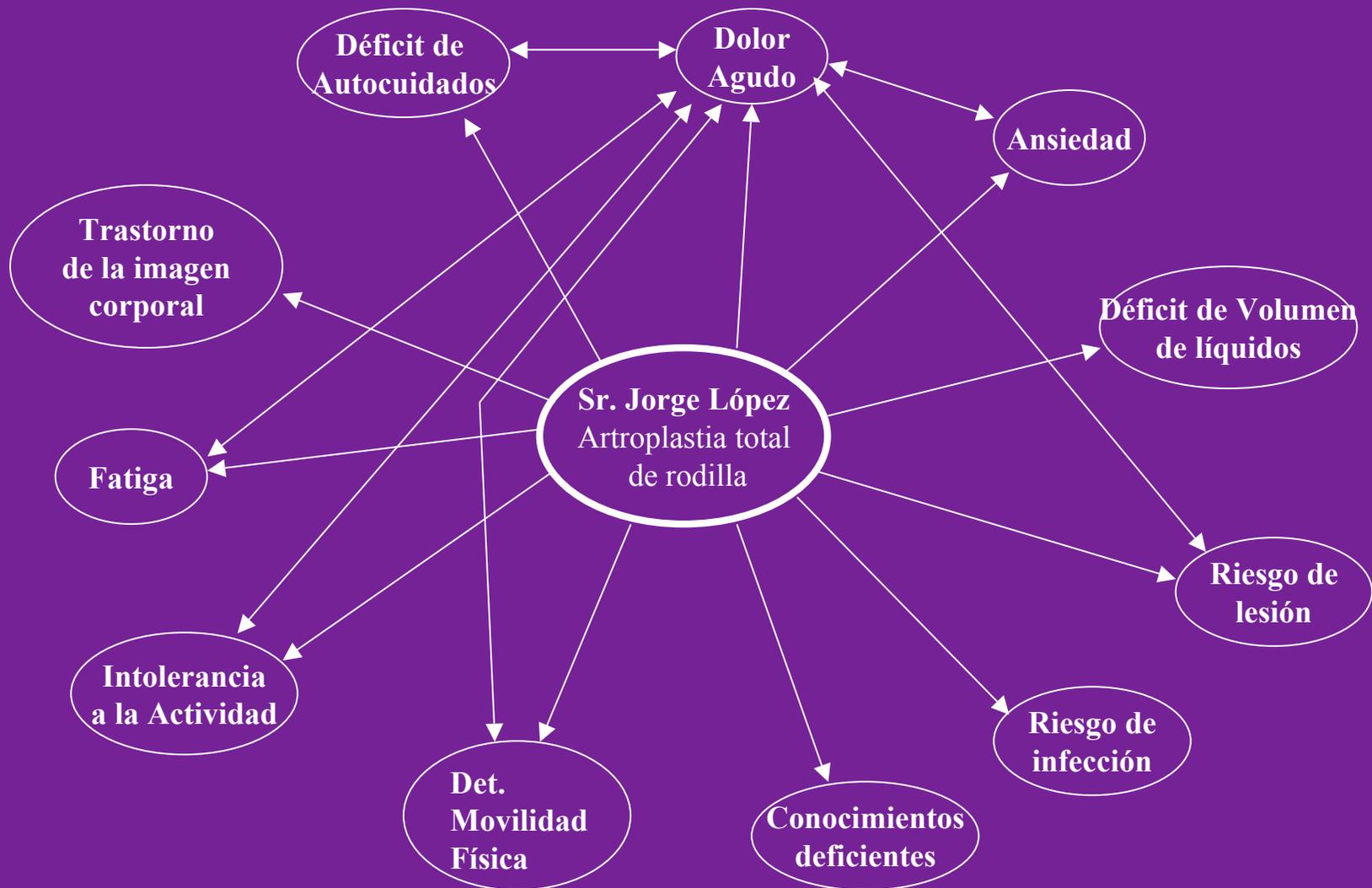


# Diagnósticos de cuidados enfermeros

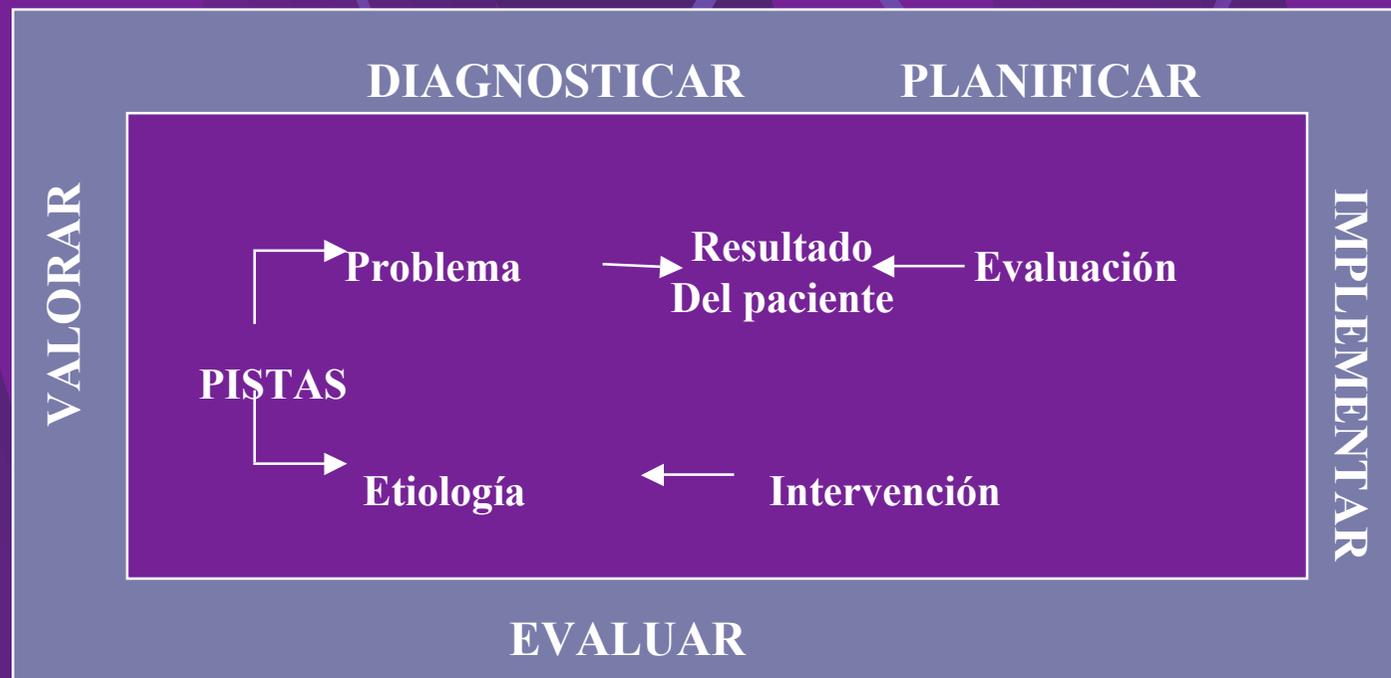


# Investigación clínica

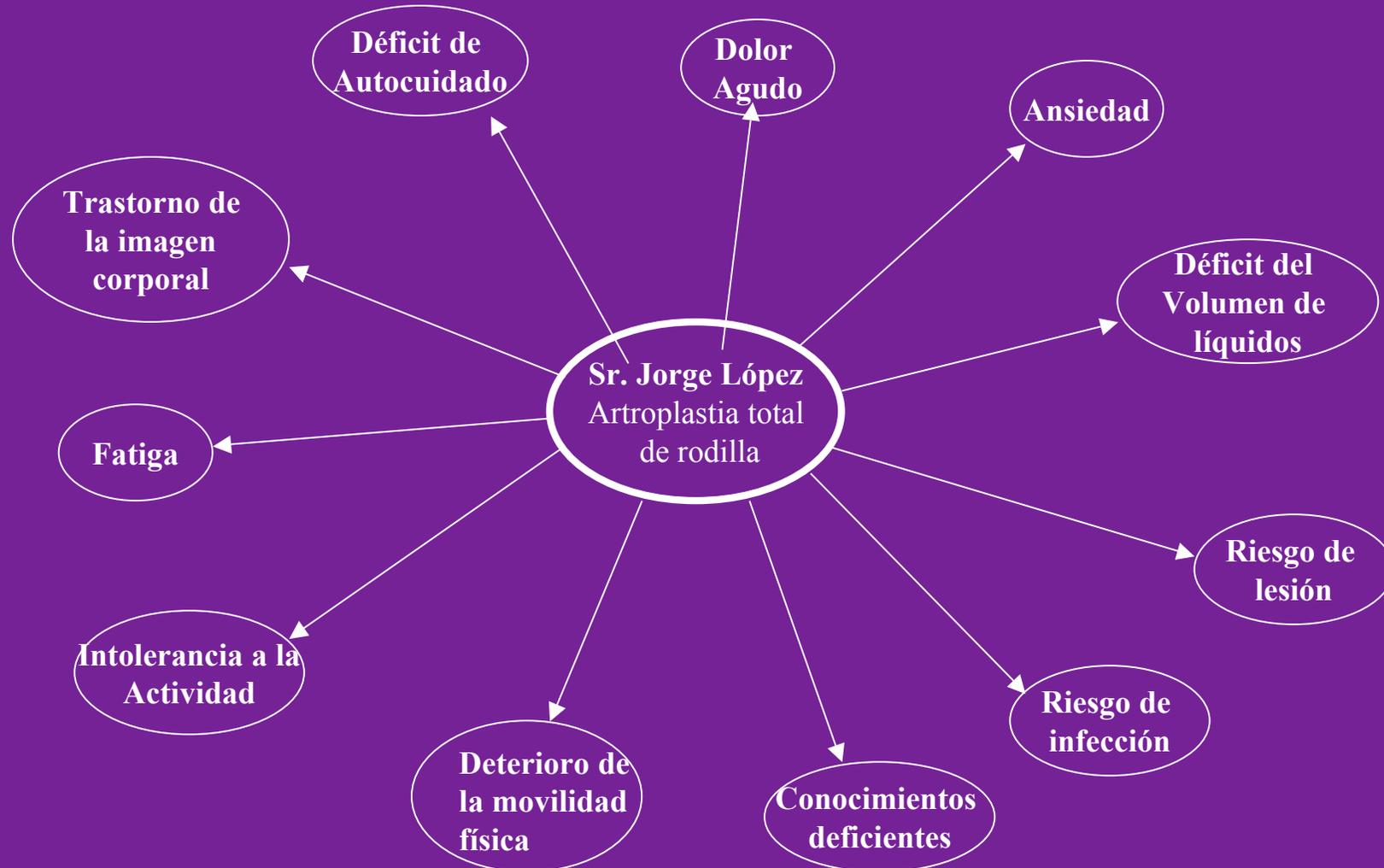
- ¿Cómo está \_\_\_\_\_ relacionado con \_\_\_\_\_ ?
- ¿Cuál es la relación/propuesta?
- Si ello es así. ¿Cómo se explica?
- Yahora. ¿Qué hacer?



# Lógica del proceso de cuidados



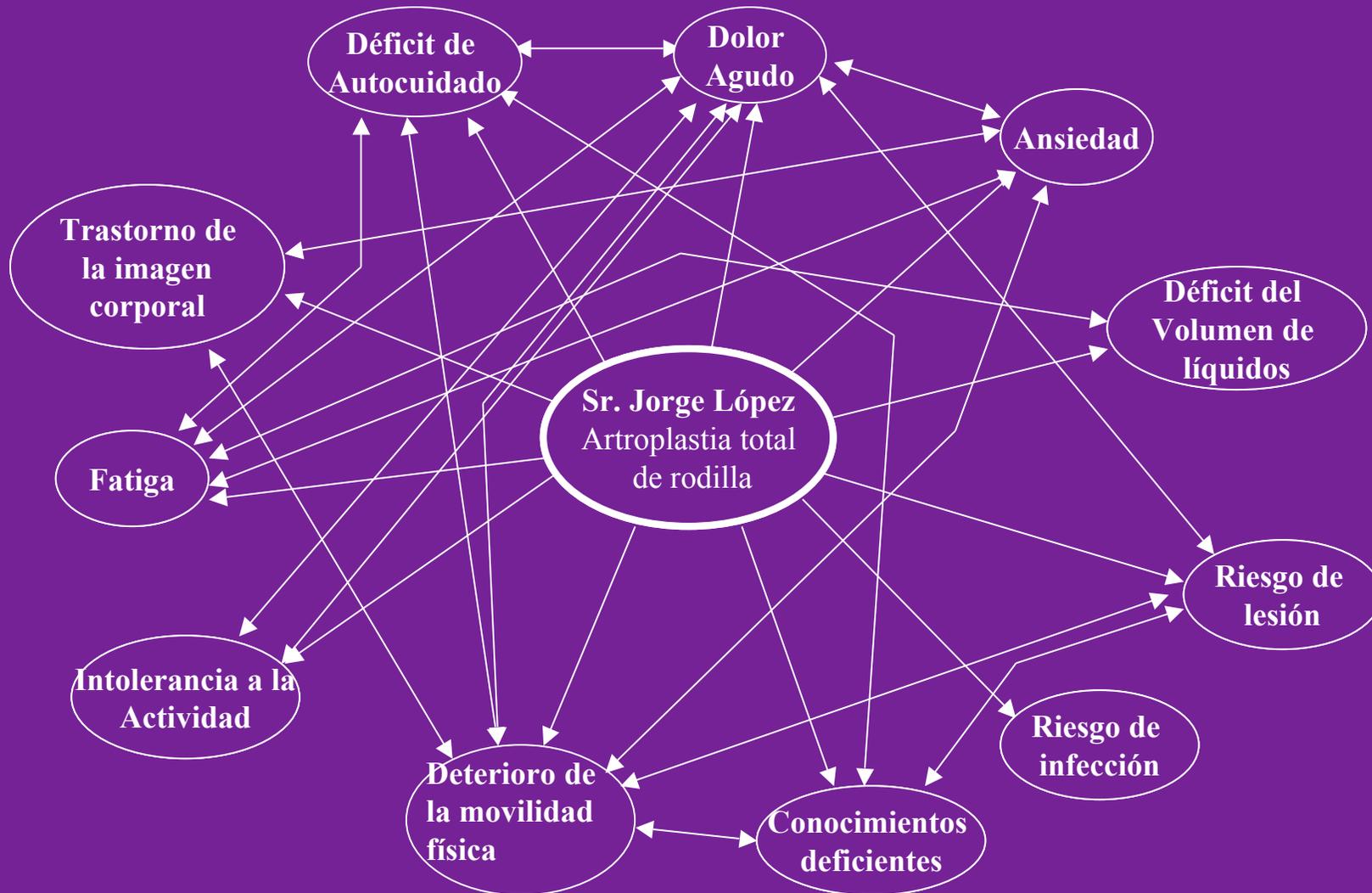
# Lógica del sistema



# Sugerencias de aprendizaje mediante auto-reflexión

- \_\_\_\_\_ está (positivamente) relacionado con \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_.
- Desde que \_\_\_\_\_ se relaciona con \_\_\_\_\_ significa \_\_\_\_\_.
- Cuanto (mayor/menor) el \_\_\_\_\_ (mayor/menor) \_\_\_\_\_.
- \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, y \_\_\_\_\_ están todos relacionados porque \_\_\_\_\_.

# Lógica de la red



# Investigación clínica

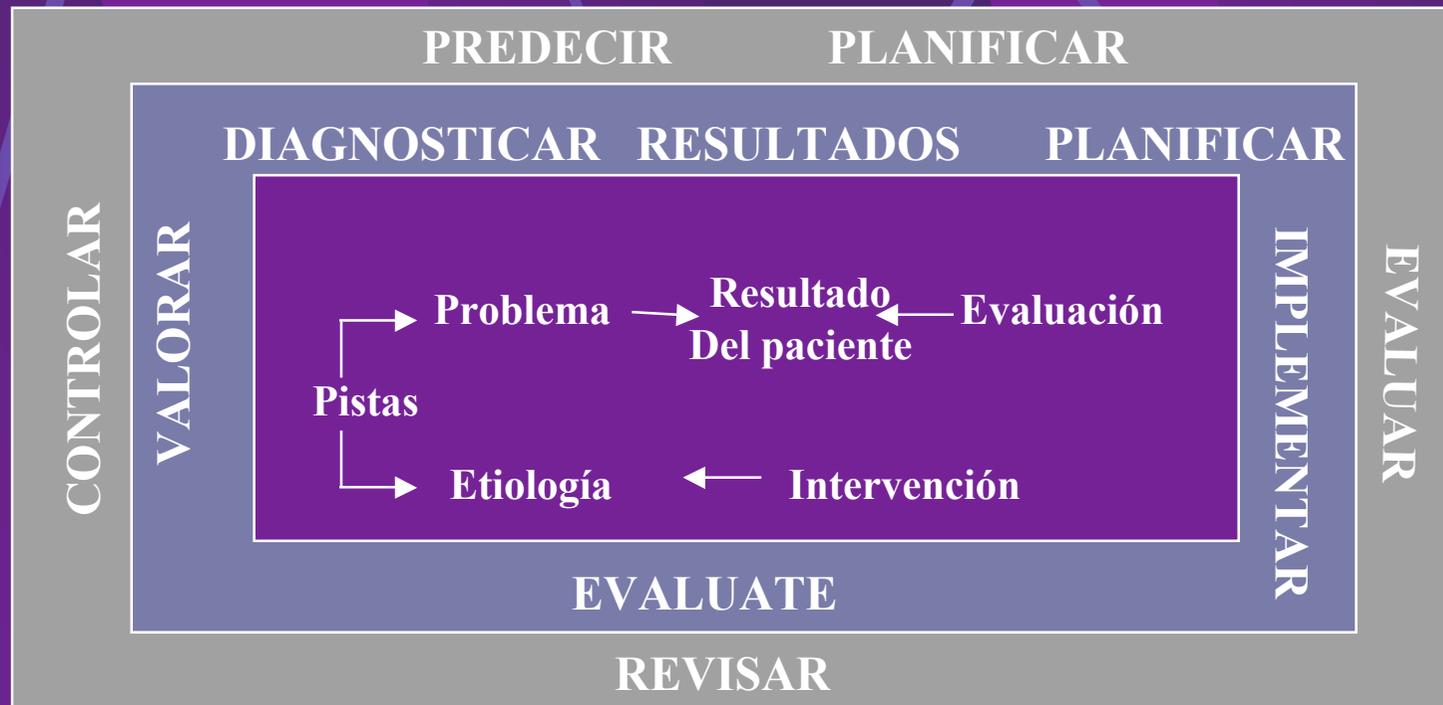
- Conforme se va creando la red de razonamientos ¿surgen o aparecen en primer término algunos temas clave?
- ¿Cómo se definen los estados actuales?
- ¿Cuáles son los resultados deseados, teniendo en cuenta los estados actuales?
- ¿Cuáles son las diferencias existentes entre el resultado deseado y la situación actual?

# Enmarcado

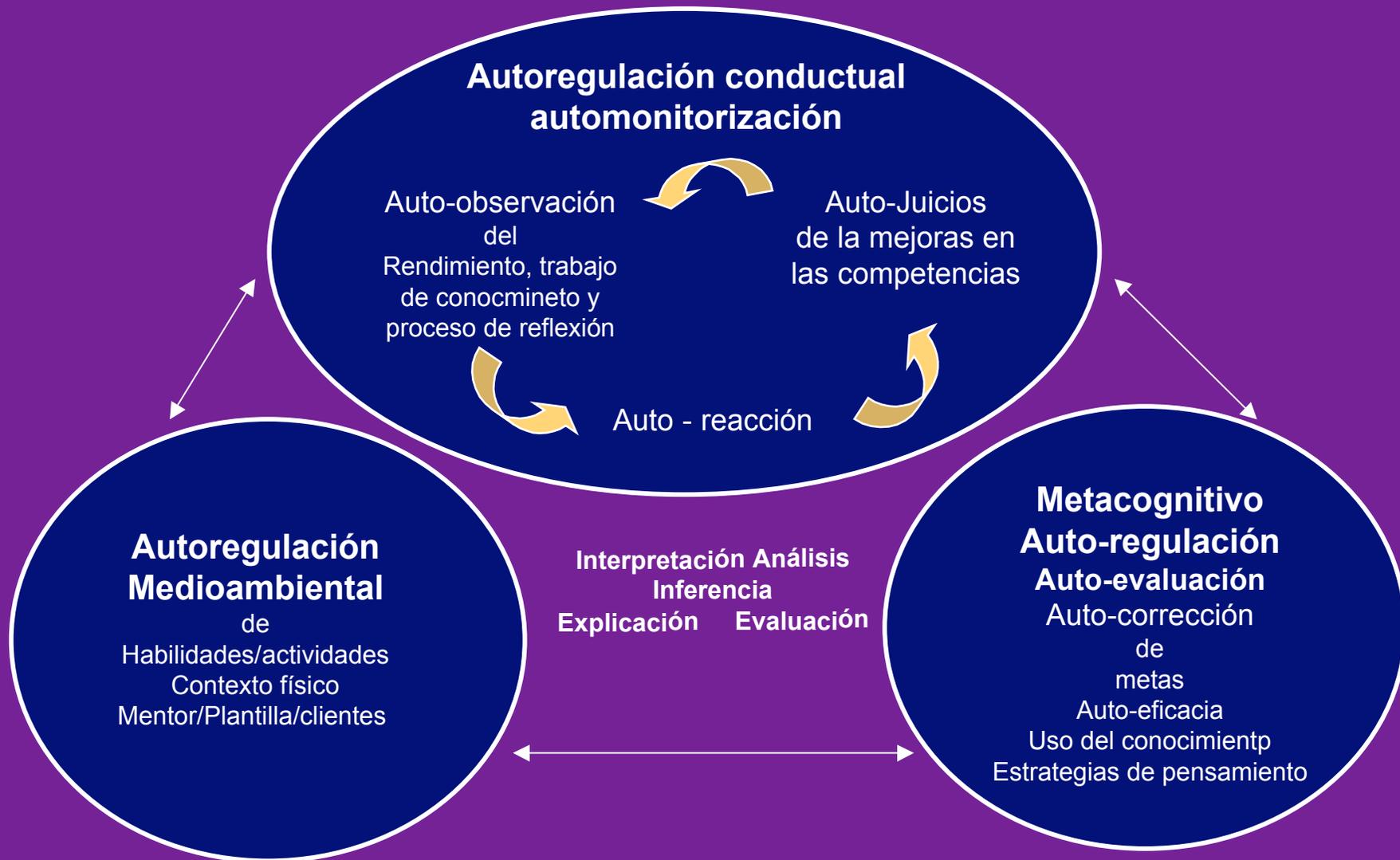
- Centrarse en los acontecimientos, hechos, temas y significado.
- Modelos mentales que guían al conocimiento.
- Esqueleto o aplicación con espacios en blanco o casillas a rellenar.
- Formas de enmarque basadas en el conocimiento, la reflexión y la acción.
- “Fiesta de cumpleaños”.
- “Código azul”.



# Reflexión: manejo de la propia lógica



# Aprendizaje reflexivo auto-regulado en Enfermería

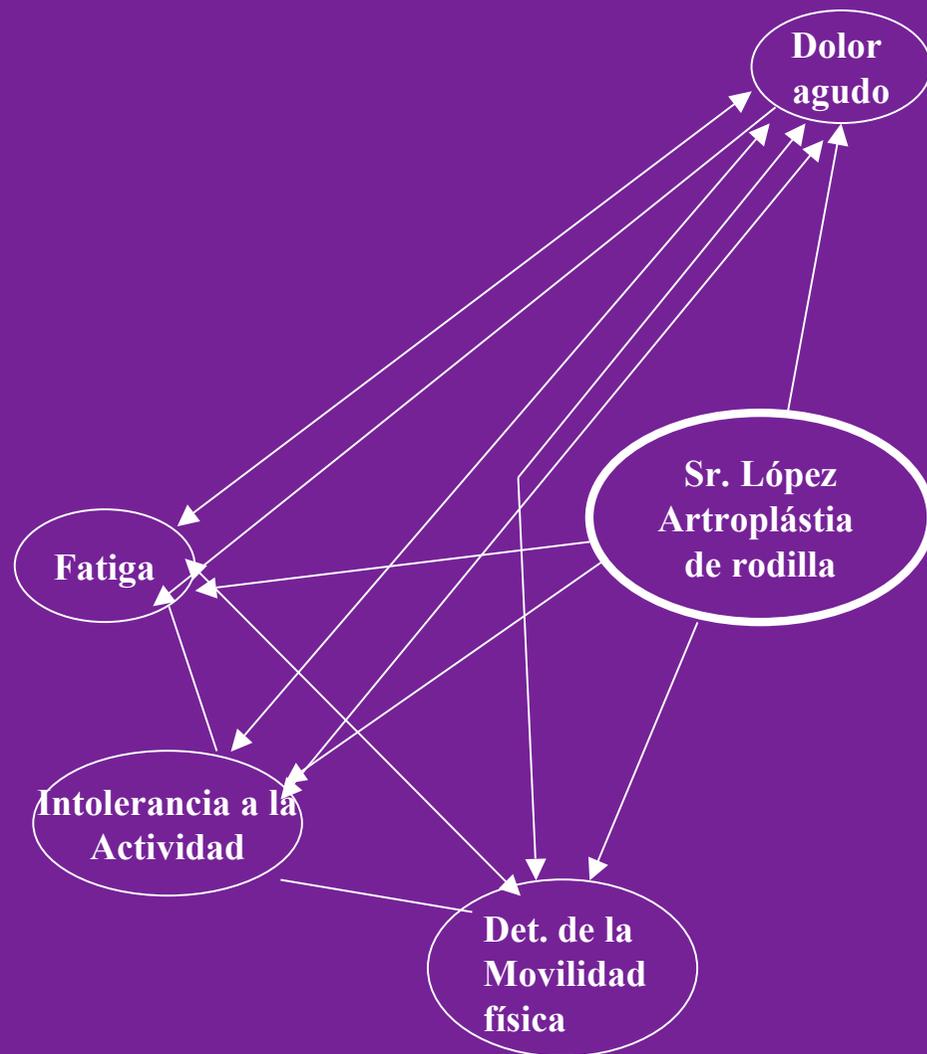


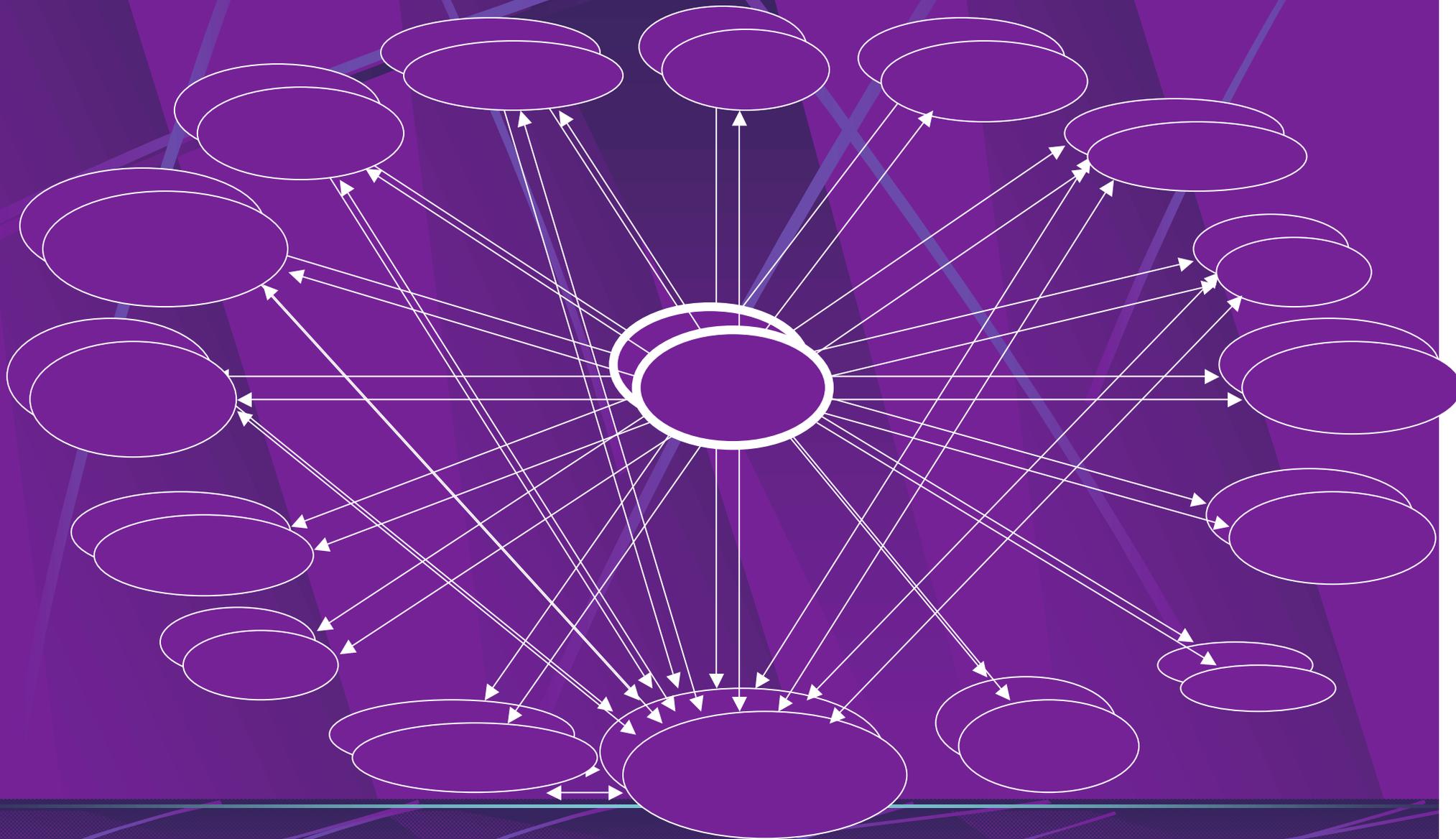
# Investigación clínica

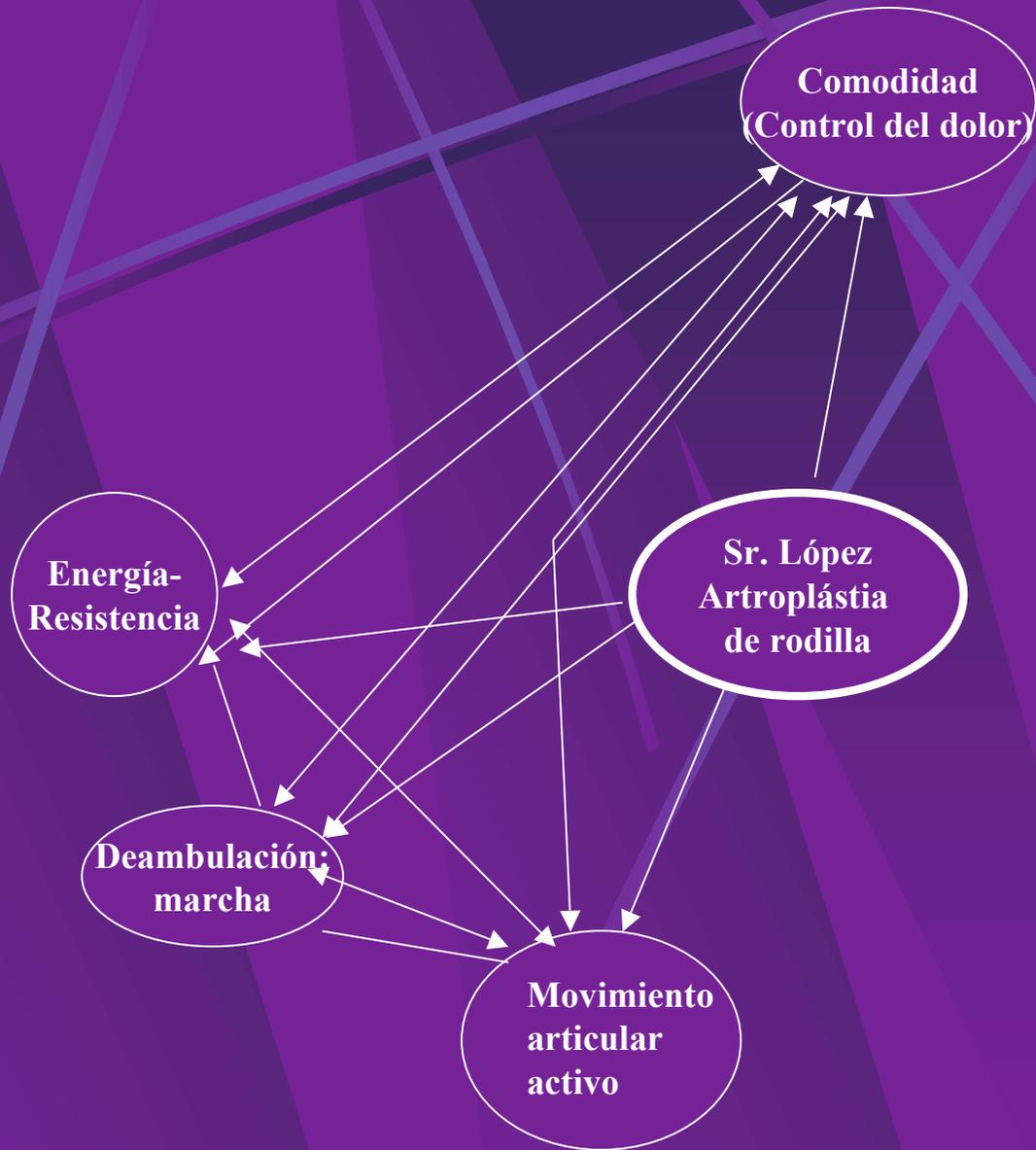
- ¿Qué evidencia o criterios se utilizarán para especificar el resultado deseado y salvar las diferencias?
- ¿Qué opciones y/o decisiones clínicas y acciones (intervenciones) llevarán a la persona hasta el resultado deseado?
- ¿De qué forma contribuirán dichas opciones y acciones a conseguir el estado deseado?

# Investigación clínica

- ¿Influyen las experiencias anteriores en el razonamiento sobre esta situación?
- ¿Cuáles son los contrastes, criterios, pensamiento simultáneo y conclusiones que apoyan a un juicio clínico?
- ¿Cómo podría ayudarme esta experiencia de cara al futuro?







# Tema clave

- Un elemento central de apoyo en la historia del cliente, que se deriva de un análisis de los sistemas y una síntesis de las necesidades de los cuidados enfermeros.



# Reflexión

**Estado  
de los  
resultados**

**Estado  
actual**

**Pruebas**

# Yuxtaposición

## Resultados vs. Problemas

- Comodidad (control del dolor)
- Autocontrol de la ansiedad
- Movimiento articular
- Autocuidado
- Deambulación
- Resistencia
- Gestión de la energía
- Control del riesgo
- Conocimiento: régimen de tratamiento
- Dolor Agudo
- Ansiedad
- Deterioro de la movilidad física.
- Déficit de autocuidados
- Intolerancia a la actividad
- Fatiga
- Riesgos: lesión, infección
- Conocimientos deficientes



# Yuxtaposición

Supone comparar las condiciones de la situación actual con los estados especificados en los resultados.

# Resultados de Enfermería (NOC)

- Salud funcional
- Salud fisiológica
- Salud psicológica
- Comportamiento según conocimientos sobre salud
- Salud percibida
- Salud familiar
- Salud comunitaria

# Intervenciones de Enfermería (NIC)

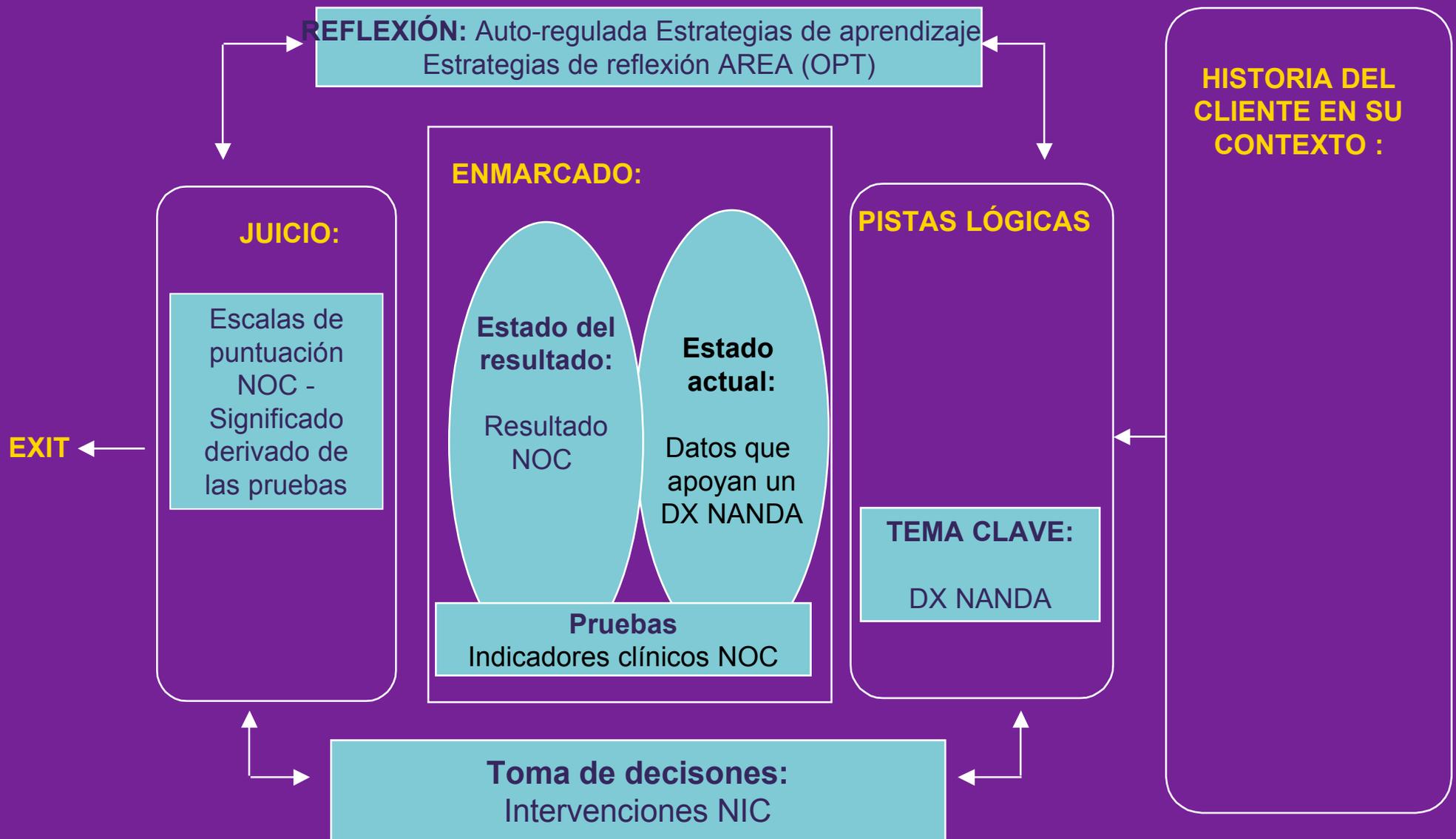
- Fisiológicas básicas
- Fisiológicas complejas
- Conductuales
- Seguridad
- Familia
- Sistemas sanitarios



# Toma de decisiones

Selección de una intervención de enfermería que apoye y ejerza su influencia en las transiciones desde la situación actual hasta los estados conseguidos en los resultados.

# Hoja de trabajo modelo AREA(OPT)





# Pruebas

Juicios reflexivos iterativos sobre la posibilidad de salvar la brecha entre los estados actuales y los estados especificados en los resultados.



# Juicio

Significado atribuido a los resultados de las pruebas.

# Redes de razonamiento clínico

- Resultados sensibles a la enfermería.
- Intervenciones de enfermería.
- Sistemas y red pensando en conexiones.
- Investigación clínica de rango medio.



## Nivel de comodidad

### Definición:

Alcance de percepción positiva  
de facilidad física y psíquica

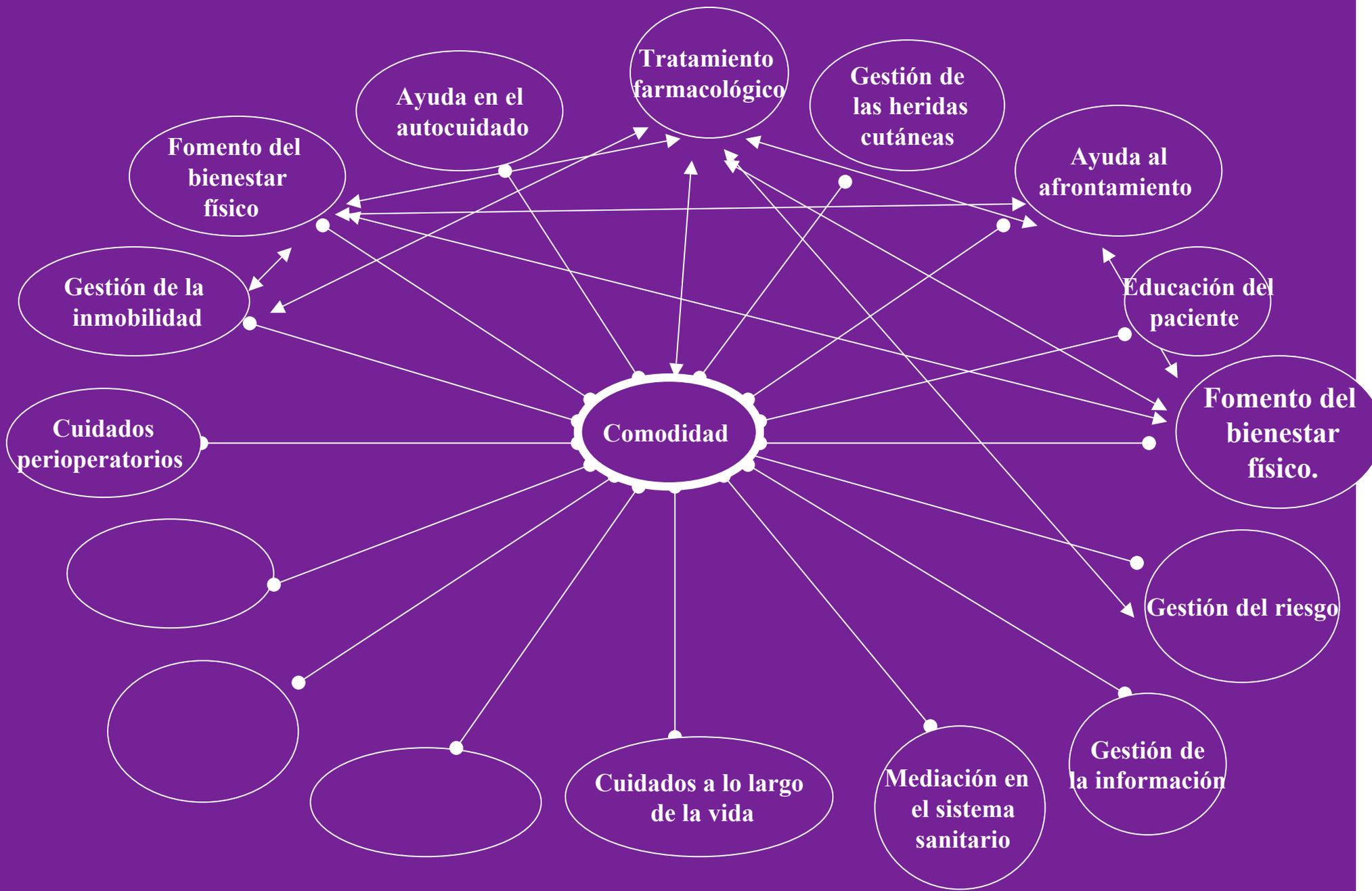
### Indicadores clínicos:

Bienestar físico  
Control de síntomas  
Control de dolor

Puntuaciones ( Desde no satisfecho hasta  
Completamente satisfecho)  
1 2 3 4 5

Puntuación diana de resultados:  
Mantener en \_\_\_\_ Incrementar a \_\_\_\_





# La cuatro C del juicio clínico

- **Contraste**
  - Situación actual y situación deseada.
- **Criterios**
  - Evidencia, indicadores clínicos.
- **Concurrente (pensamiento)**
  - Problema, resultado, intervención.
- **Conclusión**
  - Sí, no, todavía no.
  - Replanteárselo, reflexionar y volver a enmarcar.

# Taxonomía del juicio clínico

	Problemas	Resultado	Intervención
Pensamiento crítico	Denominación Selección.	Denominación Selección.	Denominación Selección.
Pensamiento creativo	síntesis Individualización	Relaciones opuestas –problemas, resultados, redes de relaciones	Síntesis- problema, resultado, intervención
Pensamiento en sistemas	Problema Contextualizado	Equilibrio- refuerzo relaciones	equilibrio-refuerzos para conseguir resultados

# Taxonomy of Clinical Judgment

	Problemas	Resultados	Intervención
Pensamiento en red	Conjunto integrado de dinámica de problemas (Arquetipos)	Conjunto integrado de dinámica de resultados (Arquetipos)	Conjunto integrado de dinámica de intervenciones (Arquetipos)
Pensamiento predictivo	Hecho	Resultado	Acción

# Estrategias para la reflexión

- Trabajo sobre conocimientos
- Auto-reflexión
- Enmarque
- Identificación de prototipos
- Búsqueda de un esquema
- Formulación de hipótesis

# Estrategias para la reflexión

- Planteamientos tipo: Si... tal cosa... entonces...
- Como... tal cosa... pues...
- Análisis comparativo.
- Yuxtaposición
- Pruebas
- Comparación reflexiva

# Estrategias para la reflexión

- Juicio
- Pruebas
- Re-enmarcado
- Comprobar la reflexión

# El arte y la ciencia del razonamiento clínico

- Pensamiento concurrente, crítico, creativo, de sistemas y en red.
- Yuxtaposición del estado actual del paciente con el estado deseado en el resultado.
- Tomar decisiones sobre acciones de enfermería.
- Iniciar reflexiones iterativas sobre el logro de resultados.
- Prestar atención a las cuatro C de los juicios clínicos.

# Trabajo sobre el conocimiento

- ¿Qué conceptos, herramientas y técnicas resultan más útiles?
- ¿Cómo se puede utilizar la información?
- ¿Por qué es importante la información?
- ¿Por qué preocuparse por la información?

# Contact Information

Dr. Daniel J. Pesut PhD APRN BC FAAN  
Indiana University School of Nursing  
Professor & Department Chair Environments  
for Health 1111 Middle Drive: NU 485  
Indianapolis, IN 46202  
317-278-2524  
dpesut@iupui.edu

## **Glossary of Thinking Strategy Terms and Expected Outcomes that Support the Outcome Present State Test (OPT) Model of Clinical Reasoning**

© 2004 Daniel J. Pesut and Jo Anne Herman, All rights reserved.

<b>Thinking Strategy</b>	<b>Definition</b>	<b>Expected Outcomes</b>
Knowledge Work	Active use of reading, memorizing, drilling, writing, reviewing and using research in order to acquire content and clinical vocabulary with which to reason.	Knows common terms, specific facts, methods, procedures, basic concepts and principles.
Self-Talk	Expressing one's thoughts to one's self to support thinking, and reasoning.	Voiced explanation of connections among cues, concepts, functional and theoretical propositions among elements in a client's story. Self-Talk reasoning about relationships among nursing diagnoses, interventions, and outcomes.
Framing	Awareness and insight related to mental models used to thinking and reason. Frames are filters based on a particular conceptual - theoretical framework; a habitual form of inquiry; a way of problem solving or reasoning about the facts of a situation or scenario. Frames are often tacit and can be made explicit through inquiry and explanation.	Identification and understanding of models, theories, concepts or guides used to structure and interpret the facts of a given situation.
Prototype Identification	Using a model case as a reference point for comparative analysis. The use of a care map or clinical path as a standard of care.	Identification of the salient characteristics of a standard model and scenario of care.
Schema Search	Recall of past experiences of a similar nature that support reasoning given the content and context of a patient story or clinical scenario.	Application and transfer of past learning to present situation or current case.
Hypothesizing	Establishing associations or functional relationships among a set of facts.	Statement of integrated relationships and directional, bidirectional or multi directional hypotheses.



V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA

If-Then, Since -So Thinking	Linking ideas and consequences together in a logical sequence.	Statement of specified relationships.
Comparative Analysis	Analysis of the strengths and weaknesses of competing alternatives.	Justification of plans and choices.
Juxtaposing	Juxtaposing is a side by side comparison of present and desired outcome states. Juxtaposing creates a gap or test that needs to be satisfied with evidence.	A side by side comparison of desired outcome and present state data. Creation of the gap between present and desired outcome states.
Testing	Iterative, reflexive judgments about the nature of the evidence that supports transitions from present to desired state or closing the gap between the present state and defined outcomes.	Reflection related to outcome achievement.
Reflexive Comparison	Iterative comparative analysis of client state's from time of observation to time of observation	Identification of similarities and differences between observations.
Judgment	Conclusions drawn from testing. The meaning of evidence derived from testing.	Statement about outcome achievement based on the meaning of evidence derived from testing how well the gap between present and outcome states has been satisfied.
Reframing	Attributing a different meaning to the content or context of a situation based on testing, judgment, reflection or changes in the context or content of the client story	Reflection related to outcome achievement Judgments Change in scenario



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

Reflection Check	Self-examination and self-correction of critical thinking skills and thinking strategies that support clinical reasoning	Self-monitoring Self-evaluation Self-reinforcement Self-correction of reasoning process and or products

Clinical Reasoning: Art and Science  
References and Resources

Adams, M. H., Whitlow, J. F., Stover, L. M., & Johnson, K. W. (1996). Critical thinking as an educational outcome: an evaluation of current tools of measurement. *Nurse Educator*, 21(3), 23-32.

Allee, Verna (1997). *The knowledge evolution: Expanding organizational intelligence*. Butterworth Heinemann Boston, MA

Astington, J. W., & Olson, D.R, (1990). Metacognitive and metalinguistic language: Learning to talk about thought. *Applied Psychology: An international Review*, 39(1), 77-87.

Atkins, S., & Murphy, K. (1993). Reflection: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1188-1192.

Barabasi, Albert-Laszlo. (2002). *Linked: The new science of networks*. Perseus Publishing, Cambridge, MA.

Bellinger, Gene. (2001). *Archetypes: Interaction structures of the universe*.  
[Http://www.outsights.com/systems/arch/arch.html](http://www.outsights.com/systems/arch/arch.html).

Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical care: A thinking-in-action-approach*. Philadelphia: W.B. Saunders.

Benner P, Tanner C, & Chesla C. (1997). *Expertise in nursing practice*. New York: Springer Publishing Company.

Benner, P. (1988). *From novice to expert*. Menlo Park, CA: Addison Wesley.

Blegen, M., & Tripp-Reiner, T. (1998). Implications of nursing taxonomies for middle-range theory development. *Advances in nursing science*, 19(3), 37-49.

Bolman, L. & Deal, T. (1997) *Reframing organizations: Artistry, choice, and leadership*. San Francisco (CA): Jossey Bass.

Bowles, K. (2000). Research briefs: The relationship of critical-thinking skills and the clinical -judgment skills of baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 39(8), 373-376.

Burns, Sarah & Bulman, Chris. (2000). *Reflective practice in nursing: The growth of the professional practitioner: 2nd edition*. London, England: Blackwell Science.

Buzan, T., & Buzan, B. (1994). *The mind map book: How to use radiant thinking to maximize your brain's untapped potential*. New York: Plume Books.

Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness -University of Iowa: email contact: [classification-center@uiowa.edu](mailto:classification-center@uiowa.edu). Website address is:

<http://www.nursing.uiowa.edu/centers/cncce/index.htm>

<http://www.nursing.uiowa.edu/centers/cncce/nic/index.htm>

<http://www.nursing.uiowa.edu/centers/cncce/noc/nocoverview.htm>

<http://www.nursing.uiowa.edu/centers/cncce/products.htm>

Chapman, Gretchen and Sonneberg, Frank (Eds). (2003). Decision making in health care: Theory, psychology and applications. Cambridge University Press, New York, New York.

Chaska, Norma (Editor) (2001). The Nursing Profession: Tomorrow and Beyond. Thousand Oaks, Ca: Sage Publications.

Chaordic Commons. [www.chaord.org](http://www.chaord.org)

Clark J, Lang N. Nursing's next advance: An international classification for nursing practice. International Nursing Review. 1997; 39 (4): 109-12.

Clark J, Lang N. The International Classification for Nursing Practice (ICNP): Nursing outcomes. International Nursing Review. 1997; 44 (4): 121-4.

Clark J. How nurses can participate in the development of an ICNP. International Nursing Review. 1996; 43(6): 171-4.

Curley, Martha (1998). Patient-Nurse Synergy: Optimizing Patient Outcomes. American Journal of Critical Care. 7 (1), 64-72.

Corcoran, S., Narayan, S., & Moreland, H. (1988). Thinking aloud as a strategy to improve clinical decision making. Heart & Lung, 17, 463-468.

Cox, K. (1999). Exploring clinical thinking. Sydney, Australia: University of New South Wales Press Ltd.

Dalton, Joanne. (2001). Using OASIS patient outcomes to evaluate a cardiac disease management program: A case study. Outcomes Management for Nursing Practice, vol. 5, No.4, 167-172.  
<http://www.nursingcenter.com>

Davis, R., Shrobe, H., Szolovits, P. (1993). What is knowledge representation? AI Magazine, 14 (1): 17-33. <http://www.medg.lcs.mit.edu/ftp/psz/k-rep.html>

Delmar Learning .Com (2002). Applying Critical and Clinical Reasoning to Practice.  
[http://www.delmarlearning.com/Browse\\_CatalogDetail.asp?XXID=32&ISBN=0766843726](http://www.delmarlearning.com/Browse_CatalogDetail.asp?XXID=32&ISBN=0766843726)

Dilts, R. & Bonissone, G. (1993). Skills for the future: Managing for creativity and innovation. Cupertino, CA: Meta Publications.

Dochterman, Joanne & Bulechek, Gloria ( 2004). Nursing interventions classification NIC Fourth Edition. Mosby, St. Louis, Mo.

Dochterman, Joanne & Jones, Dorothy. (2003). Unifying nursing languages: The harmonization of NANDA, NIC and NOC. American Nurses Association, Washington, DC. <http://www.nursesbooks.org>

Facione N. & Facione P. (1996). Externalizing the critical thinking in knowledge development and clinical judgment. Nursing Outlook, 44(3), 129-136.

Fairhurst, G. & Sarr, R. (1996). The art of framing: Managing the language of leadership. San Francisco: Jossey Bass.

Fowler, L (1994). Clinical reasoning of home health nurses: A verbal protocol analysis. Unpublished Doctoral Dissertation, University of South Carolina, College of Nursing Columbia, South Carolina.

Fowler, L. & Herman, J.A. (June, 1995). Reflective verbalization. Paper presented at Fifth Annual Institute on Critical Thinking. Durham, University of New Hampshire

Gordon, J. M. (2000). Congruency in defining critical thinking by nurse educators and non-nurse scholars. *Journal of Nursing Education*, 39(8), 340-351.

Gordon, M. (Sept. 30, 1998): Nursing Nomenclature and Classification System Online *Journal of Issues in Nursing* [http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7\\_1.htm](http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7_1.htm).

Gordon, Marjory. (1994). *Nursing diagnosis*. Third Edition. New York: McGraw-Hill.

Haines, Stephen. (1998). *The Manager's Guide to Systems Thinking & Learning*. Amherst, MA: HRD Press.

Hamers, J. & Abu-Saad, H., & Halfens, R. (1994). Diagnostic process and decision-making in nursing: A literature review. *Journal of Professional nursing*, 10(3), 154-163.

Henry, S., Holzemer, W., Randell, C, Hsieh, S., Miller, T. (1997). Comparison of nursing interventions classification and current procedural terminology codes for categorizing nursing activities. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 29, 2, 133-138.

Henry, S. & Constantino, M. (1997). Classification systems and integrated information systems: Building blocks for transforming data into nursing knowledge. Pages 74-87, In J. McCloskey and H. Grace (Eds). *Current Issues in Nursing*, Fifth Edition, St. Louis: Mosby

Henry, S. B. (1995). Nursing informatics: State of the science. *Journal of Advanced Nursing* 22, 1182-1191.

Herman, J., Pesut, D., Conard, L. (1994). Using metacognitive skills: The quality audit tool. *Nursing Diagnosis*, 5(2), 56-64.

Hicks, F. D. (2001). Critical thinking: Toward a nursing science perspective. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 14-21.

Higgs, J. & Jones, M. (2000). *Clinical reasoning in the health professions*. Boston, MA, Butterworth-Heinemann.

Howard, K., Orlinsky, D., Lueger, R. (1995). The design of clinically relevant outcome research: Some considerations and an example. Pages 3-47. In M. Aveline and D. Shapiro, *Research Foundations for Psychotherapy Practice*. New York: John Wiley and Sons.

Hunink, Myriam & Glasziou, Paul et. Al. (2001). *Decision making in health and medicine: Integrating evidence and values*. Cambridge University Press, NY.

Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C.

Jennings, B., Stagers, N., Brosch, L. (1999). A classification scheme for outcome indicators. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 31 (4), 381-388.

Jerlock, Magaretha, Falk, Kristin, and Severinsson, Elisabeth. (2003). Academic nursing education guidelines: Tools for bridging the gap between theory, research and practice. *Nursing and Health Sciences*, 5, 219-228.

Johns, Christopher. (2000). *Becoming a reflective practitioner*. London, England: Blackwell Science.

Johnson, Barry. (1996). *Polarity management: Identifying and managing unsolvable problems*. Amherst, MA: HRD Press. [www.polaritymanagement.com](http://www.polaritymanagement.com)

Johnson, Betty & Webber, Pam. (2001). *An introduction to theory and reasoning in nursing*. Lippincott, Philadelphia, PA.

Johnson, M., Buleckek, G. Dochterman, J.M., Maas, M., & Moorehead, S. (2001). *Nursing diagnoses, outcomes, and interventions: NANDA, NOC, and NIC linkages*. St. Louis, MO: Mosby.

Journal of Information Science Special Issue on Knowledge Management <http://informationr.net/ir/8-1/infres81.html>

Kelly, Susanne & Allison, Mary Ann. (1999). *The complexity advantage*. Business Week Books, McGraw Hill, NY.

Kim, Daniel & Anderson, Virginia. (1998). *Systems Archetypes Basics: From Story to Structure*. Waltham, MA: Pegasus Communications.

Klein, Gary. (1999). *Sources of power: How people make decisions*. Cambridge, Ma: MIT press.

Kolb, D. (1984). *Experiential learning as the science of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Kuiper, R. & Pesut, D. (2004). Promoting cognitive and metacognitive reflective learning skills: Self-regulated learning theory. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (4), 1-11.

Kuiper, RA., Kautz, D., Knight-Brown, P., Pesut, D. (2003). *Self-Regulated Learning and the OPT model of Reflective Clinical Reasoning*. Sigma Theta Tau International Convention, Toronto, Canada.

Kuiper, Ruth Anne. (2002). Enhancing metacognition through the reflective use of self-regulated learning strategies. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 33 (2), 78-87.

Kuiper, Ruth Anne. (1999). *The effect of prompted self-regulated learning strategies in a clinical nursing preceptorship*. Unpublished Doctoral Dissertation, University of South Carolina, College of Nursing Columbia, South Carolina.

Lunney, Margaret (2003). Critical thinking and accuracy of nurse's diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. Vol 14 No. 3, 96-107

Maas M, Johnson M, & Moorhead S. (1996) Classifying nursing sensitive patient outcomes. *Image: Journal of Nursing Scholarship*; 28(4): 295-301.

Madigan, Elizabeth. (2002). The scientific dimensions of OASIS for home care outcome measurement. *Home Healthcare Nurse*, Vol 20, No 9, 579-583.

Marcus, L., with Dorn, B., Kritek, P., Miller, V., and Wyatt, J. (1995). *Renegotiating health care: Resolving conflict to build collaboration*. San Francisco: Jossey Bass.

Martin, K.S. & Scheet, N.J. (1992). *The Omaha system: applications for community health nursing*. Orlando: W.B. Saunders.

Martin, K., Leak, G & Aden, C. (1992). The Omaha system a research based model for decision making. *Journal of Nursing Administration*, 22(11), 47-52.

Mattingly, Cheryl & Fleming, Maureen. (1994). Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice. Philadelphia: F.A. Davis.

McCloskey, J. & Bulechek, G. (Eds.) (2004). Nursing interventions classification (NIC) (4th ed) St. Louis: Mosby.

McCormick, Kathleen A., & Jones, Cheryl B. (Sept.30, 1998): Is one taxonomy needed for health care vocabularies and classifications? Online Journal of Issues in Nursing. At [http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7\\_2.htm](http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7_2.htm).

McCloskey, J.A. & Bulechek, G.M. (2004). Nursing intervention classification 2nd Ed. St. Louis: Mosby Book Company. <http://www.nursing.uiowa.edu/centers/cncce/nic/index.htm>

McCloskey, J.A., Bulechek, G.M., Cohen, M., Craft, M., Crossley, J., Denehy, J., Glick, O., Kruckeberg, T., Maas, M., Prophet, C., & Tripp-Reiner, T. (1990). Classification of nursing interventions. Journal of Professional Nursing, 6(3), 151-157.

McHugh, M. (1986). Nursing process: Musings on the method. Holistic Nursing Practice, 1(1), 21-28.

Miller, Mary & Babcock, Dorothy. (1996). Critical thinking applied to nursing. St. Louis: Mosby

Minsky, Marvin. (1986). The Society of Mind. Simon and Schuster, NY.

Minsky, Marvin. (1975). A Framework for Representing Knowledge, Chapter 6 in The Psychology of Computer Vision, Winston, P. H. (ed.), Mc Graw- Hill, 1975

Mission Critical San Jose State. <http://www/sjsu.edu/depts/itl>

Mooreheard, Sue., Johnson, Marion., Maas, Meridean (Eds.). (2004). Nursing Outcomes Classification Third Edition. Mosby, St. Louis, Mo.

National Guideline Clearing House (NGC) [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)  
More than 500 clinical practice guidelines and annotated bibliographies.

Nursing Information and Data Set Evaluation Center (NIDSECSM) for more information on these systems go to <http://www.nursingworld.org/nidsec>

National Library of Medicine Unified Medical Language System Knowledge Source Server (UMLS) <http://umlsks4.nlm.nih.gov/kss/servlet/Turbine;jsessionid=16vcqqt9a1>

North American Nursing Diagnosis Association. (1999). Nursing diagnoses: Definitions and classifications 1999-2000. Philadelphia: NANDA.

O'Connor, Joseph & Mc Dermott, I. (1997). The Art of systems thinking: Essential skills for creativity and problem solving. San Francisco, CA: Thorsons.

Oerman, M., & Huber, D. (1999). Patient outcomes: A measure of nursing's value. American Journal of Nursing. 99(9), 40-48.

Ozbolt, J. (1996). From minimum data to maximum impact: Using clinical data to strengthen patient care. Advanced Practice Nursing Quarterly, 1 (4), 62-69.

Paul, Richard & Elder, Linda. (2001). *Critical Thinking: Tools for Taking Charge of Your learning and Your Life*. Upper Saddle River New Jersey: Prentice Hall.

Paul, Richard. (1993). *Critical thinking: How to prepare students for a rapidly changing world*. Santa Rosa, CA, Foundation for Critical Thinking

Pesut, D (2004). *Epilogue: Toward the Future* in Linda Haynes, Howard Butcher and Teresa Boese *Nursing in Contemporary Society: Issues, Trends, and transitions to practice*. Prentice Hall, NJ.

Pesut, D (2004). *Reflective clinical reasoning the development of practical intelligence as a source of power*. Chapter 7 in Linda Haynes, Howard Butcher and Teresa Boese *Nursing in Contemporary Society: Issues, Trends, and transitions to practice* . Prentice Hall, NJ.

Pesut, DJ. (2002). *Nursing Nomenclatures and Eye-Roll Anxiety Control*. *Journal of Professional Nursing* Vol. 18, No 1 (January-February): pp.3-4.

Pesut, DJ. (2001). *Clinical Judgment: Foreground/Background*. *Journal of Professional Nursing*, September- October; 17 (5), 215.

Pesut, DJ. (2001). *Healing into the Future: Recreating the Profession of Nursing Through Inner Work*. Chapter 70 p 853-867 In Norma Chaska (Editor) (2001). *The nursing profession: Tomorrow and beyond*. Thousand Oaks, Ca: Sage Publications.

Pesut, D.J. (2000). *Looking forward: Being and Becoming a Futurist*. Chapter 3, pp 39-65, In Fay Bower. (Ed.). *Nurses Taking the Lead: Personal Qualities of Effective Leadership*. Philadelphia: W.B. Saunders.

Pesut, D. (2000). *Knowledge-Work for 21st Century Nursing*. *Nursing Outlook*, 48 (2), 57.

Pesut, D. & Herman, J. (1999). *Clinical reasoning: The art and science of critical and creative thinking*. New York: Delmar Publishers. Sample Chapter:  
[http://www.delmarhealthcare.com/pdf/0827378696\\_03.pdf](http://www.delmarhealthcare.com/pdf/0827378696_03.pdf)

Pesut, D. (1998). *Twenty-first Century Learning*. *Nursing Outlook*, 46(1), 37.

Pesut, D. & Herman, J. (1998). *OPT: Transformation of the Nursing Process for contemporary practice*. *Nursing Outlook*, 46:29-36.

Pesut, D., Herman, J. and Fowler, L. (1997). *Toward a revolution in thinking: The OPT model of clinical reasoning*. Pages 88-92 In Joanne McCloskey and Helen Kennedy Grace *Current Issues in Nursing*. Fifth Edition. St. Louis: Mosby, 1997.

Pesut, D.J. & Herman, J. (1992). *Metacognitive skills in diagnostic reasoning: Making the implicit explicit*. *Nursing Diagnosis*, 3(4), 148-154.

Pesut, D. (1989). *Aim versus blame: Using an outcome specification model*. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 27(5), 26-30.

Pesut, D. (1991). *The art, science and techniques of reframing in psychiatric mental health nursing*. *Issues in Mental Health Nursing*, 12, 9-18.

Pesut, D. & Williams, C. (1990). *The nature of clinical supervision in psychiatric nursing: A survey of clinical specialists* *Archives of Psychiatric Nursing*, 4(3), 188-194.

Pesut DJ. (1988). Self-perceived creativity of practicing registered nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 19(3): 100-2.

Pesut, D. (1985). Toward a new definition of creativity. (Editorial) *Nurse Educator* 10(1), 5.

Perkins, D.N., Jay, E., & Tishman, S. (1993). New conceptions of thinking from ontology to education. *Educational Psychologist*, 28 (1), 67-85.

Reising, D. Herman, J. Zager, L. Pesut, D. (2003). Webbing juxtaposing, and hypothesizing: Developing clinical judgment using the outcome-present state-test model. Workshop Presentation. National League for Nursing Education Summit: Nursing Education: New Visions-New Realities. September 20, 2003, San Antonio, Texas,

Richmond, Barry. (1998). The thinking in systems thinking. An overview of seven skills. Pegasus Communications, Inc. Waltham, MA.. <http://www.pegasuscom.com>

Ritchhart, Ron. (2002). *Intellectual character: What it is, why it matters, and how to get it*. Jossey-Bass, San Francisco.

Ritchhart, R. & Perkins, D.N., (2000). Life in the mindful classroom: Nurturing the disposition of mindfulness. *Journal of Social Issues*, 56 91), 27-47.

Saba, Virginia, Hovenga, Evelyn, Coenen, Amy, McCormack, Kathleen, Bakken, Suzanne (2003). *Nursing Language Terminology Models for Nurses*  
<http://www.iso.ch/iso/en/commcentre/isobulletin/articles/2003/pdf/terminology03-09.pdf>

Sakalys, Juarate. (2003). Restoring the patient's voice: The therapeutics of illness narratives. *Journal of Holistic Nursing*, 21, 3, 228-241.

Scheffer, Barbara & Rubinfeld, Gaie. (2000). A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education*. 39 (8), 352-359.

Schon, Donald & Rein, Martin. (1994). *Frame reflection: Toward the resolution of intractable policy controversies*. New York: Basic Books.

Schon, D. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.

Schuster, P. (2000). Concept mapping: Reducing clinical care plan paperwork and increasing learning. *Nurse Educator*, Vol. 25, No.2, 76-81.



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

Senge, P. (1990). *The Fifth Discipline*. New York: Doubleday.

Senge, P., Roberts, C., Ross, R., Smith, B., Kleiner, A. (1994). *The Fifth Discipline Fieldbook-Strategies and Tools for Building a Learning Organization*. NY: Doubleday Currency.

Society for Judgment and Decision Making. <http://www.sjdm.org>

Sperry, L., Brill, P., Howard, K., Grisson, Gr. (1996). *Treatment outcomes in psychotherapy and psychiatric interventions*. New York: Brunner /Mazel.

Sternberg, R. (1996). *Successful intelligence*. New York: Simon & Schuster.

Stuart, G. (1997). Recent changes and current issues in psychiatric nursing pages. Pages 270-278, In Joanne Comi McClosky and Helen Kennedy Grace *Current Issues in Nursing*. Fifth Edition. St. Louis: Mosby, 1997.

Sullivan, E., & Pesut, D (1999). Challenges for Nursing in Higher Education, Chapter 16, pp 151-163, In E. Sullivan. (Ed.). *Creating Nursing's Future Issues, Opportunities and Challenges*. St. Louis: Mosby.

Taylor, Bev. (2004). Technical, practical and emancipatory reflection for practicing holistically. *Journal of Holistic Nursing*, Vol 22 (1), 73-84.

Tishman, S. & Perkins, D.N., (1997). The language of thinking. *Phi Delta Kappan*, 78(5), 368-374.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy people 2010*. Washington, D.C.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy people in healthy communities: A community-planning guide using healthy people 2010*. Washington, D.C.

Sweeney, L. & Meadows, D. (1995). *The systems thinking playbook: Exercises to stretch and build learning and systems thinking*. Laboratory for Interactive Learning, University of New Hampshire, Durham , NH. (603)-862-2244.

Warren JJ, Coenen A. International Classification for Nursing Practice (ICNP): Most-frequently asked questions. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 1998; 5(4): 335-6.

Watzlawick, P. & Weakland, J. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. (NY): Norton.

Williams, Gaynor & Lowes, Lesley. (2002). Reflection: possible strategies to improve its use by qualified staff. *British Journal of Nursing*, 10 (22), 1482.

Winne, P.H. (1995). Inherent details in self-regulated learning. *Educational Psychologist*, 30 (4), 173-188.

Zielstorff, Rita D., RN, MS, FAAN (Sept. 30, 1998): Characteristics of a Good Nursing Nomenclature From an Informatics Perspective. *Online Journal of Issues in Nursing*. [http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7\\_4.htm](http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7_4.htm)

Daniel J. Pesut PhD APRN BC FAAN  
Professor and Department Chair



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

Environments for Health Department  
Indiana University School of Nursing  
1111 Middle Drive  
Nursing Building Room 485  
Indianapolis, Indiana 46204  
317-278-2524  
Fax 317-278-4754  
[dpesut@iupui.edu](mailto:dpesut@iupui.edu)  
March 1, 2004



# Agradecimientos

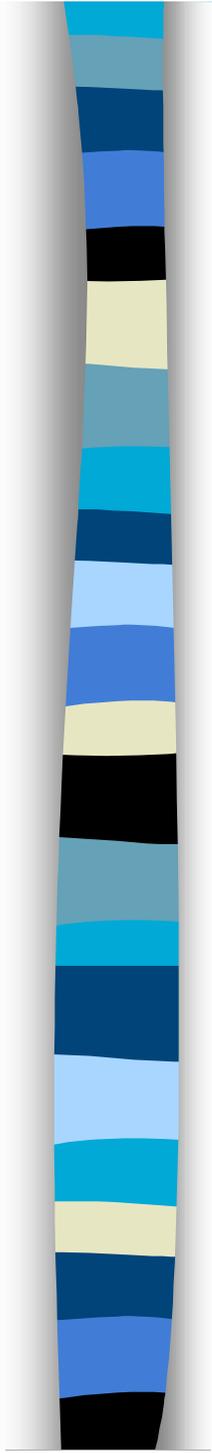
- AENTDE
- Escuela de Enfermería La Fe
- Comité organizador
- Comité Científico



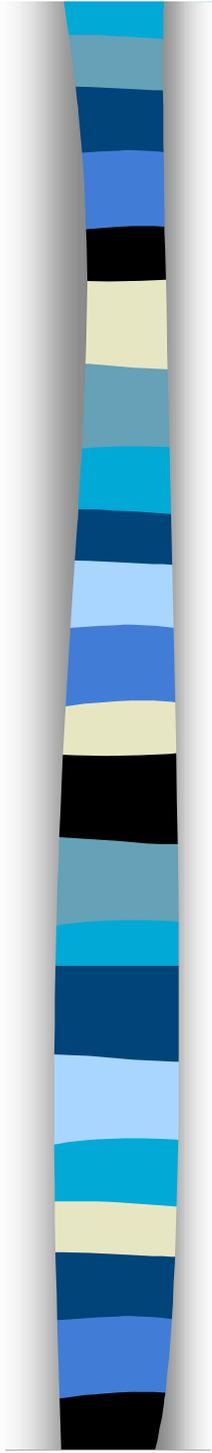
**AENTDE**

**ESCOLA  
INFERMERIA**

**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERIA**



# Nivel de evidencia



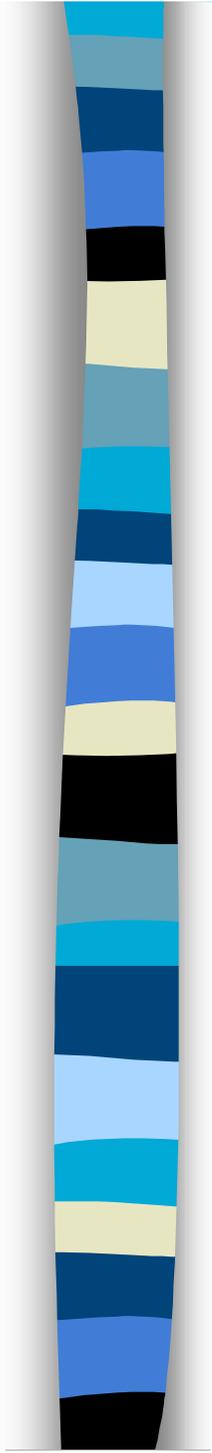
# 1. Recibido para su desarrollo

1.1 Etiqueta únicamente

1.2 Etiqueta, definición

1.3 Etiqueta, definición, características definitorias o factores de riesgo.

1.4 Etiqueta, definición, características definitorias o factores de riesgo, referencias.

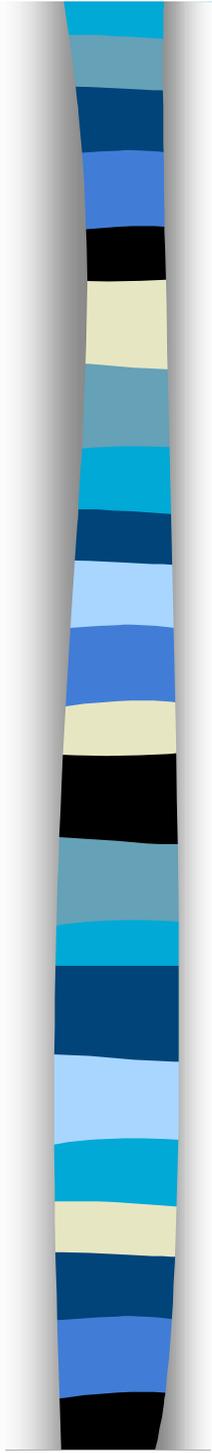


## 2. Aceptado para el desarrollo clínico

2.1 Revisión de la literatura, estudio de casos.

2.2 Estudios de consenso de expertos.

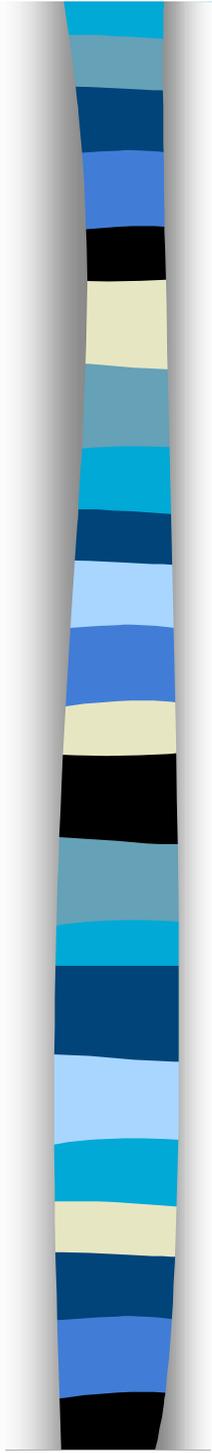
2.3 Estudios clínicos de casos.



# 3. Respaldado clínicamente

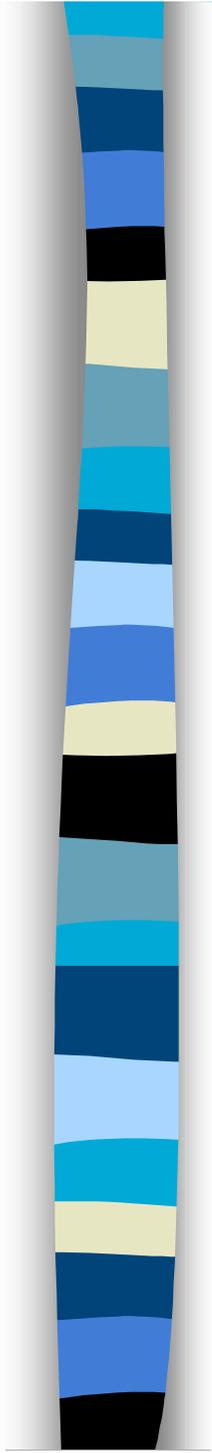
## Validación y prueba

- 3.1 Estudio y revisión bibliográfica.
- 3.2 Estudios clínicos (no aleatorios)
- 3.3 Estudios clínicos bien diseñados
- 3.4 Estudios clínicos que permiten la generalización de los resultados a la población general.



# Taxonomía II

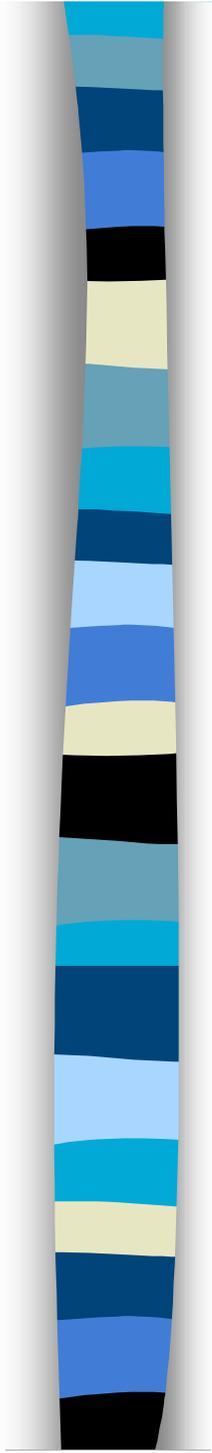
- Dominio 1 Promoción de la salud
- Dominio 2 Nutrición
- Dominio 3 Eliminación
- Dominio 4 Actividad/ reposo
- Dominio 5 Percepción/Cognición
- Dominio 6 Autopercepción
- Dominio 7 Rol/ relaciones



# Taxonomía II

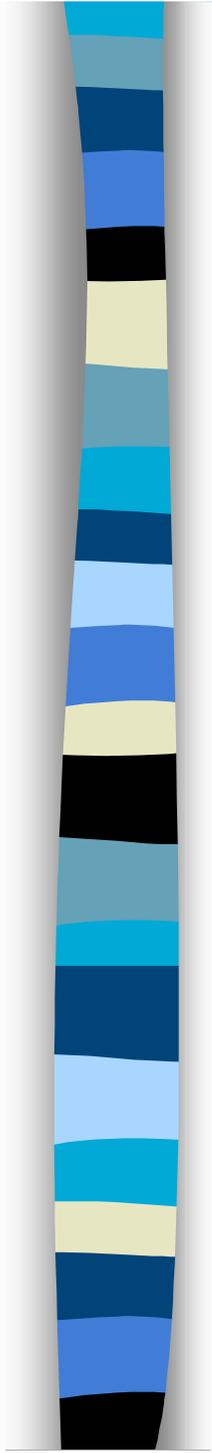
- Dominio 9 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés
- Dominio 10 Principios vitales
- Dominio 11 Seguridad/Protección
- Dominio 12 Comodidad
- Dominio 13 Crecimiento/Desarrollo





# Sedentarismo (Sedentary Life Style) J. A. Guirao-Goris (España) Nivel de evidencia 3.2

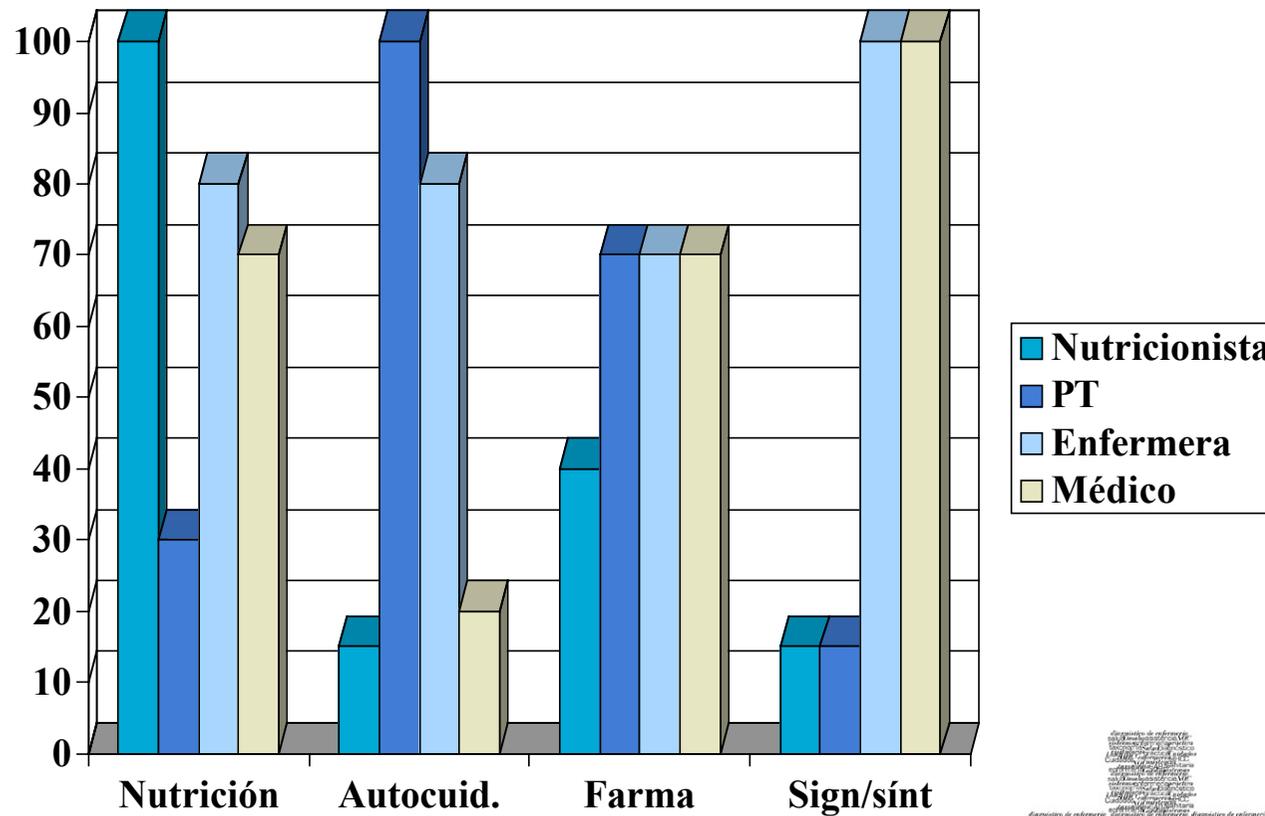


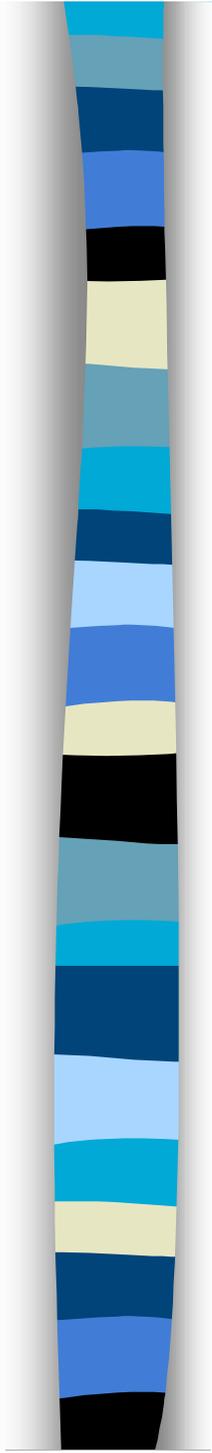


# ¿Es el diagnóstico de enfermería el único foco de las enfermeras?

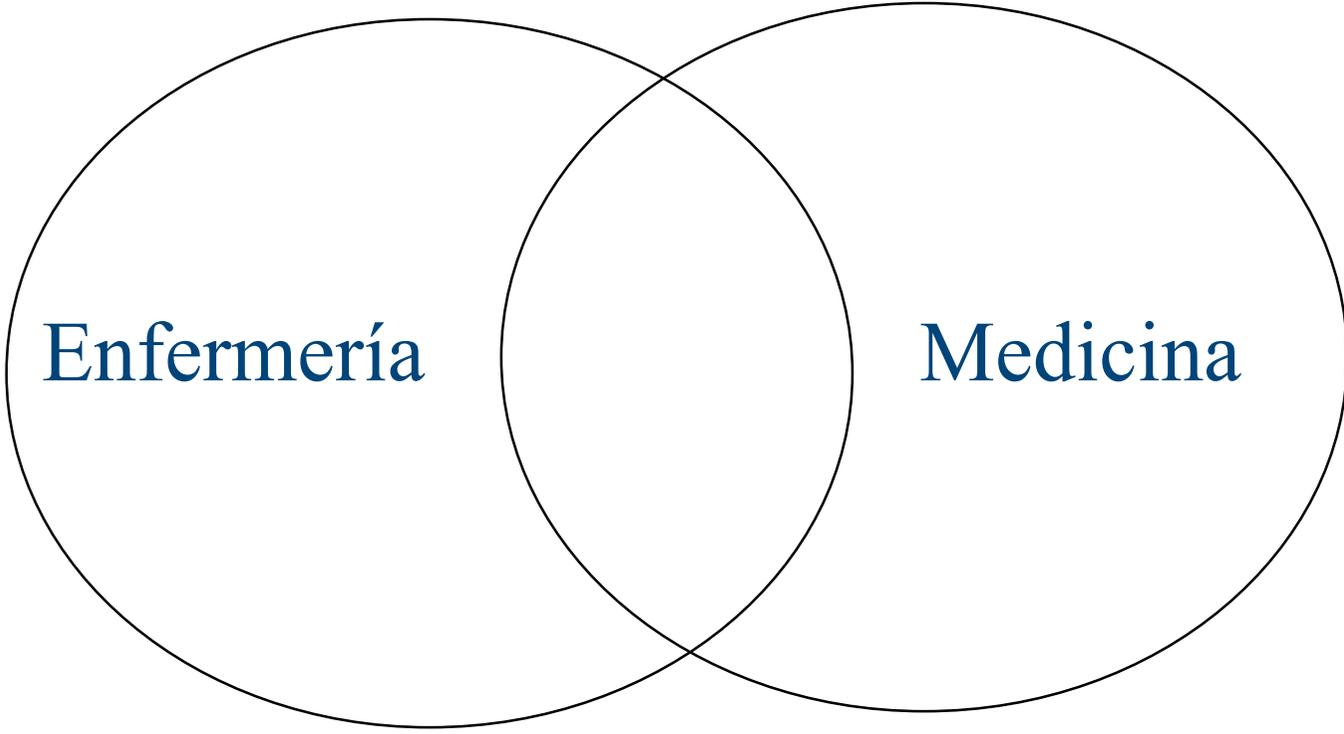
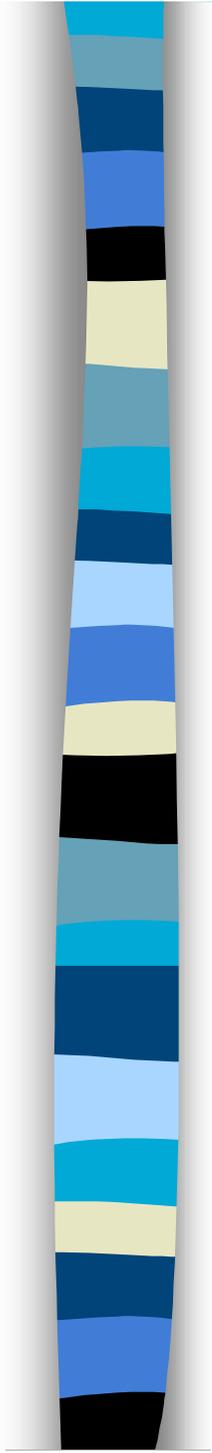
**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

# Tipo de conocimientos por disciplina





# Deterioro agudo de la producción de insulina.

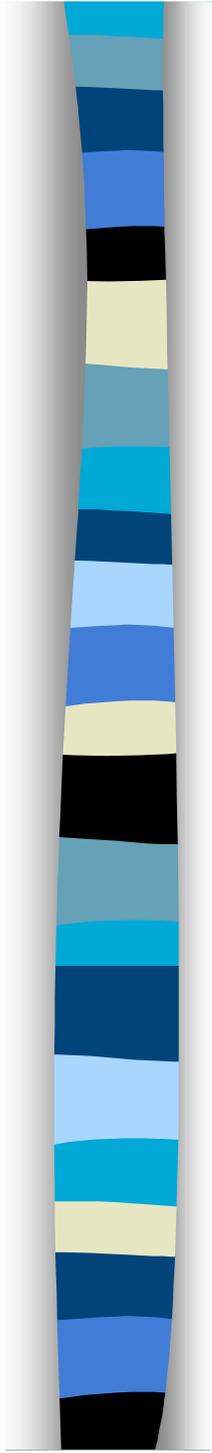


**Diagnóstico  
Enfermero**

**Problema  
Interdependiente**

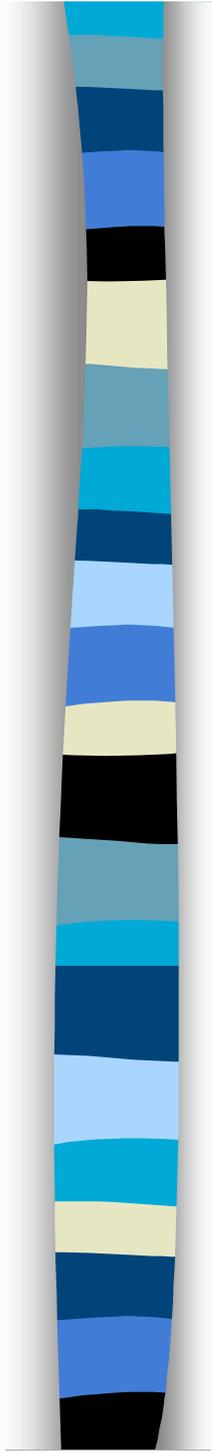
**Diagnóstico  
Médico.**

**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**



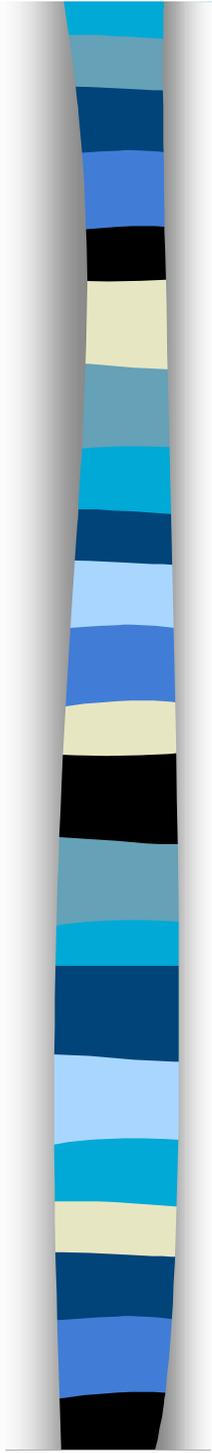
# Enfermeros expertos en su disciplina

- Comprobar la existencia de riesgos, enseñar estrategias preventivas.
- Gestión y diagnóstico de respuestas funcionales complejas alteradas.
- Uso de diversas modalidades de intervención como el counseling, autoayuda, educación...
- Gestión de problemas de salud refractarios.



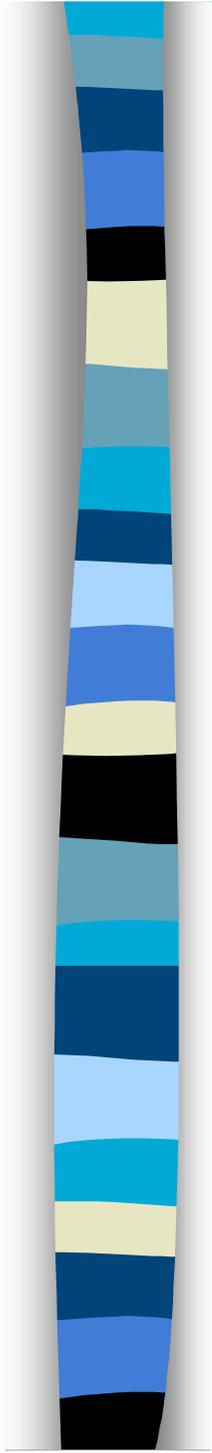
# Expertía compartida Nurse Practitioner/Médico

- Prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Entrevista, historia, y examen físico.
- Diagnóstico de problemas médicos agudos y crónicos.
- Uso de prescripciones, intervenciones y enseñanza para manejar problemas agudos y crónicos no complicados
- Uso de la derivación cuando es apropiado.



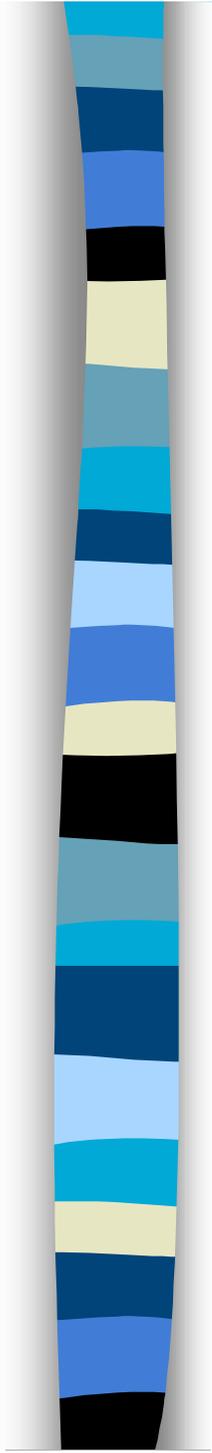
# Expertía compartida Enfermera/Médico

- Prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Entrevista, historia, y examen físico.
- Control y manejo de los problemas interdependientes.



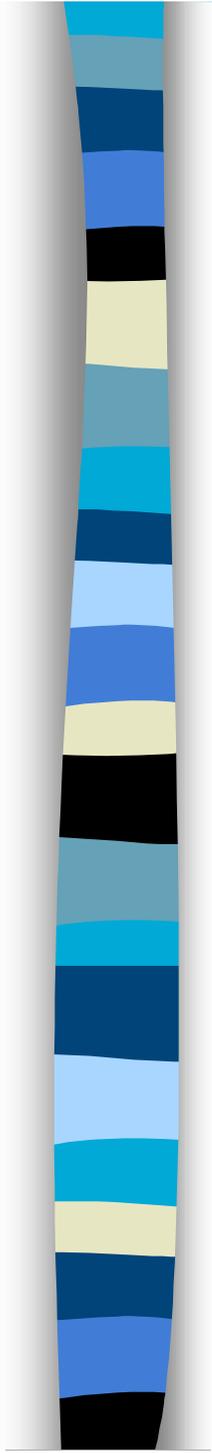
# Médicos expertos en su disciplina

- Diagnóstico diferencial de problemas médicos complejos.
- Gestión de problemas médicos agudos o refractarios.
- Gestión de enfermedades multisistémicas con alta morbilidad y mortalidad.

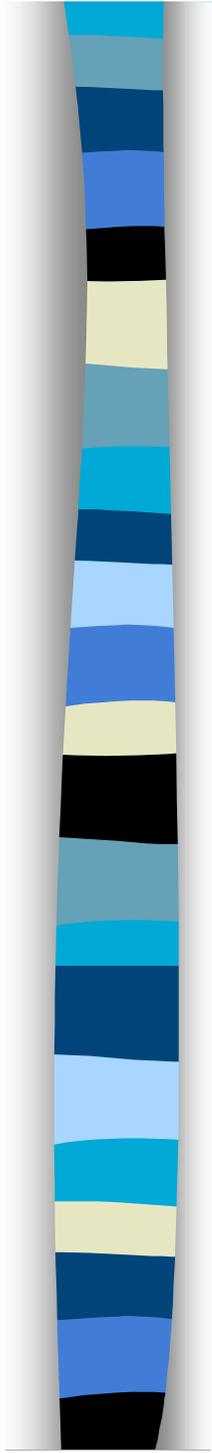


# Hospitales Magnéticos

**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

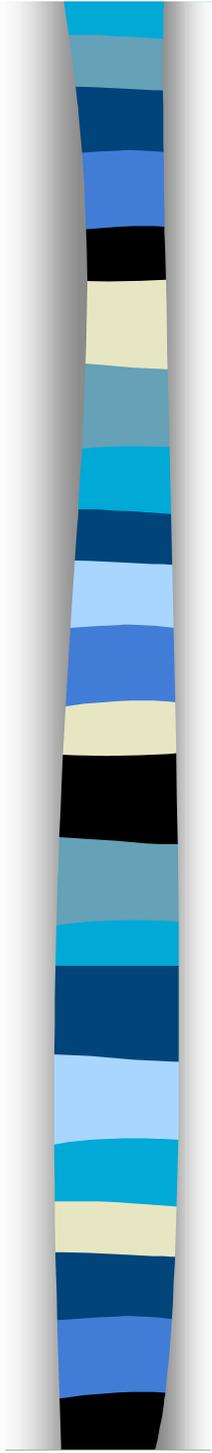
- 
- Riesgo de lesión
  - Riesgo de Deterioro de la integridad cutánea
  - Riesgo de caídas
  - Riesgo de infección

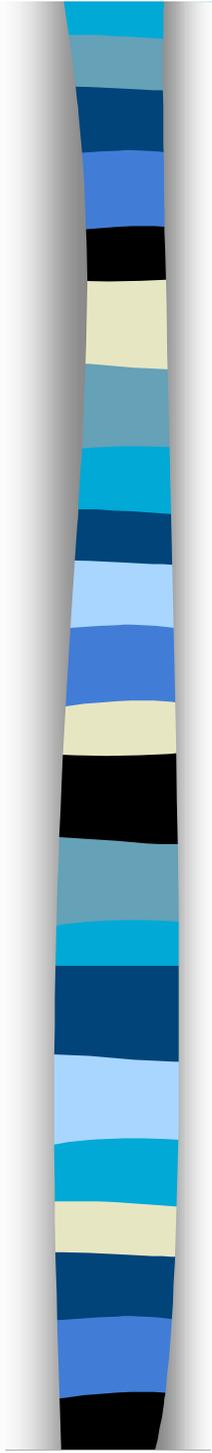




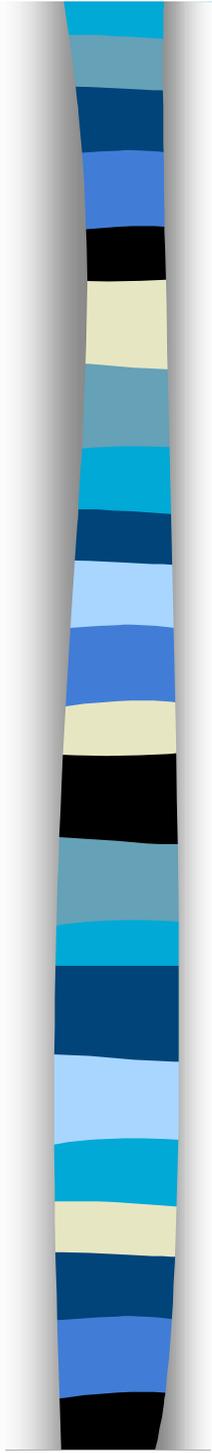
# Reflexiones sobre el riesgo

**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

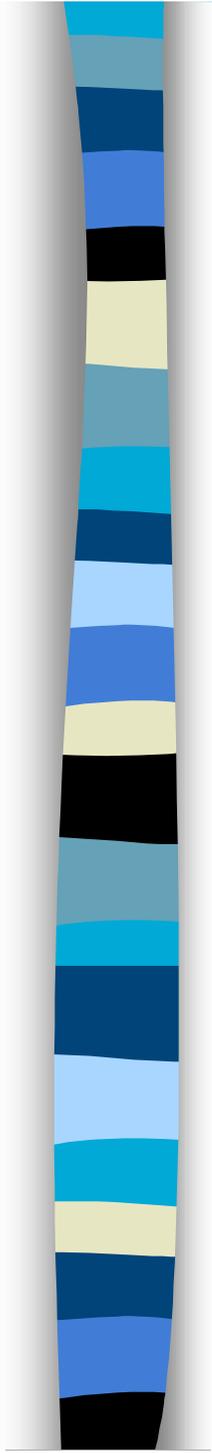
- 
- Exponer los sentimientos es el riesgo de exponer tu propia verdad.
  - Exponer tus ideas, y tus sueños delante de la muchedumbre es riesgo de pérdida.
  - Amar es el riesgo de que no te amen

- 
- Vivir es el riesgo de morir
  - La esperanza es riesgo de desesperación.
  - Probar es un riesgo de fallo.



- 
- Pero se deben correr riesgos, porque el mayor peligro en la vida es no arriesgar nada



- 
- Él puede evitar el dolor y sufrir, pero él no puede simplemente aprender, sentirse, cambiar, crecer, amar, vivir



V Symposium Internacional de Diagnosticos  
de Enfermeria

Palacio de Congresos de València  
2004, May 13-14



Connie Delaney, PhD, RN, FAAN  
Professor  
The University of Iowa  
Iowa City, Iowa USA



<http://www.nursing.uiowa.edu>

**greetings**



# Nursing Diagnosis Extension Classification (NDEC) Project

Collaborative Project:

The University of Iowa & NANDA  
since 1994



# Focus of Presentation

- Provide an update of NDEC & work with NANDA
- Invite international participation
- Summarize key new initiatives related to AENTDE



# Martha Craft-Rosenberg PhD, RN, FAAN

## Principle Investigator

Acknowledge:

16 investigators

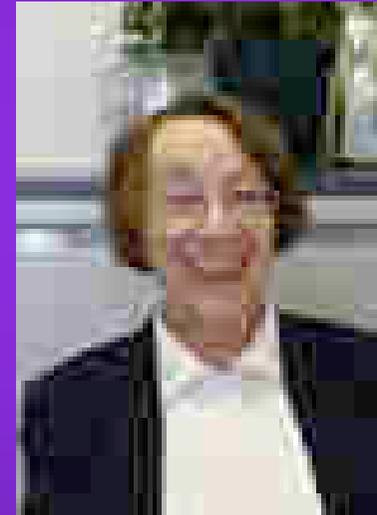
8 Chairs of diagnosis work group

~40 Members of diagnosis work groups

Satellites groups

Research Assistant

Saovaluck Jirathummakoon





# Standardized healthcare language

- Knowledge structure
- Communication
- Holistic focus
- Interdisciplinary efforts
- Life span
- Health continuum
- Effectiveness research





# Problems

(Warren, Schlotfeldt, Kerr, Humphreys, et al, etc)

- Lack of clarity of label characteristics
- Lack of conceptual clarity
- Lack of consistent approach for determining validity, reliability, external validity
- Inadequate
  - *scope*
  - *comprehensiveness*
  - *specificity*
  - *usefulness*
- Lack of wellness & aggregate diagnoses



# AIMS

- Evaluate & revise NANDA diagnoses
- Develop candidate diagnoses



# NDEC PROJECT

- Phase I: Refine and extend NANDA diagnoses
- Phase II: Clinical validation
- Phase III: Candidate diagnoses development



# Phase I Methodology

## Concept analysis in Diagnosis Work Groups and Satellite Groups

Rogers & Knafl, 1993; Strickland et al, 1992

<http://www.nlinks.org/>

Review for conformity to language rules

Validation: Large research team

Submit to NANDA



# NDEC

## Example of Refinement

- **NANDA**
  - Altered Family Process
  - The state in which a family that normally functions effectively experiences a dysfunction
- **NDEC**
  - Family Process Alteration
  - A change in family relationships and/or functioning



# Nursing Diagnosis: NANDA & NDEC (*cont*)

- Signs & Symptoms
  - Family system unable to meet physical, emotional, and spiritual needs of its members.
  - Inability to express/accept wide range of feelings.
- Signs & Symptoms changes observed or Reported by One or More Family Members:
  - Participation in decision making <sup>4, 6</sup>
  - Communication patterns <sup>2, 5, 6</sup>
  - Assigned tasks <sup>2, 3, 5</sup>



# Nursing Diagnosis: NANDA & NDEC (*cont*)

- Related Factors:
  - Situation transition and/or crises
  - Developmental transition and/or crises
- Related Factors:
  - Situational life transition <sup>4, 5, 6</sup>
  - Modification in family finances <sup>4, 6</sup>
  - Family role shift <sup>2, 4</sup>,  
Developmental transitions <sup>5</sup>



# Nursing Diagnosis: NDEC

- References
- Glossary
- Candidate Diagnoses:
  - Risk for altered in family process
  - Potential for enhanced family process
- Summary of NDEC changes:
  - Label
  - Definition
  - Signs & Symptoms that are more operational
  - Additional Related Factors



# NDEC Products

- 116 Nursing Diagnoses submitted to NANDA DRC
- 65 New and refined diagnoses have been accepted by NANDA
- Working on diagnoses for resubmission to NANDA Diagnosis Review Committee
- 195 Candidate Diagnoses identified
- Preparing for Clinical testing of NDEC labels



## NDEC Products (cont)

- Craft-Rosenberg, M., Delaney, C., & Denehy, J. (2000). Nursing Diagnosis Extension Classification (NDEC): History, methods, completed work, and future directions. [Paper] In M. Rantz & P. LeMone (Eds.) Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Thirteenth Conference NANDA (pp.71-218) Glendale, CA: CINAHL Information Systems.
- NDEC (2000). An International methodology to describe clinical nursing phenomena: A team approach. International Journal of Nursing Studies 37, 541-553.



## Publications (Cont.)

- Lee, Aeran & Craft-Rosenberg, M.C. (2002). Ineffective family participation in professional care: A concept analysis of a proposed nursing diagnosis. Nursing Diagnosis: The International Journal of Nursing Language and Classification, 13,1, 5-14.



## Phase II: Clinical Validation

- Previous NANDA clinical validation
  - Unique set of signs/symptoms for each diagnosis with related factor
- Awaiting data base updates for testing of NDEC labels at:
  - The University of Iowa Hospitals and Clinics
  - Genesis Medical Center



## Phase III: Identification of Candidate Diagnoses

- Comparison with other Classifications:
  - ICD-9
  - Carpenito
  - SABA
  - Omaha
  - DSM IV



## Candidate diagnoses Comparison

<b>NDEC Candidate Diagnoses</b>	<b>NDEC DWG</b>	<b>Carpenito</b>	<b>SABA</b>	<b>Omaha</b>
Air Clearance Effective Enhance Potential	Physio 2	High Risk For Alt Respiratory function	Respiratory HHC Comp	Respiration
Air Clearance Ineffective Risk	2	High Risk For Alt Respiratory function	Respiratory HHC Comp	Respiration
Altered Cardiac Rhythm	2		Cardiac HHC Comp	
Altered Absorption	2		Nutritional HHC Comp	Digestion-Hydration



# Candidate diagnoses Comparison

<b>NDEC Candidate diagnoses</b>	<b>NDEC DWG</b>	<b>ICD-9</b>	<b>DSM IV</b>
Altered Eating: Pica	6	307.52; 300.11	Pica 307.52
Altered Eating:Rumination	1	787.0; 300.3; 307.53	Rumination Dis NOS 307.53
<b>Altered Equilibrium</b>	<b>2</b>		
Altered Feel Process: Lability	1		
<b>Altered Feel Process Mood Swings</b>	<b>1</b>		

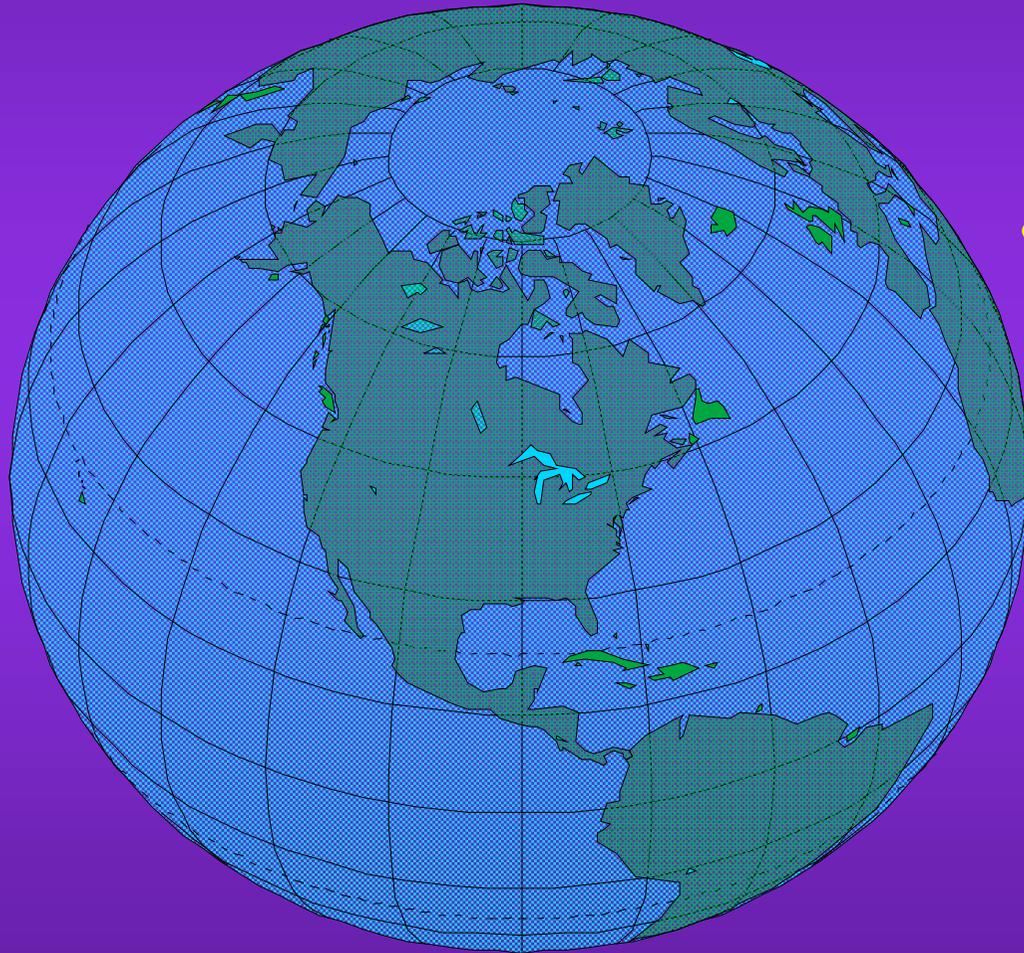


## NDEC Work Plan for 2002-04

- Individual investigators to work on diagnoses to be resubmitted to NANDA DRC
- Integration with NLINKS work in Concept Analysis
- Resource Acquisition and Recruitment of Investigators



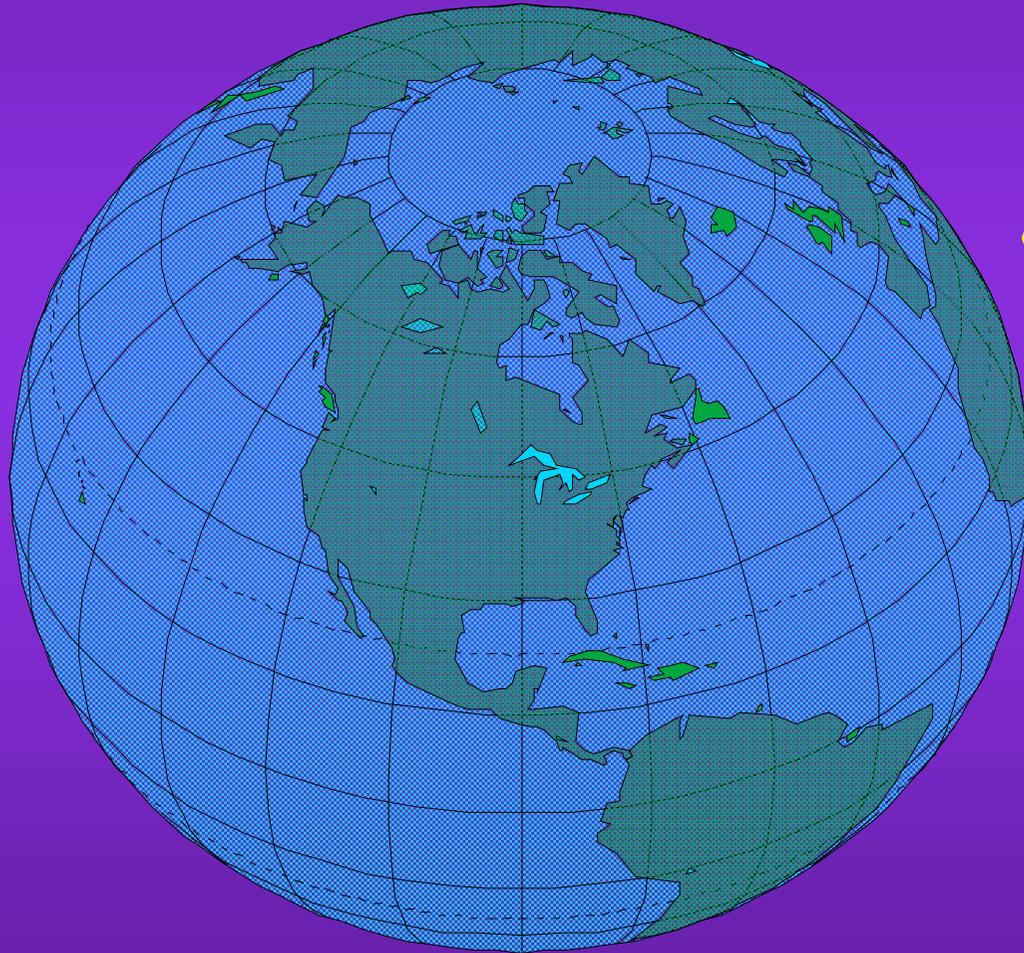
# International Collaboration: Concept Analysis and Validation Training



- Nursing scholars, including Brazil nurses, have completed concept analysis training



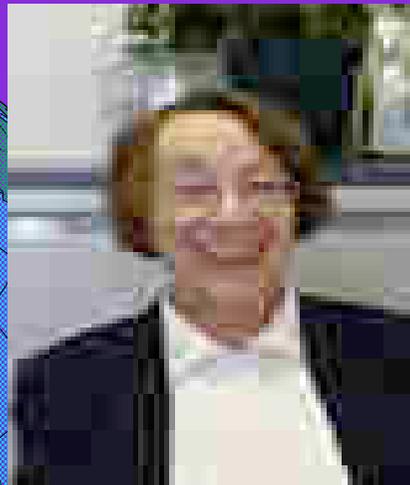
# International Collaboration: Diagnoses & Outcomes



- Mapping of diagnoses and outcomes (NANDA/NDEC & NOC)



# International Collaboration:



- NANDA President
- Martha Craft-Rosenberg
- Martha-Craft-Rosenberg@uiowa.edu



[Introduction](#)

[Nursing Languages](#)

[CA Methods](#)

[Training](#)

[Protocols](#)

[Forms](#)

[Communication](#)

[Submission](#)

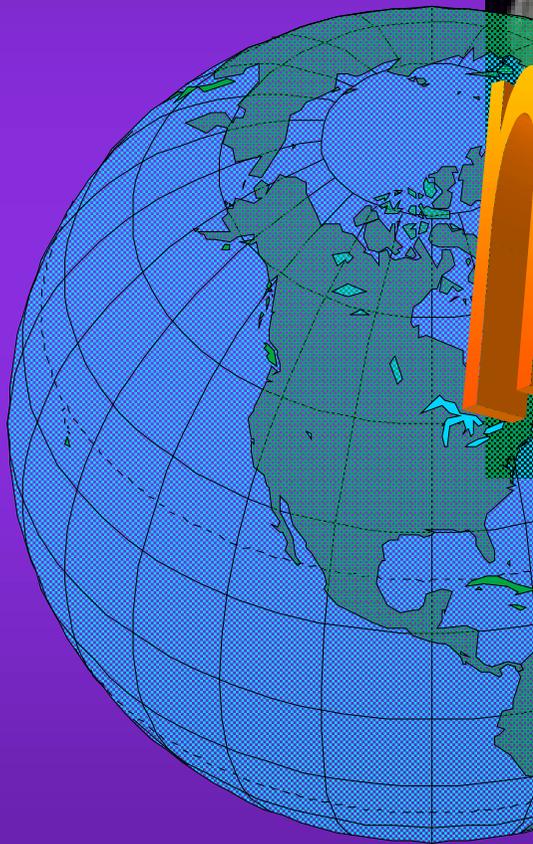
[Opportunities](#)

Network for Languages in Nursing Knowledge Systems

<http://www.nlinks.org/>



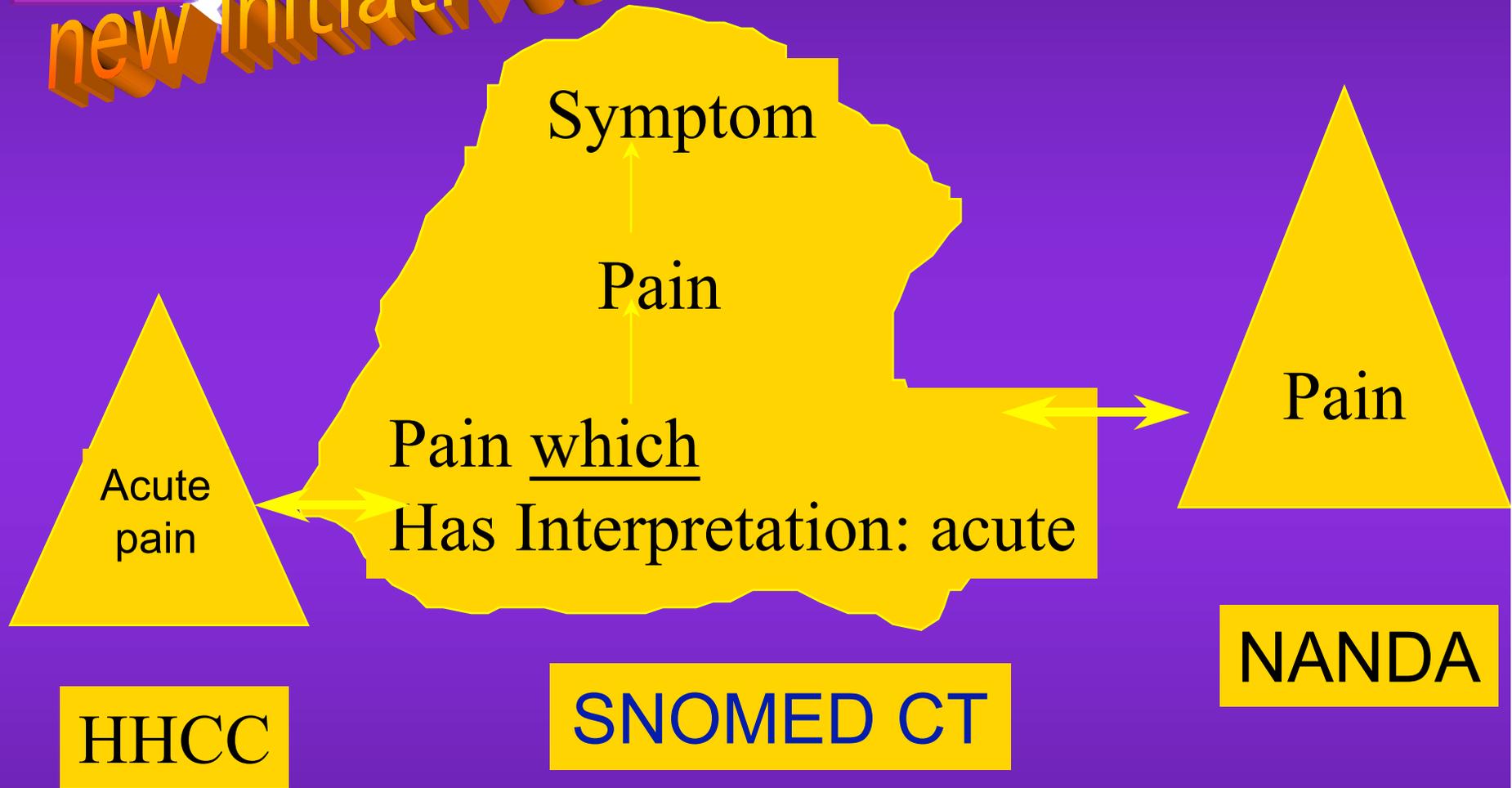
# new initiatives





# Mapping Among Terminologies

new initiatives



histories/stories > capturing meaning in symbols - words, concepts



# Mapping Among Terminologies

new initiatives

Sumpte  
OPT model

Pain  
Jean Watson's work

Pain which  
Has Interpretation: acute



HHCC



NANDA

SNOMED CT





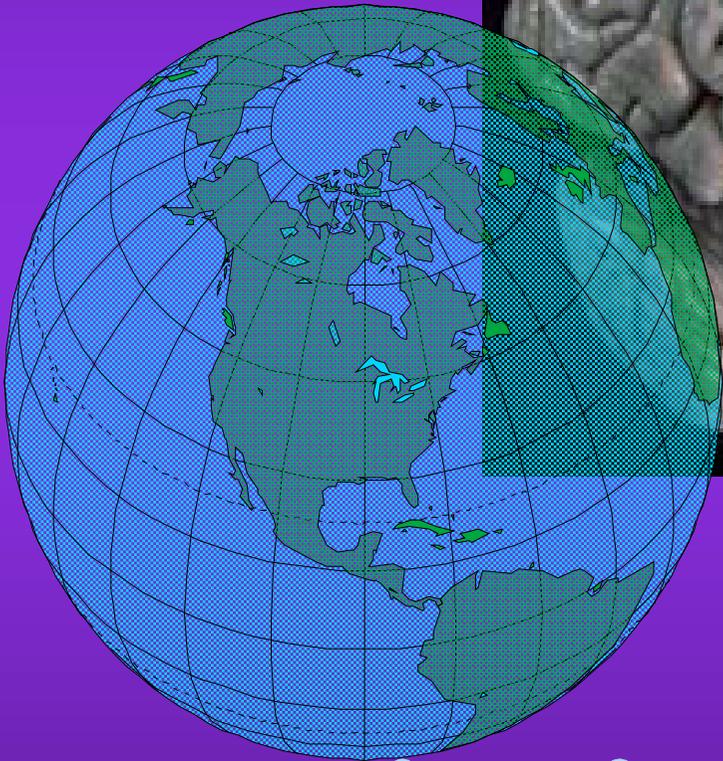
SNOMED CT<sup>®</sup>  
[www.snomed.org](http://www.snomed.org)

Systematized  
Nomenclature of  
Medicine

Clinical Terms



new initiatives



Capture Context - Nursing Management Minimum Data Set



new initiatives

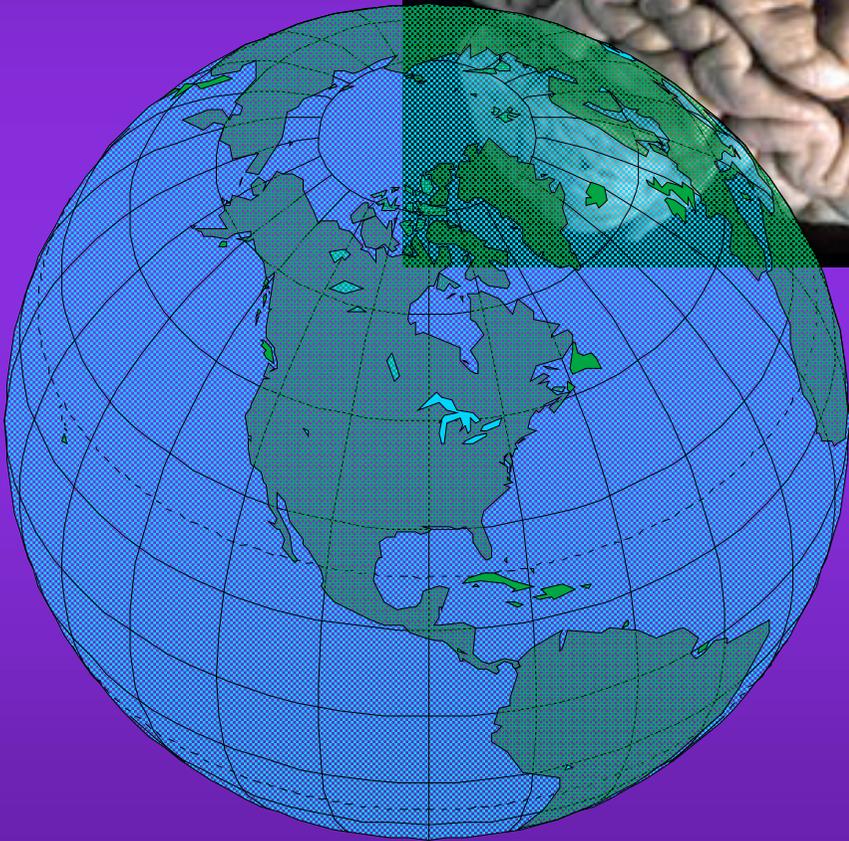


## **Building Clinical Data Repositories**

- U Iowa - ~ 2 million computerized clinical Records with all nursing data in research data base



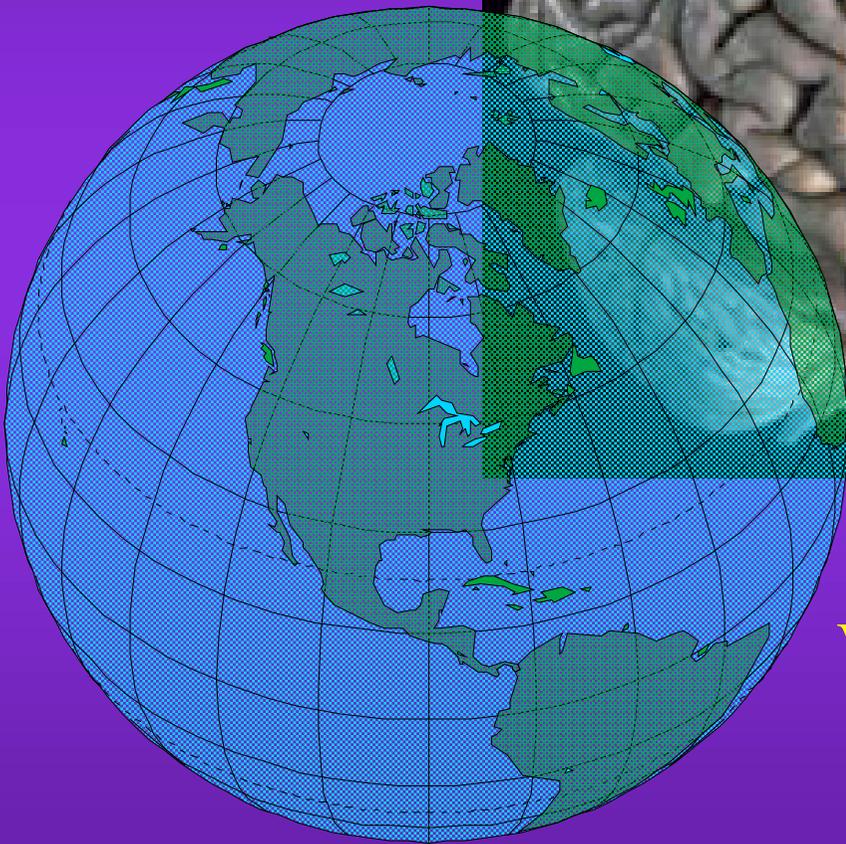
new initiatives



- Development of the International Nursing Minimum Data Set (iNMDS)
  - ICN
  - International Medical Informatics Association



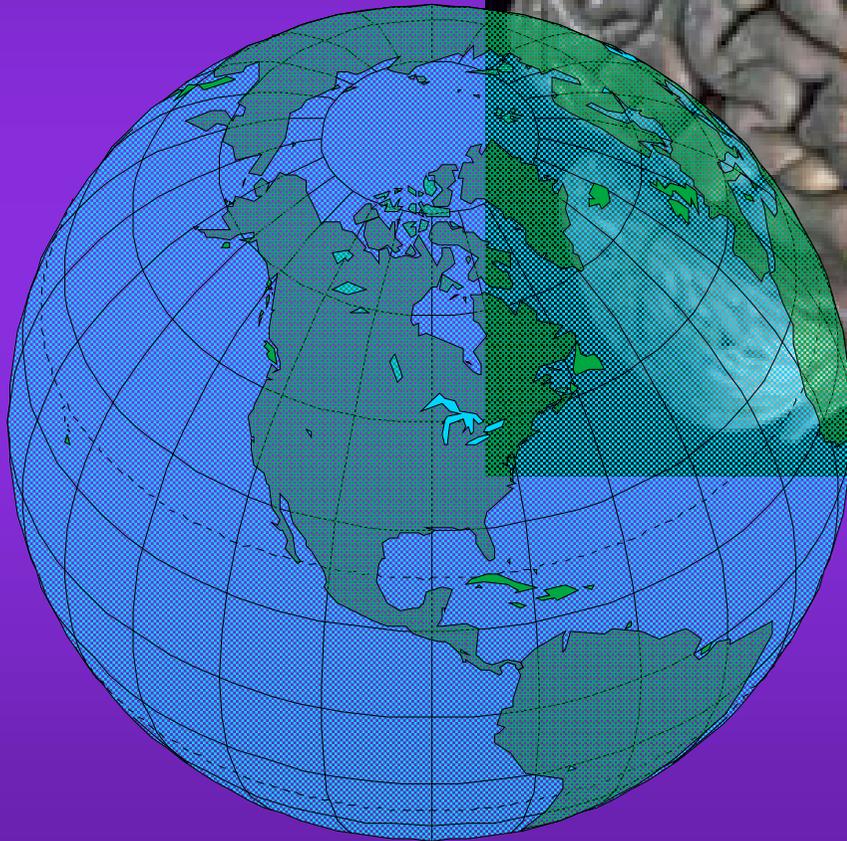
new initiatives



**Internationalize NIDSEC**  
Vendor information systems standards  
e.g. HBOC, IDX, Cerner  
Contact [cbickfor@ana.org](mailto:cbickfor@ana.org)



new initiatives



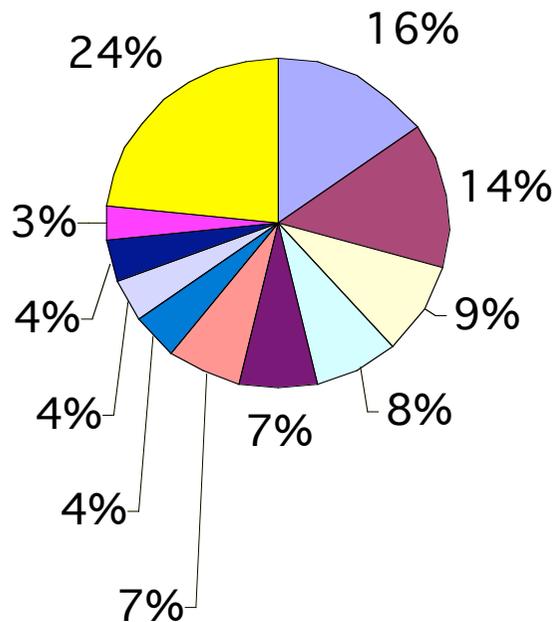
Ensure that paper & vendor systems  
support a variety of models:  
OPT



# Describe nursing practice

new initiatives

9 Most Frequent Nursing Diagnoses for aggregated 5 most frequent DRGs



- Knowledge deficit re:specify
- Health maintenance, altered
- infection, potential for
- mobility, impaired physical
- injury, potential for
- pain
- self-care deficit, bathing/hygiene
- self-care deficit, toileting
- self-care deficit, dressing/grooming
- coping, ineffective individual
- others



new initiatives

# Patient care treatments

Rehabilitation (N=1488)<sup>1999</sup>

Surveillance, safety (injury, potential for)
Exercise therapy: ambulation (mobility, impaired physical)
Environmental management (injury, potential for)
Exercise therapy: joint mobility (mobility, impaired physical)
Teaching: prescribed medication (knowledge deficit)



new initiatives

# Knowledge Discovery in Databases (*KDD*)

## **Finding Patterns**

[A non-trivial process of identifying valid, novel, potentially useful, and ultimately understandable patterns in data (Fayyad, 1996)]



new initiatives

# Knowledge Discovery in Databases (*KDD*)

Finding Patterns in:

- Narratives
- Literature



new initiatives

KDD

## Patterns in Clinical Data

- GI Obstruction, Major Male Pelvic, Peritoneal Adhesions with complications, GI Hemorrhage
- Age: mostly 65-75
- Gender: mostly Male
- Marital: 90% Married
- Zipcode: 52722, 52804, 52807
- Length of Stay: 3-7 days
- Important Dates: 12/29-30, 1/7-9
- Religion: over 88% Lutheran/Catholic/Protestant
- Nursing Diagnoses



new initiatives

## KDD

# Decision Support (Rule)

### Example

Decision rule 123. IF  
(NOX15 = 0) AND  
(NOX1 = 1) AND  
(NOX14 = 0) AND (NC4  
= 1) AND (NOX3 = 0)  
AND (CCS3a = 11.70)  
THEN (LOS=3);

[3.23% of patients]

[3 patients, Patient  
Number 43,52,574]

- This decision rule describes 3 patients who experienced normal deliveries, with nursing intervention “infection protection” and goal of remain free of infection, and yet had length of stay of 3 days



**Thank You**

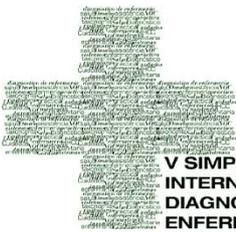
• THE UNIVERSITY OF IOWA •  
COLLEGE OF NURSING •

<http://www.nursing.uiowa.edu>



For more information contact,  
[Connie-delaney@uiowa.edu](mailto:Connie-delaney@uiowa.edu)





V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA

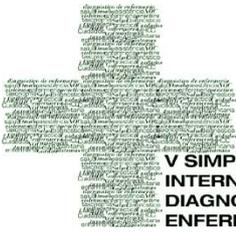
*Los científicos naturales del SXVIII soñaban con articular las nociones de racionalidad, certeza, necesidad y determinismo con el cemento de las matemáticas y el efecto de ese sueño fue causar una profunda herida a la razón humana que durante tres siglos no tuvo cura, una herida de la que sólo recientemente nos estamos recuperando S.*

*Toulmin*

## LA PROBLEMÁTICA DE LA CONSTRUCCIÓN DEL SABER DISCIPLINAR A TRAVÉS DEL DE: EL REGRESO A LA RAZÓN

**Dr. José Luis Medina Moya**

**Universidad de Barcelona**



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

## **Introducción**

No puedo empezar mi intervención de otra manera que no sea mostrando mi agradecimiento a la organización por esta invitación, de la que me siento muy honrado. Y por eso mismo, me siento también responsable. Las personas de la organización que me han invitado lo han hecho porque esperan de mí que les diga algo que valga la pena de ser escuchado. E imagino que, en principio confían, hasta el extremo de darme un tiempo para decir eso que puede valer la pena escuchar. Conocedoras del sentido de mis trabajos y publicaciones me han pedido que les transmita algunas de estas ideas que se concretarán en un análisis problematizador de la temática sobre la que versa este evento: los DE.

Esta invitación, por otra parte, es una muestra fehaciente de la madurez intelectual de aquellos colectivos enfermeros que como el de Vds, empiezan ya a percibir como necesario en su proceso de desarrollo profesional y disciplinar redireccionar sus análisis y vislumbrar y comprender lo que otras miradas pueden aportarles para el entendimiento de sus prácticas asistenciales, docentes e investigadoras. Comparto con todas estas personas que hoy más que nunca se hace necesario recuperar un pensamiento problematizador y crítico que nos permita ir más allá de lo que se nos ha presentado como conocimiento lícito y verdadero: como “pensamiento único”. Perciben estas personas cierto anquilosamiento en sus formas habituales de pensar eso que es cuidar y una ostensible “perdida del sentido” en la práctica de eso que sea cuidar; y esta crisis les conmina al examen riguroso y al cuestionamiento de sus formas tradicionales de pensar, describir, enseñar y ejecutar la práctica del cuidado. Será esta la pretensión del ensayo que a continuación voy a poner a su disposición.

Estas reflexiones pretenden ser también una invitación a un apasionante trayecto intelectual en la búsqueda de nuevos significados y de sentidos innovadores para sus prácticas asistenciales, docentes e investigadoras. Se trata de acceder a otras lógicas y formas conceptuales que les ofrezcan una “mirada” que vaya más allá de los márgenes de las “maquinarias” institucionales y profesionales y que les permita ver a través de sus grietas. Y esta búsqueda, apreciados/as colegas, es de suma importancia, porque como muy bien nos recordaba recientemente Ralf Dahrendorf, una de las características de las grandes ideas que han determinado los períodos

históricos es el hecho de que provienen de los márgenes de las ortodoxias dominantes. Cuando se acuñan y publican por primera vez, suelen parecer irrelevantes y en todo caso fuera de sintonía con el espíritu de sus tiempos. Pero, sin embargo, a largo plazo son siempre las ideas las que sirven para modular nuestras vidas.

Este examen crítico de nuestras formas habituales de pensar y actuar en el mundo no pretende, sin embargo, erigirse como guía del proceso de transición hacia formas de conciencia más verdaderas y fundamentadas. Se trata, simplemente, de suspender la evidencia de nuestras categorías y de nuestros modos habituales de pensar y de describir nuestras prácticas profesionales por el mero recurso de intentar pensarlas de otro modo, a otra escala, con otras conexiones. Se huye aquí, y aquellas personas que me conocen bien lo saben, de la arrogancia de pretender hallarse en un lugar privilegiado desde donde mostrar de manera inequívoca y omnipotente el camino hacia la verdad y la certidumbre. Lo que se busca, por el contrario, es realizar un ejercicio constante de interrogación de lo evidente y de aceptar los límites de nuestro pensar y las incertidumbres del presente. Porque, ¿qué es la crítica sino el cuestionamiento permanente de las experiencias que nos constituyen?

Pero, ¿no va en contra de los tiempos afirmar que el conocimiento codificado en los DE es problemático? ¿Por qué deberíamos aceptar como problemáticas nuestras comprensiones e ideas acerca de la realidad y del oficio de cuidar? Y, en todo caso, ¿qué significaría esa aceptación en términos de la construcción disciplinar del saber enfermero y de la mejora de la práctica del cuidado?. En lo que sigue trataré de dar algunas respuestas a estas espinosas cuestiones.

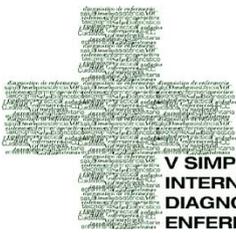
La organización de este acto me ha pedido que en treinta minutos les hable de una temática sobre la que existen miles de páginas impresas: es una tarea complicada. En este breve espacio de tiempo del que dispongo voy a intentar presentarles algunas ideas inteligibles; y aquí por inteligible deben entender dos cosas: un saber un conocimiento inteligible, no es solamente aquel que se entiende sino y sobre todo aquel que nos ayuda a entender.

Las reflexiones de este ensayo versan sobre el apasionante tema de la racionalidad de las cuestiones que pensamos y de las cosas que hacemos. Un tema añejo de más de 2500 años de antigüedad y que todavía no está resuelto, a saber, la problemática del conocimiento humano en general y del saber enfermero en particular. A lo largo del siglo XX el concepto de racionalidad ha preocupado enormemente en todos los campos disciplinares. Como consecuencia de esa preocupación, obsesiva en ocasiones, nos hemos vuelto a centrar en cuestiones metodológicas sobre la legitimidad de las ideas y modos de pensamiento cuya validez antes dábamos por sentada.

### **La naturaleza problemática de saber enfermero o la ignorancia sabia**

Que la naturaleza del conocimiento humano en general y del enfermero en particular, es problemática, ha quedado suficientemente contrastado. El desarrollo de la disciplina y del conocimiento profesional ha estado en íntima conexión con factores, ideológicos, políticos, culturales o psicológicos y no sólo epistemológicos, ese desarrollo se entiende mejor en términos psicosociales que en términos intelectuales. Así mismo las diversas concepciones de profesión y de profesional de la enfermería (que haberlas haílas) denotan profundas diferencias que dotan de una particular complejidad y problematicidad al campo.

De entrada, puede afirmarse que definir el conocimiento disciplinar como problemático supone que se le reconoce su condición de provisional y plural, ambiguo y limitado en sus posibles respuestas. Su valor reside en la posibilidad que nos ofrece de indagar la realidad pero no para dominarla, cosa por otra parte imposible, sino para que nos ayude a desarrollar formas más profundas y críticas de comprensión. El conocimiento que se sabe problemático es crítico y con ello quiero decir que pone en cuestión tanto la forma en que se presenta la realidad como a sí mismo. Es decir, en dependencia constante de unos marcos de interpretación que pueden ser sometidos a crítica y objeto de transformación. Un saber que problematiza y cuestiona la realidad que indaga pero que, al tiempo, se problematiza a sí mismo al cuestionar las bases sobre las que se asienta. Y a eso me voy a dedicar en los siguientes páginas. No espere el lector, por tanto, unas conclusiones cerradas sino más bien la reivindicación del espíritu cuestionador y de búsqueda que anima los saberes humanos y la



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

reivindicación del espíritu cuestionador y de búsqueda que los fundamenta. Esa problematización de los DE se va a realizar examinando las siguiente cuestiones.

- **La problemática de la formalización-codificación de los saberes profesionales**
- **La problemática de la explicación científica de los fenómenos**
- **La problemática de una mirada epistémica meramente analítica**
- **La problemática de la validez externa del DE**
- **La problemática de la validez interna del DE**
- **La imposibilidad de un proceder meramente analítico**

**La problemática de la formalización-codificación de los saberes profesionales. El exceso de validación matemática y la ausencia de interés por el sentido: o de la ceguera de la homogeneización**

Desde que en España el DE adquiere cierta difusión e institucionalización, hace 15 años aproximadamente, la gran mayoría de investigadoras /es aceptamos -con mayor o menor grado de conciencia- el predominio de los métodos cuantitativos de investigación reflejo del positivismo lógico, y el énfasis del estudio de las personas como objetos reducibles y mensurables, independientemente de su contexto histórico, cultural y social. Durante estos años, y en un legítimo y necesario intento de ser reconocida como "disciplina científica", la Enfermería Española adopta la racionalidad positivista, la cual, gradualmente se fue infiltrando en el imaginario colectivo de la enfermería. De ese modo, los objetivos y métodos de las ciencias naturales fueron adoptados por las enfermeras que investigaban acerca de los DE, adopción realizada, en ocasiones, de un modo excesivamente acrítico. Con la investigación se intentaba explicar, predecir y controlar la realidad; se usaba para ello el método hipotético-deductivo, es decir, se formulaban hipótesis que se contrastaban comparando sus consecuencias lógicas, que adoptaban la forma de enunciados que relacionaban dos o más variables, con el resultado de observaciones o experimentos. Se produjo entonces, una separación entre la producción del conocimiento y su contexto sociohistórico, político y económico. Esta descontextualización -deshumanización- del



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

conocimiento científico que fue abolida en las ciencias humanas, a partir de la aportación de Kuhn, sigue vigente en la Enfermería Española.

El discurso “oficial” del DE defiende, por un lado, la utilización de un lenguaje no médico, pero el mismo tiempo se están realizando unas operaciones intelectuales sobre el cuidado (el objeto de la enfermería como disciplina) que son idénticas a las que el enfoque biomédico había realizado con la enfermedad (el objeto de conocimiento de la medicina como disciplina). Veámoslo con algo más de detalle.

Sabido es que existen diferencias ontológicas (constitutivas, esenciales) entre las actividades de curar (las que ha venido asumiendo la medicina moderna) y las de cuidar; diferencias basadas en la disimilitud de la perspectiva epistemológica y filosófica de las que ambas parten. La medicina se halla fundada en una perspectiva analítica, empírica y experimental muy adecuada para el estudio de los procesos biológicos y biopatológicos que, como fenómenos naturales que son presentan una elevada estabilidad, regularidad, constancia y cierta independencia de contexto, pero que ha reducido lo humano a lo biológico. En efecto, como es bien sabido, a partir del siglo XVIII, el cuerpo humano pasa de ser sujeto de sesiones y rituales curativos precientíficos a convertirse en la base de un nuevo saber que la disciplina médica ha producido como objeto específico de su aplicación (Galimberti, 1996). Ese cambio de concepción modifica el centro de interés de la mirada médica, del enfermo a la enfermedad. El modelo biomédico trasforma (reduce) la biopsicosociografía del cuerpo en historia de la patología, en la que la subjetividad del enfermo queda oculta en la objetividad de los signos que no remiten a un ambiente vital, a modos de vida, a asignación de sentido a la existencia, sino a un cuadro clínico producto de una disciplina que solo tiene sentido ya por referencia a si mismo. La medicina ha reducido la vida humana a desarreglo biofisiológico y cada uno de los avatares de la vida en signos que acaban por no tener valor más que en el discurso y monólogo cerrado de la medicina consigo misma. Operada esa reducción (de reflexionar sobre la vida a analizar la disyunción entre normalidad y patología) el enfermo es confinado y retirado a las paredes del hospital, donde de sujeto social se le reduce a objeto de conocimiento. Es confinado en un espacio-tiempo en el que bajo la amenaza de la muerte el paciente se percibe a si mismo respecto a su enfermedad como un hecho

exterior porque no sólo su vida queda interrumpida sino que él mismo es convertido en un fenómeno objeto de análisis para la mirada médica que disuelve el enfermar en la enfermedad, la cual, siendo en realidad producto metodológico de una ciencia, se eleva ahora a la dignidad ontológica de la existencia (Galimberti, 1996). Ahora la enfermedad carece de sentido porque se construye con una mirada que no es sensible a la vivencia subjetiva de aquélla ya que sólo remite a la objetivación de las disfunciones del organismo.

Quizás, ninguna otra operación en la historia del saber ha conseguido con tanta eficacia convertir en objeto la experiencia vivida, descontextualizándola, o sea, vaciándola de subjetividad y sentido. La reducción del enfermar a la enfermedad implica una inversión de la realidad porque en una visión objetiva del mundo ya no tiene cabida lo que cada uno vive o es. El progreso y desarrollo de la medicina ha conducido a una objetivación (reducción) médica del ser humano que sólo adquiere sentido dentro de la disciplina (lo patológico) no dentro del sujeto ya objetivado.

Desde una perspectiva libre del corsé conceptual reduccionista de la patología médica, la que pretende poseer la taxonomía NANDA, la mirada enfermera debería ver al sujeto que padece y sufre antes que su diagnóstico expresado en ciertas “características definitorias”, permitiendo que el sufrimiento que pide ser aliviado no quede enterrado en la profundidad biológica del organismo. Pero, a este respecto existen algunas preguntas que todavía están por formular y responder: ¿los Diagnósticos Enfermeros contribuyen realmente a tan loable fin? o ¿No estarán realizando la misma operación reductora, cosificante y alienante que el saber biomédico? ¿Basarse en una metodología que implica la fragmentación reductora del sujeto en problemas tipo denominados “diagnósticos”, no supone ignorar que la realidad es holística y analizar los problemas fuera del contexto de donde surgen y a la luz del cual encuentran significado y explicación? ¿Reducir las personas y las prácticas del cuidado a partes de un mecanismo estable, regular y por tanto predecible, o a datos que puedan ser objeto de operaciones matemáticas, es congruente con los valores tradicionales y aceptados en Enfermería y con una lectura válida de la complejidad del cuidado? Ciertamente, un saber que escucha y un sujeto (dependiente o no) que habla son muy diferentes de una mirada que observa pasando

de un caso a otro para disolverlos en la estructura disciplinar (descontextualizada, abstracta y fragmentante) en la que desean convertirse las distintas taxonomías diagnósticas. Omitir la vivencia subjetiva en los DE, como con frecuencia hace la taxonomía NANDA implica que cuando se mira e interroga al cuerpo en su espesor orgánico, éste ya no nos dice nada del sentido de su enfermedad sino que produce un lenguaje que sólo tiene sentido y valor en el interior de los procesos de validación diagnóstica. Procesos en los que se trata de legitimar un saber sobre el otro en el que su presencia es, en realidad una ausencia. Es una mirada que nos iguala y homogeneiza ante el DE, el padecer y la finitud.. Pero si la muerte ignora la modulación individual El DE no puede hacerlo. Y no es porque cada persona reaccione diferente ante los problemas de salud sino porque el lenguaje universal y abstracto de la taxonomía es incapaz de captar la individualidad concreta de la vivencia de la enfermedad. Esa individualidad ya ha sido destruida en el seno del lenguaje mismo en aras de una objetividad que pese a haber nacido para combatir la muerte, la anticipa en cada cuerpo al vaciarlo de sentido.

Lo característico de la vida humana es el sentido, este, no nos viene dado por la naturaleza biológica, no tiene explicación por la física o la química. Ana Arendt nos dejó dicho que es a través del sentido que el hombre comparece en el mundo humano y ese sentido, a mi juicio, no queda recogido en el DE.

Veamos algún ejemplo de lo que les estoy diciendo. En primer lugar les hablaré de un estudio realizado por un equipo de antropólogos de la salud sobre un grupo de personas diagnosticadas por la reumatología de artritis reumatoide en el que se trataba de analizar y comprender los procesos socioculturales por medio de los cuales las personas construían y encarnaban el padecimiento. Nótese que aquí podríamos aplicar DE como “Dolor crónico” o “Deterioro de la movilidad física entre otros”. Una de las conclusiones más interesantes, a efectos de lo que deseo decir, fue las diferencias en las peticiones en relación a los tratamientos paliativos del dolor. Lo interesante es que esas diferencias no estaban directamente relacionadas con el grado de afectación ya que, según los reumatólogos que los asistían, todos tenían el mismo grado de afectación: léase el mismo diagnóstico. Esas diferencias tenían más que ver con cuestiones socioculturales (el sentido que para cada sujeto tenía su propio padecer)

que con la afectación musculoesquelética objetivada. Se observó que la mayor demanda de tratamiento analgésico, independientemente de sus efectos secundarios, se daba entre aquellas personas que debían responder a exigencias sociolaborales inmediatas: amas de casa con hijos en las que la aparición del dolor (ya el cotidiano ya el agudo) ponía en situación de emergencia, no sólo a su cuerpo, sino a la marcha de las relaciones domésticas. Por el contrario, en aquellas personas en las que por sus circunstancias sociolaborales se podía rearticular un proceso de autocuidado (vendas, masajes), el tratamiento con corticoides quedaba exclusivamente reservado a los momentos de las crisis agudas. Otro aspecto que influía en la utilización diferencial de fármacos en personas con el mismo diagnóstico era las distintas formas en que la identidad de los sujetos era reconstruida en el contexto de una enfermedad crónica e invalidante. La resignificación que se hacía del concepto de persona desde la experiencia de convivir con la artritis (valerse, moverse, autoimagen) influía de manera determinante en la demanda de tratamientos. De tal modo que en ocasiones se prefería la convivencia del dolor ya articulado en un nuevo sentido de identidad, que los tratamientos quirúrgicos que aún resolviendo el dolor en la articulación afectada imponía un nivel de inmovilidad que estaba en contradicción con esa nueva subjetividad construida.

Es, por otra parte de un racionalismo abstracto pensar que el rigor científico y matemático de la prueba y la validación del DE garantiza la modificación de las pautas de salud de los individuos. Durkheim nos enseñó que la autoridad de un saber no depende únicamente de su valor objetivo. No es suficiente que sean objetivos y verdaderos para que se crea en ellos. Si no se armonizan con el imaginario social, serán rechazados y por tanto inexistentes. Veamos esta afirmación con otro ejemplo. En su Antropología Estructural Levi-Strauss demostró la enorme eficacia simbólica de determinados rituales mágico-terapéuticos. Es el caso de las prácticas de los chamanes "Cuna" del Panamá ante los partos difíciles. El chamán a través de la palabra y tomando como marco de referencia las creencias compartidas por los Cuna ubica, guía y reconstruye el sentido de las sensaciones que la partera está experimentando y que al hacer referencia a un mundo de representaciones por ella conocida la ayudan a ordenar y controlar su sufrimiento. Padecer que al dotarse de un sentido ofrece a la mujer la capacidad de visualizar y organizar los procesos por los

que su cuerpo está atravesando. Esa letanía o recitado mítico constituye un elemento terapéutico de primer orden porque se conecta significativamente con los constructos culturales que las mujeres Cuna manejan.

En el fondo la taxonomía muestran un tipo de enfoque o mirada claramente biomédica. Y ello aún aceptando algo que está todavía por demostrar: la diferencia terminológica entre el DE y el DM. Esta diferencia implica que si bien la óptica biomédica ha reducido, como venimos diciendo, los factores sociopsicológicos a instancias biológicas, los DE se presentan explícitamente como deudores de un enfoque biopsicosocial en los que, aparentemente, se busca una integración de todos los planos de realidad en los que existe un individuo. Sin embargo, cuando uno profundiza en la taxonomía y en la forma que se utiliza, el DE muestra no una paridad en todos los planos de realidad sino una subordinación que sigue la secuencia establecida en el término biopsicosocial

### **La problemática de la explicación científica de los fenómenos. Explicación y comprensión o la disolución del sujeto**

Una perspectiva epistemológica es una forma de comprender y explicar cómo conocemos lo que sabemos: ¿Qué tipo de conocimiento obtendremos en una investigación? ¿Qué características tendrá ese conocimiento? ¿Qué valor puede otorgarse a los resultados obtenidos?. Estas, entre otras cosas, son cuestiones epistemológicas. Cada postura epistemológica es un intento de explicar cómo obtenemos un determinado conocimiento de la realidad y de determinar el estatus que se debe asignar a las interpretaciones que realizamos y las comprensiones que alcanzamos

La historia de la idea de racionalidad científica implica cambios en cómo se han entendido los criterios que debe cumplir la explicación de un fenómeno para que sea considerada científica.

Para el positivismo lógico el modelo de explicación usado en los DE debe ser la explicación causal. La explicación causal entiende a todo fenómeno como "un estado sucesivo de cosas" cubierto (explicado) por una ley científica, esto es, todo suceso debe ser deducido lógicamente a partir de una conexión invariante entre sucesos empíricos (ley). Qué tipo de "explicación científica" son los DE?. O dicho de otro modo, ¿la conexión existe entre los factores relacionados y las características definitorias debería ser invariante. Se trataría de demostrar que los factores relacionados causan efectivamente las características definitorias. Ciertamente es que en un buen número de DE se desconocen las causas del problema, pero no es menos verdad que entonces no nos hallaríamos ante una explicación científica del fenómeno.

Aunque el meollo en esta cuestión es si puede considerarse la explicación causal positivista como la mejor forma de captar la naturaleza de los problemas que las enfermeras encuentran y resuelven. Las enfermeras que suscriben (con más o menos consciencia) la tradición positivista responderán afirmativamente. Muy al contrario lo harán aquellas que se sitúan en la tradición hermenéutico-fenomenológica. Veamos la argumentación de estas últimas.

Como ya defendían Simmel, Rickert, Weber y Dilthey partícipes de la Teoría Social alemana del siglo XIX, la base epistemológica de las ciencias humanas entre las que yo sitúo a la Enfermería, debe buscarse en la noción de "interpretación hermenéutica" y no en la de "explicación causal". En otras palabras, la tradición interpretativa alemana, en la que en parte se inspira la escuela del Caring, sostenía que existen notables diferencias entre las ciencias naturales y las ciencias humanas: diferencias metodológicas y epistemológicas derivadas de la gran disimilitud de sus objetos de conocimiento. Es una falacia pretender acceder a la realidad humana –del cuidado - con los métodos positivistas, ideales, no obstante, para objetos estables, regulares e independientes del sujeto. Los seres humanos difieren de los animales y de los objetos inanimados por su capacidad de encontrar y compartir significados. Toda acción social, está determinada en última instancia por los significados del actor, las acciones humanas solo pueden ser interpretadas (comprendidas) por referencia a los motivos de quien las ejecuta.

Esta es la diferencia que establece Wright (1988) entre “Explicación” y “Comprensión”. La primera, es el modo característico con que las ciencias positivas dan cuenta de la realidad; un acontecimiento para ser explicado científicamente debe ser definido como un estado sucesivo de cosas relacionándose ambas mediante una conexión causal. Por su parte, las ciencias sociales deben usar un modelo de explicación teleológico denominado “Comprensión”.

No obstante, según Wright<sup>17</sup>, este factor psicológico no es la única diferencia entre explicación y comprensión. La explicación se halla además relacionada con la intencionalidad de un modo que la explicación no lo está. Se comprenden los objetivos e intenciones de una enfermera, el significado de un símbolo o de los rituales del cuidado. El hombre no puede ser explicado causalmente, sólo puede ser comprendido teleológicamente, accediendo al sentido que otorga a sus propias acciones.

Una de las diferencias ontológicas más importantes entre procesos naturales y prácticas humanas se encuentran explicitadas en los trabajos que representan el giro lingüístico de la filosofía moderna (Taylor, 1985) magistralmente representados en el segundo Wittgenstein (1988). Esos trabajos han revelado que una de las distinciones esenciales entre procesos naturales y prácticas humanas descansa en el hecho de que los primeros son relativamente independientes del lenguaje usados para describirlos, a diferencia de las prácticas humanas que no lo son. En otras palabras los seres humanos difieren de los objetos inanimados en su capacidad de construir y compartir significados a través del lenguaje. Es decir, aunque los seres humanos intenten descripciones de procesos como el comportamiento de los gases o el movimiento orbital de los planetas, esas descripciones no tienen ningún efecto en aquellos fenómenos. El hecho de que al movimiento de los planetas se le asigne una causación gravitacional o se afirme que es debida al flogisto no tiene ninguna influencia en el movimiento de aquellos que se mantiene imperturbable.

Sin embargo, no ocurre así con las prácticas humanas. Es más, éstas se hallan parcialmente constituidas por el lenguaje usado para describirlas. Por ejemplo, la acción de levantar una mano no tiene un significado intrínseco o “causa” fuera de las convenciones lingüísticas que se usan para otorgarle una interpretación y significado.

Es decir “la causa” por la que las personas elevan sus manos depende del significado que las personas asignen a esa acción. En una situación en que dos individuos están realizando el mismo acto físico (levantar su mano por ejemplo) siempre es posible que cada uno de ellos otorgue un significado diferente (pretendan finalidades diferentes con su gesto) a aquello que por su forma física (o para un observador externo) parecen ser conductas iguales:

*“Una distinción analítica crucial para la investigación interpretativa es la distinción entre conducta, o sea, el acto físico y acción, que es la conducta física más las interpretaciones del actor y de aquellos con quien interactúa y que son la “causa” de esa acción” (Erickson, 1989, 214).*

Para subrayar esa dependencia, es necesario reparar en los contextos o perspectivas de significado de las personas que llevan a cabo esos gestos. Por ejemplo, las estudiantes en las aulas elevan sus manos para llamar la atención de las profesoras, los gimnastas levantan sus manos para solicitar permiso a los jueces para iniciar sus ejercicios, otras personas levantan sus manos simplemente para saludarse. Cabría cuestionarse cuál es la causa de esa conducta. Es cierto que puede explicarse por referencia a la transmisión de impulsos nerviosos desde el cerebro a los músculos de contracción voluntaria, sin embargo, esa explicación de eventos no dice nada acerca del sentido que tienen para los músculos su propio movimiento. La “causa” de esos movimientos reside en las intenciones de las personas que los realizaban y esas intenciones sólo pueden ser conocidas a través del lenguaje usado para describir esos actos y adjudicarles un significado. Conclusión que posee importantes consecuencias metodológicas para la investigación en torno al DE.

Así pues, la característica definitoria de la "acción humana" es su significado subjetivo y no tanto su consecuencia comportamental o conductual. Para Carr y Kemmis (1988) la noción de significado subjetivo está íntimamente vinculada a la distinción entre "acción humana" y "conducta humana". Lo propio del ser humano es la acción y no la conducta. Esta distinción se hace patente al comprender que el "comportamiento" de los objetos inanimados sólo se hace inteligible cuando se le adjudica una interpretación. Afirmar que la luna realiza órbitas elípticas alrededor de la tierra, refleja

el modo en que la física, por medio de relaciones causales, atribuye un sentido al comportamiento de la luna, sin que esa explicación afirme nada acerca de el sentido que tiene para la luna su propio comportamiento.

El comportamiento humano, sin embargo, está principalmente constituido por acciones, siendo característica definitoria de las mismas poseer un sentido para quienes las realizan y en convertirse en inteligibles sólo en la medida en que se conoce el sentido que le atribuye el actor individual. Es por ese motivo que las acciones sociales no pueden observarse del mismo modo que los procesos naturales. Aquéllas sólo pueden hacerse inteligibles por referencia a las intenciones de las personas que las ejecutan y al contexto en el que tienen lugar.

Esta afirmación se deriva de las afirmaciones que he realizado acerca de la causalidad en las acciones humanas. Si como parece razonable pensar, las personas actúan en el mundo a partir de los significados que adjudican a las acciones (interpretándolas) de otros, entonces el significado, en sí mismo, es causal para los seres humanos. Como ya se ha dicho, esto no sucede en la naturaleza, y por eso en las ciencias naturales el significado, desde el punto de vista del actor, no es algo que el científico deba descubrir. Un gas que se expande o una bola de billar que golpea a otras no encuentran ningún sentido a su conducta. Pero el actor humano en sociedad lo hace. Por lo tanto, la naturaleza de la causa en la sociedad humana se convierte en algo muy diferente de la naturaleza de la causa en el mundo físico y biológico.

## **LA COMPRENSIÓN TIENE UN LUGAR CONSTITUTIVO EN LO SOCIAL**

El 'comprender' como el 'interpretar' son fenómenos esencialmente existenciales, es decir, pertenecen al modo mismo de ser y entender del ser humano.

Ni la interpretación, ni la comprensión son patrimonio exclusivo de las humanidades (como venía siendo tradición aceptada), y que 'por el contrario, son francamente adoptadas, e intervienen', en la labor de las ciencias físico-naturales. Un correcto entendimiento de los resultados de un análisis estadístico, solo es posible con el concurso de interpretaciones cualitativas y que de manera mas general, ambos tipos

de conocimiento se complementan

Pero esto, con serlo, no es lo más grave. El principal problema, y que ahora a mí me preocupa, creo que se encuentra en la traducción 'psicologista' de la <<verstehen>>..

Creo que los procesos de interpretación/ comprensión son efectivamente -y en principio procesos 'psicológicos'; en este sentido todo científico como ser humano "interpreta su realidad" para 'comprenderla', con independencia de la textura de la realidad misma. Pero estoy convencido, además, de que la -vertehen introduce una cualidad constitutiva con respecto a las ciencias humanas o sociales, Dicho de otra manera: el 'lugar de la <<verstehen~' es un lugar constitutivo con respecto a mundo social o humano (en donde la comprensión está interesada, en su propia comprensión); correspondientemente la perspectiva científica dedicada a su comprensión, será una ciencia, epistemológica y 'paradigmáticamente' interpretativa (Erickson 1986). La comprensión es constitutiva porque, a diferencia de los objetos inertes (asignificativos) de la ciencia natural, el objeto de conocimiento de la enfermería es justamente un sujeto, es decir un constructor y negociador de significados.

La generación de descripciones de actos por actores en su vida cotidiana -afirma Giddens- no es algo incidental en la vida social..., sino que es algo absolutamente integral a su producción e inseparable de ella, puesto que la caracterización de lo que otros hacen, o más concretamente de sus intenciones y razones para lo que hacen, es lo que posibilita la intersubjetividad a través de la que la transferencia de intencionalidades comunicativas se realiza... Es en estos términos en los que la verfeher tiene que ser contemplada... como la condición ontológica de la sociedad humana, tal como es producida y reproducida por sus miembros". Condición que no es captada por los DE.

El 'mundo natural' no se constituye a sí y por sí mismo como significativo, mientras que el 'social' (o 'cultural') sí lo hace. Una cosa es formular y conocer leyes estadísticas "acerca de la ocurrencia probable de palabras en un idioma-, y otra comprender que estaba diciendo alguien que habla ese idioma" . En el primer caso, la .;verstehen' está

presente como una necesaria 'traducción' psicológica de los datos cuantitativos, pero lo que cuenta, en definitiva es la relación causal que pueda establecerse. Sin embargo, en el segundo, lo que se exige es una ~fer,oref~ci~ de las estructuras semantico-pragmaticas de los actos de habla, por las que podamos comprender lo enunciado. Ahora la verstehen~ es constitutiva porque las estructuras de significado no están solo en el que escucha, sino que corsf~fu~er los cimientos a través de los que el que habla ordena Inteligiblemente la realidad expresada.

Conceptos 'sociales' como <<guerra>>, <<clase social,, jerarquía, poder, y no digamos amor, libertad, etc., pertenecen 'esencialmente' a la conducta del ser humano, y a su vida social; pero, por el contrario, el concepto de gravedad>>, no pertenece al objeto que `~~e, sino al proceso de explicación del físico. A1 formar parte de la vida social, los conceptos sociales, al menos en principio, son componentes significativos tanto del objeto de investigación como del sujeto, y es Justamente por esta razón, por la que la -verstehen- como proceso de interpretacion-comprension, constituye antropológicamente tanto a uno como a otro. ~

En conclusión, el lugar de la <<verstehen>> como constitución ontológica de la realidad social, significa que no es ni una técnica de investigación (Giddens 1976, pag. 52), ni un simple procedimiento de recogida de datos (Erickson 1986, pag. 120), ni un mero proceso psicológico; sino, en expresión de Erickson (1986, pag. 120) un "núcleo y una intención sustantiva, por la que el investigador social se 'inspira' para su análisis y explicación, en la misma clase de recursos que el sujeto social [<<laymen>>], utiliza para dar sentido a su conducta" (Giddens 1976, pag. 52). La afirmación de este principio, conlleva la negación de un punto de vista positivista, y la aceptación de una perspectiva interpretativa en la investigación y explicación de los fenómenos y las construcciones sociales. ~

La problemática de la validez externa o de cómo se construye la objetividad sobre premisas indemostrables

La lógica de la investigación experimental de la que la NANDA toma ma importantes aspectos para desarrollar los procedimientos de validación de los DE sostiene que un

o de los aspectos más importantes que debe contemplar un estudio es su validez externa como garantía de la posibilidad de generalizar sus resultados: o en otras palabras el fenómeno que describe un DE previamente validado en USA (por ejemplo sufrimiento espiritual) podrá ser considerado como igualmente presente en la población de nuestro país. Para conseguir esa cualidad el investigador trabaja con un grupo de individuos seleccionados de tal manera que sean representativos de la clase a la que pertenecen. Por tanto el requisito principal de la generalización es que la muestra elegida sea representativa de la población. Pero, ¿cómo podemos conseguir esa representatividad? O, ¿cómo podemos estar seguros de que los sujetos elegidos representan efectivamente al conjunto al que pertenecen o población. El procedimiento más común para conseguirlo es la aleatorización o muestreo aleatorio al azar. El ejemplo paradigmático lo tenemos en los diseños experimentales en los que esa aleatorización se realiza a dos niveles: todos los sujetos de la muestra son seleccionados al azar y después asignados también al azar al grupo control y al experimental. Esta forma de selección de sujetos permite que se mantengan dos presupuestos que están en la base del requisito de representatividad, a saber:

Que los atributos son compartidos por todos los miembros de la población

Que las muestras se definen sin ambigüedad

Pero, y esto es lo que me interesa destacar ahora, el primer supuesto (Que los atributos son compartidos por todos los miembros de la población) se basa en un principio más abstracto: el de uniformidad de la naturaleza. Pero, ¿cómo demostrar que todos los atributos biológicos y psicosociales son uniformes si es imposible trabajar con todo el universo muestral? . Ciertamente la validez externa de los DE descansa en premisas que son indemostrables y por tanto imposibles de validar. ¿Qué sucedería si la naturaleza humana que no es otra que social no fuera uniforme? ¿De qué servirían los muestreos al azar?

Por otra parte y en el territorio de las ciencias naturales, dos de los principios en los que se funda la supuesta objetividad de las teorías físicas: el principio del determinismo físico y el de causalidad, son rechazados, hoy día por la Física misma, disciplina que ha sido modelo para el resto de Ciencias que aspiraban a su rigor y objetividad

d. Ese rechazo se hizo evidente cuando en 1927, Heisenberg demostró que toda descripción de la naturaleza contiene una incertidumbre esencial e inamovible. El principio de incertidumbre, extraído de la física de partículas, explicaba que el comportamiento de una partícula, lejos de ser estable y regular, se mostraba anárquico y aleatorio. Desde Heisenberg, la física contemporánea introduce en su terminología vocablos como ambigüedad e indeterminación, aceptando no sólo su científicidad sino formando parte de las Teorías más avanzadas de la Física contemporánea.

Creo que existe todavía una creencia (idea poco reflexionada y que sin embargo dirige la práctica) sólidamente instalada en el imaginario colectivo de la enfermería: considerar el uso de los métodos cuantitativos como sinónimos de rigor. Debido a que muchos de estos métodos de validación se basan en reglas algorítmicas, una prueba relativamente simple (y simplista) del rigor, consiste en verificar si el investigador siguió las reglas para la aplicación del método de validación o de diagnóstico. Sin embargo, se obvia que todo método descansa en una serie de premisas y, si como hemos visto, esas premisas son indemostrables (invalidas) no habrá operación o cantidad matemática ni tratamiento estadístico que produzca información válida. Decía Kurt Lewin que es mucho mejor una respuesta aproximada a la pregunta correcta, que a menudo es vaga, que una respuesta exacta a la pregunta equivocada que suele ser precisa.

En resumen, creo que en los trabajos de las distintas taxonomías se desliza todavía el mito de la certidumbre generalizada o generalizable, una suerte de autoengaño que pretende una razón abstracta y omnipotente. Ignoran estos trabajos que durante el siglo XX a la crisis generada por la toma de conciencia de la imposibilidad de la verificación empírica de las teorías (Popper) conocida como el problema de Hume y de la imposibilidad de la verificación lógica demostrada en el teorema de Gödel<sup>1</sup>, se suma la crisis de la noción misma de realidad a través de la “desustanciación” de la partícula elemental: crisis ontológica. Éstas son tres expresiones de una misma crisis:

---

<sup>1</sup> Kurt Gödel en 1931 mostró la incapacidad de las teorías científicas para autosotenerse. Es decir, en todo sistema aritmético simple hay una proposición que no es demostrable ni refutable en el mismo sistema.

la del fundamento del pensamiento. No hay certidumbre ni verdad fundadora. No hay causa última, no hay último análisis, no hay verdad absoluta ni explicación primera.

La física clásica ha sido conducida al indeterminismo muy a su pesar. En la física precuanántica o clásica reinaba un determinismo vago que podría ser considerado como un residuo de la noción aristotélica de ciencia como conocimiento de lo necesario y no de lo contingente. Este determinismo se acentuó en el mecanicismo de la mecánica newtoniana. Pero la mecánica estadística clásica pone en cuestión este determinismo cuando postula un indeterminismo epistemológico ligado a la ignorancia del detalle microscópico del fenómeno que permite, sin embargo un cálculo del mismo a nivel meso.

### **El problema de la validez interna del DE o de cómo se valora lo que es diverso como si fuera homogéneo**

Relacionada con toda la argumentación anterior está el tema de la medición y la objetivación de los indicadores empíricos en las que se basa la posibilidad de establecer una inferencia diagnóstica o, en otras palabras, la cuestión de la operativización de las variables. Se entiende que en el proceso de validación diagnóstica, después del análisis conceptual deben derivarse del constructo algunos indicadores empíricos susceptibles de ser medidos. La operativización es necesaria porque las variables que el investigador desea estudiar no son directamente observables, no empíricamente evidentes. Con el objeto de obtener datos cuantitativos exigidos por el enfoque positivista, el investigador se ve obligado a deducir un indicador empírico cuantificable que sirva como sustituto de aquello que quiere medir pero no puede. Pero, aquí se desliza otra contradicción, lo que en realidad hace el investigador es distorsionar lo que en realidad desea estudiar y transformarlo en algo "diferente" porque eso "diferente" puede ahora ser medido y cuantificado. La variable y el problema mismo se *redefine* para que encaje en el método y no al revés. Me da la sensación que lo que lleva a ciertos trabajos a igualar investigación sobre el cuidado, que recordemoslo una vez más, es un fenómeno social, con el intento de establecer relaciones cuantitativas entre variables es un impulso o residuo de un positivismo decimonónico. La herencia positivista se muestra

claramente en el intento de “cuantificar” realidades “subjetivas” y tratarlas como variables. Para los investigadores sociales de inspiración positivista (aunque en ocasiones da la sensación de que no son conscientes de ello) conceptos como “sufimiento espiritual”, “alienación” “calidad de vida” o “enfrentamiento defensivo” debidamente operativizados pueden ser tratados en la misma forma en que un físico trata la temperatura o la presión. Tal y como ha hecho el modelo biomédico, la materia subjetiva es transformada en datos crudos y de nuevo, lo que es producto producto de operaciones matemáticas se eleva ahora a la dignidad ontológica de existencia.

### **La imposibilidad de un proceder meramente analítico**

Aunque la aparición del pensamiento sistémico y de las teorías de la complejidad constituyeron una profunda revolución en el pensamiento y el trabajo científico en occidente, esas influencias todavía son poco visibles en la enfermería debido a la esclerotización en el imaginario del colectivo enfermero del modelo médico hegemónico. Descartes creía que el comportamiento de un sistema podía ser comprendido por referencia exclusiva a las propiedades de sus partes. Éste era el célebre método analítico que el positivismo adoptó y que se expandió y dominó el pensamiento científico occidental hasta la mitad del siglo pasado. El gran shock para la ciencia del siglo XX fue la constatación de que los sistemas complejos (el ser humano entre ellos) no pueden ser comprendidos por medio del análisis postulado por el mecanicismo cartesiano. Las propiedades de las partes no son intrínsecas sino que sólo pueden ser comprendidas en el contexto de un todo relacional mayor, por tanto el pensamiento de la complejidad no se centra en los componentes u objetos sino en las relaciones.

Existe además otro rasgo en todo sistema que imposibilitaría también su estudio desde el análisis: las propiedades emergentes. Es decir, a un nivel de complejidad determinado aparecen propiedades en el sistema que no se dan en niveles inferiores. Esas propiedades emergentes aparecen a partir de la interacción de los distintos elementos del sistema y, esto es importante, no pueden explicarse apelando a las propiedades específicas de cada uno de los elementos. Por ejemplo, el sabor “dulce”

del azúcar no puede explicarse apelando a las propiedades de los átomos de carbón, hidrógeno y oxígeno que la constituyen: el dulce emerge de la interacción de todos ellos. Tampoco el “clima” en una institución determinada puede entenderse apelando únicamente a los rasgos de personalidad o a la biografía de cada una de las personas que la componen: es la interacción entre ellas la que lo construye sin un patrón previo. Es decir, un sistema no es un mero agregado de elementos yuxtapuestos sino que está caracterizado por la organización de esos elementos con su dinámica y significado. Del mismo modo que la “belleza” de una sinfonía de Beethoven no consiste en un conjunto de notas, ni la “arquitectura” de Gaudí se reduce a la mera suma de más o menos materiales de construcción. Igualmente, cada constituyente de una estructura se altera al entrar en una conexión sistémica: cada “parte”, al formar una nueva realidad, toma en sí misma algo de la sustancia de las otras, cede algo de sí misma y, en definitiva, queda modificada. Esto es lo que le sucede a cada ser humano al entrar a formar parte de un grupo social, una escuela de enfermería o un centro sanitario. Todas estas propiedades emergentes son destruidas o ignoradas cuando el sistema es diseccionado analíticamente, ya sea física o teóricamente, en elementos aislados.

La constatación de que el ser humano es una totalidad integrada que no puede ser comprendida desde el análisis fue aún más dramática en la física que en la biología o la psicología. Desde que el paradigma newtoniano se convirtió en hegemónico los físicos (cuyo método fue transplantado de manera descontextualizada y acrítica en las ciencias humanas, entre ellas la Enfermería) pensaban que todos los fenómenos físicos podían ser reducidos a las propiedades de partículas sólidas, materiales y elementales. Sin embargo, en la primera mitad del siglo XX la mecánica cuántica inaugurada con el principio de indeterminación de Werner Heisenberg les obligó a aceptar que las partículas elementales de la materia se disuelven a nivel subatómico en pautas de probabilidad. Es importante notar que estos patrones no representan probabilidades de objetos sino de relaciones.

Así es como la física cuántica puso en evidencia que es imposible descomponer el mundo real (físico) en partículas elementales. Si pasamos la mirada de objetos macroscópicos a átomos y partículas subatómicas la naturaleza no nos muestra

componentes aislados sino que más bien aparece como una densa trama de relaciones entre las diversas partes de un todo unificado. Heisemberg el padre de la mecánica cuántica decía que el mundo subatómico aparece como una complicada trama de acontecimientos en el que múltiples conexiones e interrelaciones se superponen determinando la naturaleza del conjunto. Ciertamente es que la materia, ustedes y yo, está compuesta, en última instancia, de partículas subatómicas pero estas no pueden ser entendidas como entidades aisladas sino que son definidas en la actualidad a través de sus interacciones. En última instancia, tal y como la física cuántica demostró, no existen partes en absoluto. Lo que llamamos parte, es un patrón en una inseparable red de relaciones.

¿Que implicaciones tienen estas constataciones del actual pensamiento científico para la enfermería y para la cuestión de los DE?

En primer lugar, sugieren que el enfoque analítico propio de los DE no es congruente con las tendencias más actuales del pensamiento científico. La idea de formalizar el conocimiento enfermero y codificar la actuación propia e independiente de la enfermera es excelente y toda una necesidad para el colectivo, pero el camino quizás no sea el adecuado: desde la vanguardia científica, en todos los campos, se nos está sugiriendo un cambio de mirada, un tránsito perceptual y gnoseológico de *objetos a relaciones*. Vemos que significaría este tránsito con un ejemplo.

El mecanicismo analítico cartesiano afirmaba que la realidad es una colección de objetos. Estos objetos, desde luego, interaccionan entre sí y mantienen relaciones, pero éstas son secundarias en las estructuras teóricas que tratan de explicarlos, tal y como queda reflejado en el siguiente esquema. Desde el enfoque sistémico de la complejidad se postula que esos objetos son, en realidad, redes de relaciones articuladas en redes mayores. Aquí las relaciones son prioritarias y las fronteras entre objetos secundarias tal y como se ve en la figura siguiente.

Aunque es un lugar común en la enfermería afirmar que el ser humano es una entidad biopsicosocial en la que no existe solución de continuidad entre esas tres dimensiones y que los problemas que resuelve la enfermera son también

multidimensionales, no estoy del todo seguro que los DE muestren esas relaciones. El discurso enfermero postula que estas tres dimensiones mantienen relaciones dialécticas son mutuamente constitutivas las unas para las otras. Tal y como Kant sostenía en su crítica de la razón pura, en una maquina las partes existen las unas para las otras en el sentido de apoyarse entre ellas en el contexto de un todo funcional, por el contrario en todo organismo vivo (desde una célula hasta un grupo humano) las partes existen además por medio de las otras, en el sentido de producirse unas a otras en una intrincada red de relaciones. A mi juicio los DE no consideran suficientemente esas relaciones. Veamos un ejemplo, siguiendo con nuestros esquemas anteriores. Si imaginamos esta red que aparece en el grafico como mucho más intrincada y densa quizás parecida a las manchas del test de Rorschach podremos comprender que aislar un patrón dentro de esa complejidad, dibujando unos límites a su alrededor y denominándolo objeto (o DE si lo prefieren) es algo un tanto arbitrario. Esto es lo que suele suceder cuando nos referimos a objetos de nuestro entorno. Por ejemplo, cuando observamos una red de relaciones entre ramas, hojas y tronco solemos denominarla “arbol”. Al pensar teóricamente y representar visualmente ese objeto, la mayoría de nosotros olvidaría las raíces que son más extensas y que le dan vida. Además en un bosque las raíces están entremezcladas en una densa red en las que no existen fronteras precisas entre arboles.

Un saber médico cercano a la enfermería que ya está planteándose ese tránsito de objetos a relaciones, de enfoques analíticos a miradas holísticas es la cardiología. En efecto, tal y como afirma el Grupo de Estudio e Investigación en Cardiología Transdisciplinaria:

*La cardiología contemporánea ha experimentado un desarrollo vertiginoso y una hiperespecialización progresiva que a menudo fragmenta peligrosamente el saber acerca de su objeto de estudio. Las enfermedades cardiovasculares constituyen un ejemplo paradigmático en el que pueden reconocerse la confluencia: compleja, múltiple, interactiva de numerosas causas y factores moduladores de su génesis y evolución. No lograremos resolver esta situación sin antes haber comprendido la necesidad de establecer articulaciones con otras disciplinas indispensables para dar cuenta de la heterogeneidad del fenómeno que nos corresponde abordar. Las dimensiones sociales, psicológicas, económicas, antropológicas, biológicas,*

*moleculares, genéticas no son compartimientos estancos sino los múltiples rostros de una misma enfermedad. La formación académica actual tendiente a la descontextualización de la patología cardiovascular como fenómeno puramente biológico se convierte en obstáculo para el entendimiento profundo e indispensable que el momento reclama. (...) Es por todos conocido el papel central que la biología molecular, la genética, la bioquímica y otras disciplinas aparentemente alejadas de sus intereses primordiales, como las matemáticas, la física moderna, la psicología y la antropología, entre muchas otras, ejercen sobre el saber cardiológico vigente. (...) ¿Cómo abordar las modernas teorías sobre la aterogénesis sin el aporte de la biología molecular? ¿Cómo integrar los últimos desarrollos sobre miocardiopatías o hipertensión arterial sin el conocimiento proveniente de la genética, de la dinámica de los ecosistemas o de las múltiples influencias analizadas por la antropología social? ¿Cómo dar cuenta de la impredecibilidad y de la incertidumbre relativas al accidente de placa sin los modelos teóricos de la teoría del caos o de las catástrofes? ¿Cómo comprender la intrincada estructura rizomática de la distribución coronaria intramiocárdica sin los aportes de la geometría de los fractales de Mandelbrot? ¿Cómo entender las diferencias epidemiológicas, de género, étnicas, raciales, sin apelar a los estudios de la antropología cultural? . Bochatay L. et al. Cardiología transdisciplinaria. Revista Argentina de Cardiología 2001(30):660-663.*

La necesidad de esta aproximación compleja y multidisciplinar a la realidad del cuidado ya está teniendo respuesta en algunas universidades norteamericanas y europeas en las que estamos tratando de comprender qué es el cuidado desde las teorías de la complejidad. Empiezan ya a ser conocidos los pioneros trabajos de Patti Hamilton (Directora del centro de ciencias no lineales en la Universidad de Tejas) acerca de la enfermería como ciencia no lineal y los prometedores desarrollos que usando el pensamiento complejo se están realizando en las universidades de Connecticut y Rhode Island. En nuestro país contamos ya también con la primera publicación sobre Enfermería y Complejidad que he compilado junto a algunas colegas de la Universidad de Barcelona.

Como se viene argumentado cuando un fenómeno es una composición o un agregado de partes podría ser adecuadamente estudiado desde enfoques analíticos utilizando

los enfoques matemático-probabilísticos como los recomendados por la NANDA para establecer los procesos de validación diagnóstica. Sin embargo, cuando esos fenómenos no son una mera yuxtaposición de elementos sino que sus partes tienen fuertes interacciones entre ellas formando una totalidad organizada, como es el caso de los problemas que resuelven las enfermeras, entonces su estudio y comprensión requiere un enfoque holístico y sistémico que capte la dinámica interna que caracteriza a ese fenómeno.

Si en las ciencias físicas y biológicas encontramos entidades que requieren ser abordadas desde un enfoque sistémico porque no se presentan como meros agregados de elementos como por ejemplo el sistema solar o los procesos de difusión de los gases, si en las ciencias biológicas encontramos fenómenos de mayor complejidad como son la morfogénesis, la autoorganización o la negentropía que son irreductibles a relaciones matemáticas y cuya esencia es la relación que se establece entre distintos elementos, con mayor razón, encontraremos en la enfermería fenómenos interactivos a los que hay que añadir grados de libertad (de ambigüedad) derivados de la intencionalidad, la elección y autodeterminación, los procesos creadores, los de autorrealización y toda la amplísima gama de las actitudes y sentimientos humanos. Por ejemplo, el cuidado es una actividad cambiante, inestable, fluida, que permite múltiples interpretaciones. Es una actividad social, y como tal posee altos grados de ambigüedad e incertidumbre que la convierten en una función particularmente compleja. Los fenómenos descritos más arriba son tal complejidad que toda aproximación matemática y analítica, todo intento de formalización, supone una hipersimplificación representacional que dificulta sobremanera la comprensión de tales entidades. Como hemos visto, lo más típico y peculiar de estos procesos es la interacción en su sentido auténtico, es decir, que la actividad de una parte es a la vez "causa-y-efecto" de los otros elementos.

En una totalidad organizada (como puede ser una célula o un hospital, o una escuela de enfermería) lo que ocurre en ella no se deduce de los elementos individuales, sino, al revés, lo que ocurre en una parte de este todo lo determinan las relaciones internas de la estructura de ese mismo todo; es decir, el todo no se explica por las partes, sino que son las partes las que, por su inserción en el todo, reciben significado y

explicación. En efecto, una parte tiene significación distinta cuando está aislada o cuando está integrada a otra totalidad, ya que su posición o su función le confieren propiedades diferentes. Aún más, un cambio que afecte a una de las partes modifica las propiedades de la estructura (como una cirugía estética en la nariz cambia el rostro), pero éstas pueden permanecer idénticas cuando cambian todas las partes si conservan entre ellas la misma relación como sucede cuando ampliamos una fotografía.

Como puede parecer ya evidente, el “significado” como núcleo de la realidad fenoménica humana no es captado por las potentes técnicas estadísticas que se vienen utilizando para validar los DE. El propio Einstein afirmaba que en tanto que las leyes matemáticas se refieren a la realidad, son inciertas, y en tanto que son seguras no hacen ninguna referencia a la realidad. Es por este motivo por el que las limitaciones actuales de la estadística multivariada no son una dificultad pasajera, superable con una mayor sofisticación técnica; constituyen una imposibilidad esencial, una imposibilidad conceptual y lógica, que no podrá nunca superarse con más de lo mismo, sino con algo cualitativamente diferente.

### **A modo de epílogo.**

Para terminar y a modo de epílogo me gustaría dejarles el mensaje que nos ha ofrecido uno de los maestros (en el más noble sentido del término) de la epistemología contemporánea. Nos dice Edgar Morin:

“No hay ningún lugar privilegiado desde donde se pueda prejuzgar a priori la exactitud de un pensamiento. No hay ningún tribunal supremo para juzgar la clarividencia o la inteligencia. Si un espíritu se muestra racional y riguroso en el campo cerrado de su disciplina, no se le puede atribuir esta cualidad ni en el plano de las ideas generales, ni en el terreno de la vida intelectual, social y política. A él le corresponde manifestar en estos dominios la atención a los datos, la crítica de las fuentes, la pertinencia del diagnóstico, la adecuación de la teorización, la prudencia allí donde hace falta información, la audacia allí donde hay que ir contra la corriente. A cada

uno le corresponde intentar evitar la ilusión y la arrogancia, discernir lo que le engaña y quiénes le engañan, vivir plenamente lo que significa la palabra investigación en el juego incierto de la verdad y del error.

En efecto, si hacemos caso a las palabras de este maestro del pesar los pensamientos nos damos cuenta que el conocimiento humano y el análisis de la realidad deben contraponer formas alternativas al pensamiento instrumental hegemónico. Esto significa abandonar las ya yermas superficialidades de muchas de nuestras investigaciones abriendo el abanico de influencias teóricas y conceptuales; además es imperativo ya hoy analizar las implicaciones sociales de nuestras conceptualizaciones investigaciones y propuestas, esto es, de alguna manera, asumir el carácter ineludiblemente político y moral de nuestras indagaciones, posiciones y acciones. Se trata de autocriticar tanto los intereses que dominan nuestras formas de pensar y conocer, como autocriticar las repercusiones sociales e institucionales de aquéllas. Muchas gracias por su atención.



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

## **LA INTEGRACIÓN DEL MODELO AREA Y LAS TAXONOMÍAS EN LA FORMACIÓN PREGRADO.**

**Prof.<sup>a</sup> Carmen Espinosa**  
Universitat d'Andorra



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**  
**Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**



## V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

### INTRODUCCIÓN

La Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Andorra fue creada en el año 1988.

Las dimensiones de esta Escuela son muy reducidas, y por eso es un centro ideal para realizar ensayos y pruebas piloto relacionadas con el proceso de Enseñanza/aprendizaje de la enfermería.

Uno de los principales ejes de este proceso en nuestro currículum ha sido, desde el inicio, el Proceso de Atención de Enfermería y debo añadir que, desde el año 1989 yo he sido una de las principales responsable de este contenido.

Muchos de los presentes en la sala hemos tenido alguna experiencia en el ámbito de la enseñanza del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y sin duda que en no pocos momentos hemos experimentado la sensación de estar enseñando algo poco útil, una herramienta que, en realidad no era tal, ya que, por definición, herramienta es algo que facilita el trabajo de quien la utiliza y el PAE lo que hacía era complicar el proceso de cuidados.

A lo largo de estos años, la enseñanza del PAE ha sufrido diferentes etapas, entre las cuales, debemos admitir, aquella en la que fue cuestionado, incluso, la utilización de los Diagnósticos enfermeros.

En esta intervención voy a hacer un breve repaso por la historia del PAE en nuestra escuela, para a continuación explicar la forma en la que actualmente se enseña y utiliza.

Como avance, permítanme decir que, en la actualidad nadie en nuestra escuela (alumnos o profesores) cuestiona la utilidad del PAE, es más, los alumnos son capaces de aplicar la metodología a otros aspectos de su formación.

### EVOLUCIÓN HISTÓRICA: EL PAE EN EL CURRÍCULUM DE FORMACIÓN

Cuando hablamos de la evolución histórica de la enseñanza del PAE en la Escuela Universitaria de Enfermería de Andorra, en realidad hablamos de una evolución de poco más de 15 años.

Al inicio, durante prácticamente los 10 primeros años, la estructura del PAE al igual que la estructura general del currículum de formación, no experimentó grandes cambios, tan solo actualización de contenidos y cambios menores.

El currículum de formación<sup>1</sup> giraba y se desarrollaba al entorno del Modelo Conceptual de Virginia Henderson, y el PAE ocupaba un lugar destacado en los objetivos de formación, tal como se expresa a continuación.

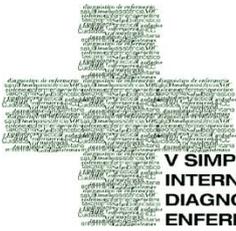
### OBJETIVOS GENERALES DE FORMACIÓN

1. *Integrar el Proceso de Atención de Enfermería como instrumento de trabajo con la finalidad de proporcionar una atención individualizada basada en el Modelo Conceptual de Virginia Henderson.*



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**

**Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

2. Integrar los conocimientos de las diferentes disciplinas para conseguir un mejor conocimiento de la persona desde una perspectiva bio-psico-social y espiritual.
3. Analizar el proceso "Salud-enfermedad" como proceso dinámico que permite la autorrealización y el desarrollo de las capacidades y los recursos de la persona.
4. Administrar los cuidados relativos a la función propia de enfermería y todos aquellos inherentes a la función de colaboración.
5. Cumplir la función docente en el ejercicio de la profesión en sus dos vertientes: Educación para la salud y formación de nuevos profesionales.
6. Tener en cuenta la investigación para aumentar los conocimientos propios y la calidad de las atenciones de enfermería.
7. Aplicar los principios de la comunicación como base de las relaciones humanas en el ejercicio de la profesión
8. Asumir la función propia dentro del equipo multidisciplinario i/o interdisciplinario.
9. Asumir sus responsabilidades ante la promoción, la asistencia, la readaptación, la rehabilitación y el acompañamiento en el proceso de morir.
10. Apreciar la necesidad de la constante actualización profesional.

En la aplicación práctica del programa de formación, los objetivos generales de aprendizaje se repartían como se especifica a continuación a lo largo de los tres años de formación:

- Primer curso: El estudiante aprende a conocer el individuo a lo largo de su ciclo vital, así como el entorno con el que se relaciona.  
Las diferentes asignaturas de este primer curso proporcionan los elementos necesarios para que el estudiante observe y comprenda el ser humano en todos los componentes biológicos, sociológicos y sociales
- Segundo curso: A partir de los conocimientos adquiridos durante el primer curso, el estudiante aprende a conocer las alteraciones patológicas del adulto, a identificar sus necesidades no satisfechas y a dar respuesta a través de la aplicación del PAE.
- Tercer curso: El estudiante continúa conociendo las patologías más específicas del adulto. Aprende a conocer la madre y el niño y la persona anciana.  
Identifica las necesidades no satisfechas, aprendiendo a dar respuesta y a integrar el PAE como metodología de trabajo como parte del desarrollo de la función que le es propia.  
Toma conciencia de su responsabilidad como profesional de enfermería en la utilización de la educación sanitaria a la población y de los hábitos de salud.

## **VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL MODELO TRADICIONAL DE PAE**

### Inconvenientes

Si nos centramos en el proceso de enseñanza/aprendizaje, durante esta época siempre fue utilizada la estructura tradicional en columnas, que reproducía las cinco etapas del PAE.

El alumno debía recoger la información sobre el usuario utilizando el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, y detectar cuales eran las necesidades fundamentales que estaban alteradas.

En la segunda etapa, el diagnóstico, el alumno tenía tendencia a elaborar un diagnóstico para cada una de las necesidades que estaban alteradas, con lo cual, el número de ellos que aparecía, oscilaba entre uno y catorce o más, en función de si la alteración de la necesidad sugería un único diagnóstico o más de uno. Además, no habíamos desarrollado un proceso



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**

**Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

lógico y sistemático que ayudara al alumno a establecer la prioridad entre los diferentes diagnósticos propuestos.

A nivel de la enseñanza del diagnóstico enfermero, los profesores teníamos serias dificultades para hacer comprender al alumno el proceso diagnóstico, como un proceso individual y propio que tenía lugar dentro del PAE.

En la tercera etapa, la elaboración de objetivos por parte de los alumnos había sido siempre un punto de discusión importante. Normalmente, su formulación se limitaba a enunciar la ausencia de problema. La manera como el objetivo estaba formulado, la utilización de verbos que fueran mensurables, que el objetivo fuera realista, etc.... provocaba un nivel de dificultad excesivo para el alumno y además dificultaba enormemente la revisión del PAE por parte de la profesora.

La cuarta etapa, que a priori debe ser la más sencilla, ya que se trata de definir cuáles son las actividades..., acciones..., intervenciones... (problema de nomenclatura) que se debían llevar a cabo para conseguir los resultados, presentaba el problema de la falta de estandarización. ¿Qué es lo que el alumno quiere decir cuando indica que ante tal o cual problema, lo más adecuado es la Educación sanitaria? ¿O la relación de ayuda? ¿O el soporte psicológico?

El problema aquí era sobretodo por comparación, al revisar los trabajos de diferentes alumnos, las acciones de enfermería planificadas pocas veces coincidían, pero esto era más una cuestión de falta de estandarización que una divergencia real en cuanto a qué se debe hacer en las diferentes situaciones planteadas.

La quinta etapa es la evaluación. Cuando el alumno ha tenido problemas para determinar los objetivos, y las acciones o intervenciones no están estandarizadas, de qué manera se puede evaluar la corrección del proceso y sobretodo, ¿cómo valorar la consecución de los objetivos, o como saber que parte del proceso es adecuada o no?

### Ventajas

A pesar de todo lo expuesto con anterioridad, la utilización del PAE en su forma tradicional, lineal de cinco etapas, presentaba algunos aspectos positivos importantes, por lo cual su utilización se mantiene durante todos estos años.

Entre las ventajas que presenta el PAE en su forma tradicional, una nada despreciable es que la mayoría de las enfermeras conocen el proceso. Dejando a un lado la actitud (favorable o no) a su aplicación, las cinco fases en las que se estructura este proceso son conocidas prácticamente por la totalidad de las enfermeras de nuestro entorno.

El PAE proporciona una estructura organizada y sistemática que ayuda al estudiante a organizar el proceso de pensamiento, la estructura ordenada y lineal facilita el aprendizaje, ordena de manera secuencial, en un proceso lógico, cada una de las etapas y esto proporciona una guía segura para el estudiante que se enfrenta a la resolución de una situación o problema de salud.

A pesar de que el PAE en su forma tradicional ha pasado por diferentes etapas desde su formulación hasta nuestros días, su estructura enfoca fundamentalmente en la identificación del problema (diagnóstico de enfermería), a partir del cual se organiza el resto del Proceso. La identificación del problema sugiere los objetivos así como las actividades que debe realizar el alumno para ayudar a la persona a alcanzar estos objetivos.



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**

**Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

El PAE ha sido y sigue siendo, una buena manera de enfocar el proceso de enseñanza/aprendizaje de la enfermería.

### **LAS TRANSFORMACIONES**

En el año 2000, se producen una serie de circunstancias en nuestra escuela, que desembocarán en un cambio profundo, no solo en la estructura del currículum de formación, también en la metodología de enseñanza/aprendizaje y en los contenidos.

En este año se plantea una revisión profunda del currículum. Los profesores teníamos la impresión de que había alguna cosa que fallaba. En el año 1999 se había realizado una evaluación de la Escuela a partir de un instrumento propuesto por la Organización Mundial de la Salud<sup>ii</sup>. La evaluación revelaba que, si bien el contenido del currículum era bastante adecuado, la metodología de enseñanza/aprendizaje, no lo era.

Se puso de manifiesto una metodología demasiado tradicional, muy centrada en la actuación del profesor, con un elevado tiempo del alumno en el aula, y poco trabajo individual en comparación.

Los sistemas de evaluación eran también muy tradicionales (de acuerdo al sistema de enseñanza/aprendizaje utilizado), llamaba la atención el elevado número de horas que el alumno utilizaba en superar exámenes con un alto contenido memorístico, pero que, proporcionalmente, enfocaba mucho menos en la adquisición de capacidades de pensamiento crítico y razonamiento clínico.

En este momento se empieza a considerar también los cambios que será necesario realizar a nivel de la formación superior, teniendo en cuenta las transformaciones que sufrirán los sistemas de formación superior Europeos a partir de las reuniones de los Ministerios encargados de la formación superior y también de los representantes de las Universidades y Instituciones de formación Superior Europea en lo que se conoce por "Proceso de Armonización de la Formación Superior" o "Proceso de Bolonia"<sup>iii</sup>

El último elemento a considerar en el inicio de la transformación del Currículum es el contacto que, en este año se establece, por primera vez con el Centro de Clasificación y Efectividad en Enfermería de la Universidad de Iowa. Este contacto nos dio a conocer de forma directa las clasificaciones del lenguaje enfermero NOC y NIC, y también el Modelo OPT.

Con estos elementos se inicia el diseño del nuevo currículum, las etapas que se siguieron en este diseño, se mencionan brevemente a continuación<sup>iv</sup>.

#### **Etapas del diseño curricular**

**Análisis DAFO:** Que nos permitió tener una visión realista de cuales eran las posibilidades de éxito de nuestro proyecto y con que dificultades podíamos prever que nos encontraríamos.

**Auditorias:** Se recogió información de los estudiantes, de exalumnos, de profesores, de los diferentes colegios profesionales, de las instituciones de salud y también de los usuarios del sistema de salud.

**Revisión de documentos:** Se realizó una exhaustiva revisión de documentos tanto en referencia al proceso de Bolonia, como al contenido que era recomendable incluir en el nuevo currículum

**Diseño de la estructura y contenidos:** En la última etapa, se procedió al diseño estructural y de contenidos del currículum.



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**

**Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

En el año 2003 queda finalizado el primer diseño del nuevo currículum, que incorpora los diferentes elementos antes mencionados. De este nuevo currículum, me detendré ahora en explicar que papel juega la metodología OPT.

### LA METODOLOGÍA OPT EN EL CURRÍCULUM

NANDA, NOC y NIC son los lenguajes que se han escogido en nuestra escuela para proporcionar la base del proceso de enseñanza / aprendizaje de la enfermería. Es decir, son los lenguajes que utilizan las profesoras de enfermería para explicar a los estudiantes qué es esta profesión a la cual han decidido dedicarse.

Una vez que se tomó la decisión de incorporar los lenguajes estandarizados NANDA, NOC y NIC en el currículum, la siguiente decisión más importante que tuvimos que tomar fue, de qué manera podíamos enseñar a los alumnos a usar estos lenguajes.

El modelo OPT presenta algunas ventajas sobre el modelo tradicional de PAE.

El modelo OPT facilita el proceso de razonamiento. Constituye una tercera generación en el PAE que proporciona la estructura y el proceso necesarios para solventar las necesidades de la práctica enfermera actual. Este es uno de los principales motivos por los que se ha escogido la metodología OPT para relacionar los tres lenguajes en el proceso de razonamiento diagnóstico y resolución de problemas.

Su aplicación semeja mucho más fielmente el proceso real de resolución de problemas tal y como se desarrolla en la práctica al no ser un proceso lineal, sino que presenta una estructura mucho más circular y fluida que incluye los diferentes procesos necesarios para identificar un diagnóstico, prever unos resultados esperados coherentes, o tomar una decisión sobre qué intervenciones serán las más apropiadas en este caso, teniendo en cuenta el encuadre de la situación.

En la aplicación de esta metodología, el centro fundamental se sitúa en la historia que el cliente explica, y es esta historia la que guía todo el proceso posterior.

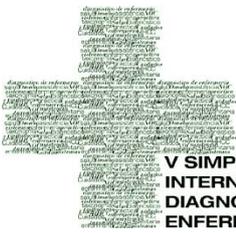
La determinación de cual es el escenario actual en el que nos encontramos, incluyendo la descripción del entorno de cuidados y también de las circunstancias que rodean al cliente, así como la descripción del resultado esperado, y la comparación entre ambos es lo que determina la actuación del estudiante.

En ese momento, el estudiante se encuentra en disposición de ver de qué manera podrá objetivar la consecución del resultado esperado i solamente después determinará cuales son las intervenciones que puede realizar y que contribuirán de la manera más eficaz a que el cliente pase del estado inicial al estado final planteado.



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**

**Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

## **CAPACIDADES A DESARROLLAR EN EL ALUMNO PARA LA UTILIZACIÓN DEL MÉTODO OPT**

La utilización de la metodología OPT, requiere por parte del alumno el desarrollo de ciertas capacidades actitudinales además del conocimiento i el razonamiento clínico.

### **CAPACIDADES ACTITUDINALES:**

1. **Intención:** El alumno debe plantearse cual es el resultado que espera de sus actuaciones y ver que hará para conseguir este resultado, esto significa que el alumno ha de construir mentalmente un plan para luego poderlo desarrollar.
2. **Reflexión:** Es la habilidad de verse a uno mismo pensando y haciendo; Esta capacidad permite valorar las decisiones que se toman sobre lo que es necesario hacer, y como esto influirá en el resultado final del plan.
3. **Curiosidad:** Se refiere a la capacidad del alumno para ir más allá, buscar otra información, averiguar como y porqué las personas actúan, sienten o piensan de determinada manera, y como esto influenciará en la elaboración del plan de cuidados. Cuanto mayor es la curiosidad del alumno, mayor es su tolerancia a la incertidumbre, y esta es una capacidad imprescindible para trabajar con la metodología OPT.
4. **Tolerancia a la ambigüedad:** Se entiende como la capacidad del alumno para sentirse a gusto en una situación poco clara. Esta es una situación muy frecuente en la práctica, donde la enfermera no sabe casi nunca que es lo que el cliente le explicará. Muchas veces, además, las situaciones no tienen una única solución, ésta dependerá en gran medida de los valores y creencias de la persona que tratamos, de nuestro Modelo teórico, de las posibilidades de actuación que tengamos, en fin, de toda una serie de circunstancias difícilmente controlables.
5. **Confianza en sí mismo:** Es la convicción de que uno es capaz de pensar por si mismo, de dar una respuesta adecuada a determinadas situaciones. La confianza en si mismo incluye la capacidad de reconocer las propias dificultades y capacidades con la finalidad de resolver las primeras y afianzar las segundas.
6. **Motivación profesional:** Es la capacidad de ver de qué manera los propios profesionales regulan su ejercicio y son capaces de ejercer la crítica constructiva sobre sus actuaciones. Incluye el desarrollo de la habilidad para emitir juicios sobre la propia práctica profesional.

### **CAPACIDADES DE PENSAMIENTO: CONOCIMIENTO Y RAZONAMIENTO CLÍNICO**

1. **Vocabulario clínico y conocimientos:** Es necesario que el alumno conozca el vocabulario que deberá emplear en la aplicación de la metodología OPT, que en nuestro caso incluye los lenguajes estandarizados NANDA, NOC y NIC. Además, deberá conocer la utilización de la guía de valoración por Patrones Funcionales de M. Gordon así como el lenguaje clínico que se utiliza para describir los diferentes problemas de salud y sus tratamientos.



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**

**Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

2. **Encuadre:** A partir de la historia que el cliente explica, es necesario que el alumno dibuje, enmarque dicha situación. Para ello, será necesario que pueda separar los aspectos fundamentales de la historia que explica el cliente, de otros aspectos menos importantes en el momento. El encuadre depende de muchos factores, incluye, por ejemplo el entorno en el que se desarrolla la interacción con el cliente (Urgencias, Servicios de Atención Primaria, Domicilio...), También influye de forma decisiva el Modelo Conceptual con el que estamos trabajando (Necesidades fundamentales, Agencia de autocuidados, Modos de adaptación...), las circunstancias personales, familiares, etc. En este momento es esencial que el alumno utilice su capacidad para reflexionar y ver de que manera es más adecuado encuadrar la situación del cliente.
3. **Análisis lógico:** El encuadre comporta la necesidad de efectuar un análisis lógico sobre la información que el alumno ha recogido. Para efectuar este análisis lógico, el alumno deberá poner en marcha todas las herramientas de pensamiento crítico disponibles, desde los conocimientos clínicos ya adquiridos, pasando por la reflexión, el análisis comparativo o la yuxtaposición. Esta última le permitirá establecer cual es el escenario esperado después de su actuación y que parámetros le proporcionarán la evidencia de que la evolución del cliente es la esperada.
4. **Toma de decisiones;** Determinar las intervenciones: La toma de decisiones clínicas supone que el alumno ponga en marcha capacidades como la identificación de prototipos, o el análisis comparativo, que ponga de manifiesto cual de las alternativas posibles es la más adecuada en el caso concreto que estamos trabajando
5. **Establecer juicios:** El alumno debe valorar si el estado conseguido por el cliente es el que se esperaba o no. A través de la comparación entre el estado inicial y el final, los escenarios encontrados pueden ser diferentes, y cada uno nos llevará a una actuación igualmente diferente:
  - a. En caso que el estado conseguido sea exactamente el esperado, podemos pasar a tratar otro problema, ya que éste está solucionado.
  - b. En caso que el estado conseguido se acerque al esperado, podríamos revisar si las intervenciones que se llevan a cabo son las más adecuadas, ya que la evolución no se produce a la velocidad deseada
  - c. En caso que el estado conseguido sea peor que antes de efectuar ninguna intervención: En este caso es necesario reencuadrar de nuevo la situación, ya que alguna de las decisiones que hemos tomado, probablemente sea errónea.

### APLICACIÓN PRÁCTICA

¿Como se trabajan las diferentes capacidades con los alumnos?

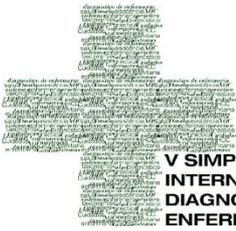
La metodología OPT así como los Lenguajes estandarizados de enfermería se encuentran integrados dentro del Currículum de formación básica de nuestra Escuela.

El currículum se organiza en áreas de conocimientos, módulos y asignaturas. En el área de conocimientos de Enfermería básica se encuentra el módulo de Metodología e integradas en este módulo, las asignaturas de Lenguajes estandarizados y Proceso de Atención de Enfermería al adulto.



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**

**Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

Las capacidades adquiridas en estas asignaturas se ponen en práctica posteriormente en las restantes que componen el área de conocimientos de enfermería básica y enfermería especializada.

Por otra parte, y con el objetivo de ayudar a los alumnos a integrar todos los conocimientos, habilidades y actitudes de las diferentes asignaturas, se ha diseñado un seminario de resolución de casos clínicos, que se desarrolla a lo largo de los diferentes cursos, y donde se trabaja, tanto con casos simulados, como con casos reales, una vez que el alumno ya está realizando las prácticas.

Veamos cual es la secuencia de aprendizaje utilizada:

### **1R CURSO:**

El alumno adquiere las habilidades básicas de comunicación y entrevista clínica usando como base los Patrones Funcionales de M. Gordon.

Por otro lado, adquiere el conocimiento de qué son los lenguajes de enfermería, porqué son importantes y para que deben ser utilizados. El alumno empieza a aprender el vocabulario a través de ejercicios participativos, juegos, y a través de la propia intuición.

Usando la intuición y el razonamiento, se presenta el esquema de la metodología OPT, de forma básica y sencilla.

Además de estos conocimientos y habilidades básicos enfermeros, el alumno empieza a conocer la patología más común y el resto de conocimientos básicos sobre los que se construirá la "inteligencia enfermera"<sup>5</sup>.

El alumno de primero, en el seminario de resolución de casos clínicos trabaja con un número determinado de diagnósticos NANDA, Resultados NOC e Intervenciones NIC y utiliza como metodología de trabajo, la metodología OPT.

En este nivel, la mayoría de las situaciones que se presentan al alumno son situaciones simuladas. Situaciones bien definidas, en las que se puede identificar normalmente, una única solución y que sirven para desarrollar la "inteligencia académica"<sup>5</sup>.

Cuando los alumnos se encuentran en el período de prácticas clínicas, en los seminarios se trabaja con los casos que ellos habitualmente encuentran en el campo de prácticas, de manera que se empieza a desarrollar la "inteligencia práctica"<sup>5</sup>.

### **2º CURSO:**

En este curso el alumno profundiza en el conocimiento y uso de la metodología OPT.

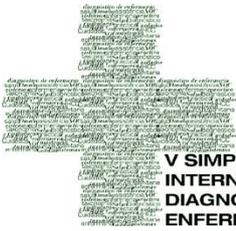
Se revisan las bases teóricas metodológicas así como la organización de los lenguajes. La metodología docente es muy participativa, de manera que los alumnos aprenden una nueva parte de los vocabularios enfermeros, así, a los diagnósticos, intervenciones y resultados que han usado durante el primer curso, se añaden otros nuevos en relación al resto de los contenidos que se estudian en este curso.

El seminario de resolución de casos de segundo curso, contiene por igual situaciones simuladas y situaciones reales extraídas de la experiencia práctica. En el caso de las situaciones reales, éstas son frecuentes y presentan diagnósticos de enfermería presentes habitualmente en la práctica.



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**

**Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**



## V SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

La formulación de las situaciones no es ni tan definida ni tan completa como en primer curso y pueden darse diferentes soluciones en función del enfoque que se utilice.

Se da mucha importancia a la manera como el alumno encuadra la situación y al análisis que realiza de los datos de que dispone. En este nivel, se pone de manifiesto la curiosidad del alumno, que le lleva a buscar nueva información cuando ésta es fundamental para solucionar el caso, así como la tolerancia a la ambigüedad (diferentes alumnos pueden dar soluciones diferentes a la misma situación). El alumno desarrolla la confianza en sí mismo a medida que comprueba que es capaz de resolver situaciones de manera efectiva.

### 3r CURSO:

En este curso, el objetivo principal es afianzar el conocimiento que el alumno ha desarrollado en niveles inferiores. Se añaden nuevos diagnósticos, intervenciones i resultados relacionados, por ejemplo con la Salud Mental o la Enfermería Comunitaria.

Se valora especialmente la eficiencia del alumno en la resolución de las situaciones que se le presentan.

La mayoría de las situaciones provienen de la práctica clínica y se pretende que el alumno empiece a desarrollar la inteligencia enfermera, que está relacionada con la capacidad de prever situaciones, planificar los recursos necesarios para resolver los problemas y la detección precoz complicaciones.

En el tercer curso se trabaja la inteligencia académica y la inteligencia práctica, que forman parte de la inteligencia enfermera.

### EL FUTURO

En el futuro más inmediato, se presentan diferentes retos en relación a la utilización de esta metodología:

Consolidar la utilización por parte de los diferentes profesores, no solo las enfermeras, sino que la metodología se use por parte de todos los profesores como método de resolución de problemas. Para ello, será necesario finalizar la formación en curso y formar también el resto de profesores en la utilización del modelo OPT. El conocimiento y la práctica proporcionarán seguridad y confianza, lo cual contribuirá a mejorar la efectividad del proceso.

Integrar la enseñanza de Modelos y Teorías en el sistema OPT. En la actualidad la Escuela no se enmarca en ningún Modelo Teórico concreto, los alumnos reciben información sobre las diferentes opciones, pero será necesario en un futuro inmediato integrar el Modelo Teórico como parte del proceso.

Como resultado del curso que se ha venido realizando sobre el manejo de los lenguajes estandarizados y la metodología OPT, ha surgido la idea de crear un espacio de reflexión donde poder discutir este tema a nivel Nacional y ver de que manera se puede contribuir a su implementación en la práctica.

### CONCLUSIONES

El uso de la metodología OPT ha resuelto una parte muy importante de los problemas que durante años había supuesto la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**

**Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

Su uso conjunto con los lenguajes estandarizados NANDA, NOC y NIC facilita la enseñanza de la enfermería con un punto de vista verdaderamente enfermero, pero integrando el resto de conocimientos relacionados con la salud.

Desde el punto de vista de los profesores, esta metodología facilita no solamente la enseñanza de Proceso Enfermero, sino también la Evaluación a través de la supervisión clínica.

Desde el punto de vista de los estudiantes, facilita el proceso de aprendizaje, al ser un método muy visual, es motivador y fácil de aprender, sobretodo cuando se usa conjuntamente con los lenguajes estandarizados.

Desde mi propio punto de vista, este instrumento ha proporcionado el esqueleto sobre el cual hemos construido el programa de formación de nuestra escuela, ahora, este programa tiene una perspectiva, un fondo y un aspecto enfermero. Hace algunos años empezamos este viaje que en aquel momento, como la pieza musical que ilustraba mi presentación, parecía un viaje de fantasía. Hoy la fantasía se ha hecho realidad y las posibilidades que los lenguajes enfermeros ofrecen nos hacen prever que esta será una historia larga..., una historia interminable..., Pero yo debo terminar esta presentación, permítanme que lo haga mostrándoles un ejemplo del trabajo que realizan nuestros alumnos.

---

<sup>i</sup> Butlletí Oficial del Principat d'Andorra. "Pla d'Estudis de l'Escola Universitària d'Infermeria d'Andorra, aprovat per Decret del Govern de data 15 de setembre de 1993". Núm. 71 – any 5 – 29.12.1993.

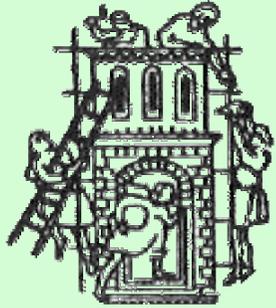
<sup>ii</sup> Nurses and Midwives for health. WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education. Section 9. Prospective Analysis Methodology Questionnaire. EUR/01/5019304

<sup>iii</sup> The Bologna Declaration on the European Space for higher education: an explanation. Confederation of EU Rectors' Conferences and the Association of European Universities. <http://www.crue.upm.es/eurec/bolognaexplanation.htm>

<sup>iv</sup> Espinosa i Fresnedo, Carme; Bros i Serra, Montserrat; Mandicó Alcobé, Rosamari; Serrano Gascón, Pilar; Prats Gil, Enric. Los Estudios de enfermería en el marco del espacio Europeo de Formación Superior: un proyecto. Jornadas de trabajo AEED, Cartagena, Marzo 2003.

<sup>v</sup> Pesut, Daniel J; Herman J. Using the OPT Model to support clinical supervision in Clinical reasoning. The art & science of critical & creative thinking. Delmar publishers. 1999





*CONSENSO DE PLANES  
DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN  
NUEVE HOSPITALES DE CATALUÑA*

*Dolors Miguel Ruiz. Profesora*

*E.U.,I. Sant Joan de Déu. Barcelona*

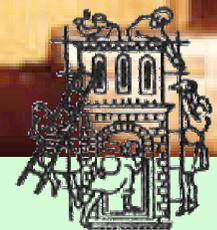




*"Identificación de nuestra practica mas allá de la técnica."*

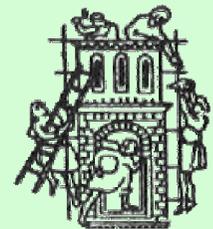
*Reconocimiento del "Propio saber"*

Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona



# NUEVAS TENDENCIAS

- *Modelos de Gestión de Calidad*
- *Clasificación de pacientes GDR*
- *Normalización de la práctica Enfermera*

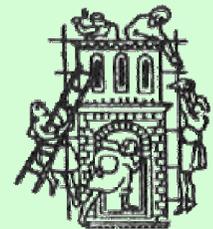


# PROYECTO NIPE

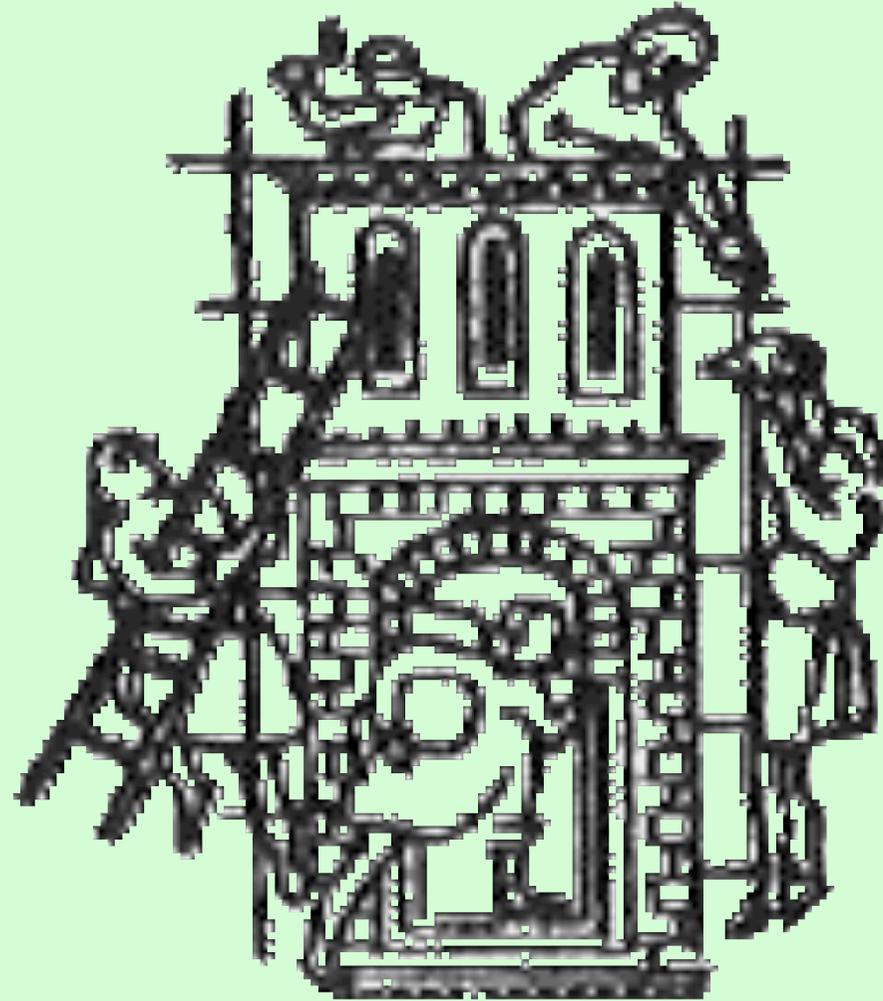
*“un instrumento de mejora continua de la calidad de los cuidados de enfermería, con el fin de prestar mejor asistencia a la población a la vez que permitir un control de costes generados por la enfermería”.*

*(Nipe pag.41).*

Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona



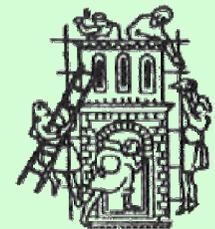
# AENTDE



Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona

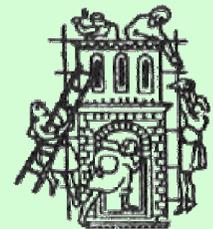
# OBJETIVOS

DESCRIBIR	→	la realidad
CONOCER	→	el lenguaje
IDENTIFICAR	→	taxonomías
CONSENSUAR	→	estándares
COMPARAR	→	estudios



# FASES DE ELABORACIÓN

1ª FASE	→	preparatoria
2ª FASE	→	recopilación DdE
3ª FASE	→	consenso DdE
4ª FASE	→	recopilacion NIC
5ª FASE	→	recopilacion NOC
6ª FASE	→	consenso NIC NOC
7ª FASE		comparativo



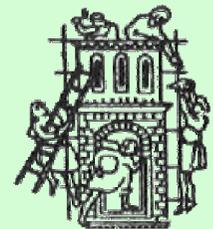
# METODOLOGÍA

*Tipo de estudio: Observacional Descriptivo*

*Población Diana: Los Hospitales de Cataluña*

*Población muestra: 9 Hospitales Catalanes*

Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona



# METODOLOGÍA

## *1ª Fase preparatoria:*

- *Convocatoria a las directoras de enfermería*
- *Sesión informativa del proyecto*

## *Criterios de selección del centro:*

- *Centros Hospitalarios de Cataluña*
- *Utilización de las Taxonomías NANDA NIC y NOC*
- *Proyecto de utilización de las taxonomías*





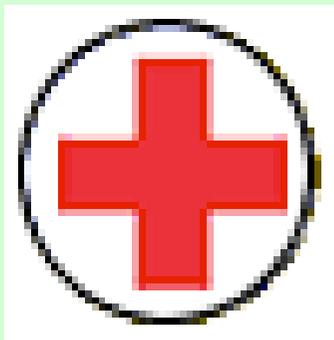
*Sant Joan de Déu. Barcelona*



*Santa Tecla. Tarragona*



*H. Esperanza. Barcelona*



*H. Creu Roja. Hospitalet*



*H. Josep Trueta. Gerona*



*H. Creu Roja. Barcelona*



*Hospital de Mataró*



*H. De Figueres. Gerona*

Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona



*H. Municipal de Badalona*

# GDRs

- *14 Tra. Cerebrovasculares específicos*  
*(excepto accidentes Isquémico Transitorio.*
- *39 Procedimientos sobre cristalino*  
*con o sin vitrectomía*
- *60 Amigdalectomía y/o adenoidectomía <18 años*
- *70 Otitis Media e ITRS, Edad <18 años*
- *82 Neoplasias Respiratorias*

Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona



# GDRs

- *88 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica*
- *90 Neumonía simple y pleuritis >17 años  
sin complicaciones*
- *122 Trastornos con IAM sin complicaciones  
cardiovasculares, alta con vida.*
- *127 Insuficiencia cardiaca y shock*
- *140 Angina de pecho*

Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona



# GDRs

- 167 Apendicectomía *sin complicaciones*
- 175 Hemorragia gastrointestinal *sin complicaciones*
- 208 Trastornos del tracto biliar *sin complicaciones*
- 209 Reimplantación mayor articulación y miembro de extremidad inferior, *sin infección*
- 211 Procedimientos de cadera y fémur *excepto articulación Mayor, edad >17 sin complicaciones*



# GDRs

➤ 364 Dilatación y legrado, conización excepto neoplasia maligna.

➤ 371 Cesárea, sin complicaciones

➤ 373 Parto sin complicaciones

➤ 629 Neonato, peso al nacer >2.499 gr.

*Sin procedimiento quirúrgico significativo,  
diagnóstico: Neonato normal*

➤ 775 Bronquitis y asma edad <18 sin complicaciones



# METODOLOGÍA

## 2ª fase recopilación DdE



Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona



# METODOLOGÍA

## 3ª fase consenso



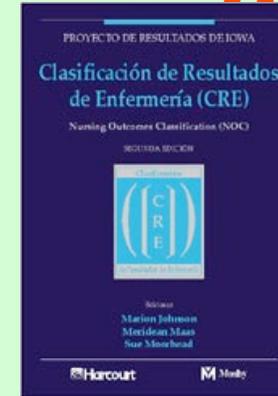
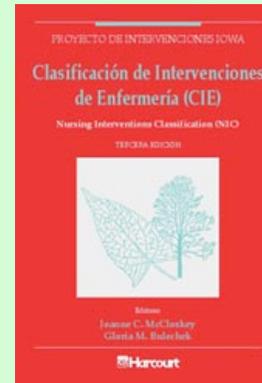
- 50% de los centros “validación”
- Técnica de consenso

Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona



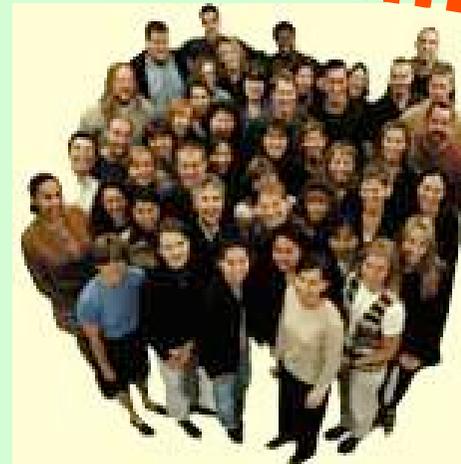
# METODOLOGÍA

*5ª fase recopilación*



*6ª consenso*

*7ª comparación*



Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona

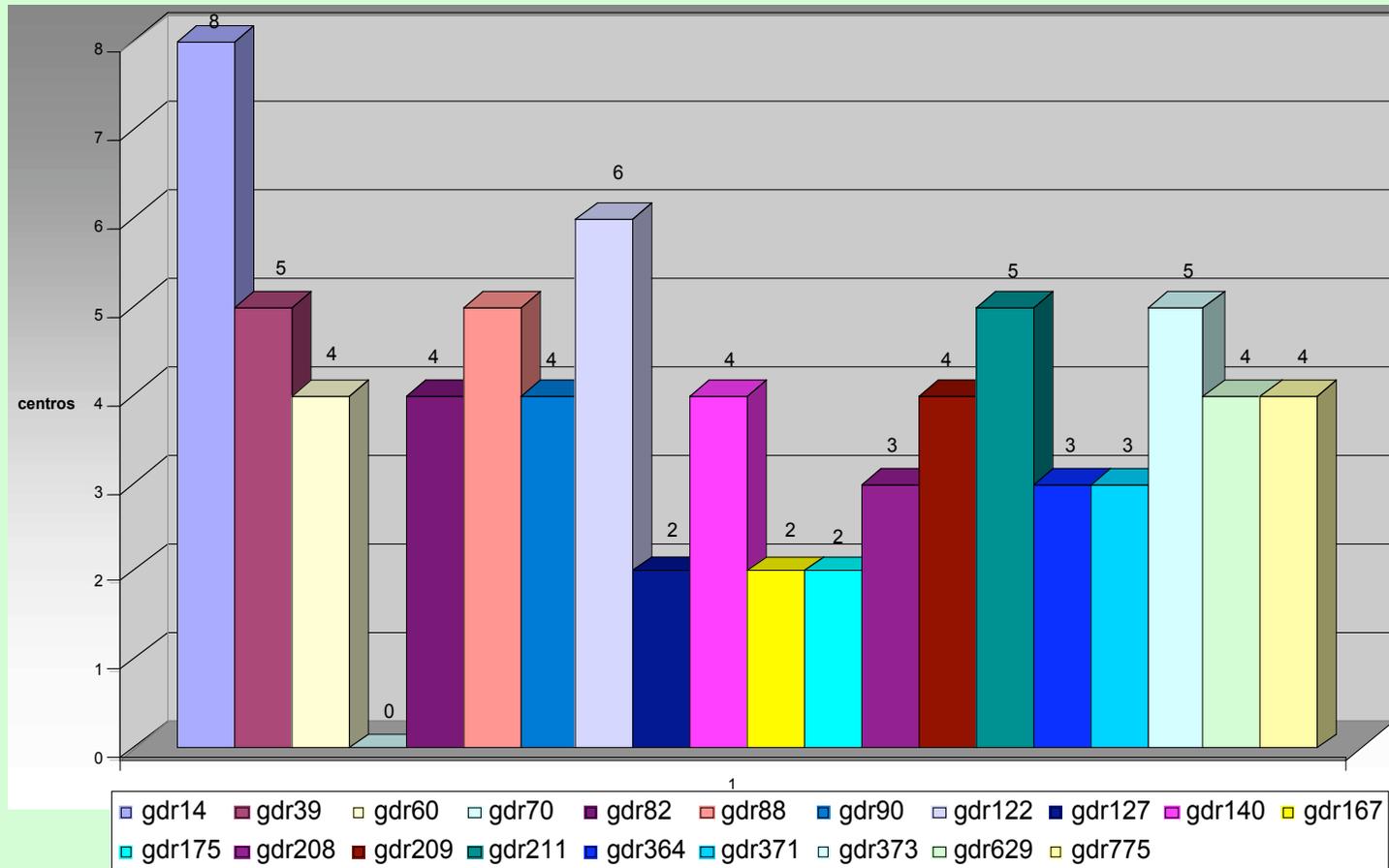
# METODOLOGÍA

## TRATAMIENTO DE LOS DATOS:

- *Paquete informático SPSS (versión 11)*
- *Excel*
- *Word*



## Nº DE CENTROS QUE TRABAJAN CADA GDR



Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona

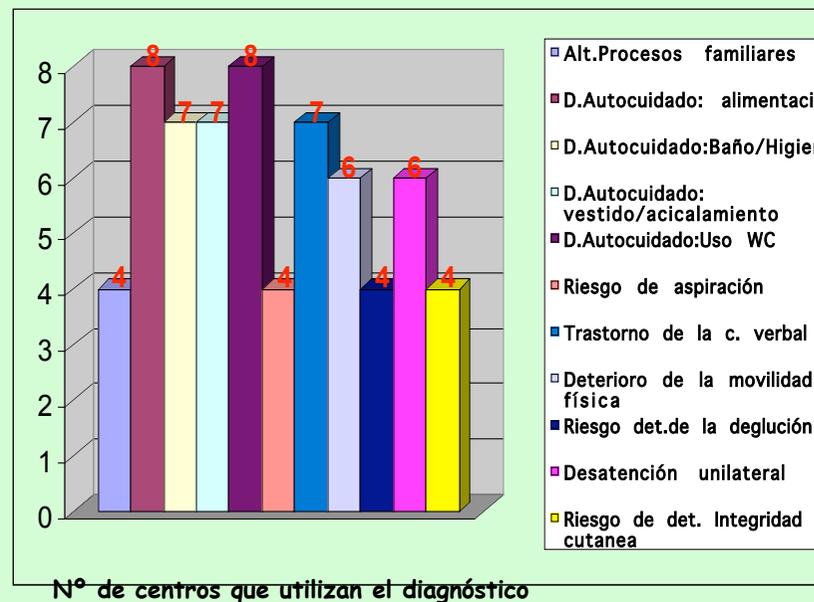
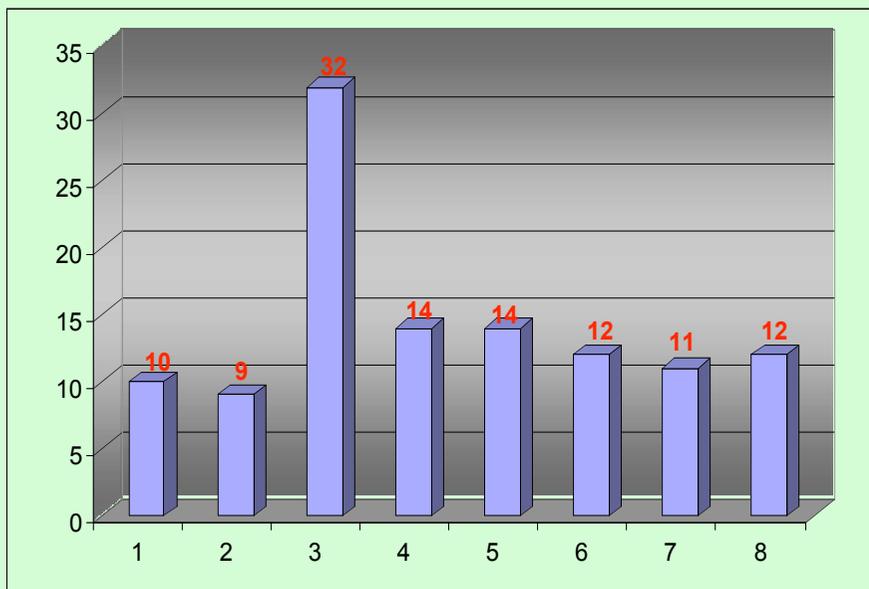


# GDR 14 Trastornos cerebro-vasculares

Nº DE DIAGNOSTICOS  
POR CENTRO

8 Centros

DIAGNOSTICOS  
ASOCIADOS AL GDR



## ANALISIS PREVIO

## CONSENSO

- Riesgo de deterioro del patrón del sueño
- Baja autoestima situacional.
- Riesgo del Síndrome del desuso
- Riesgo de lesión

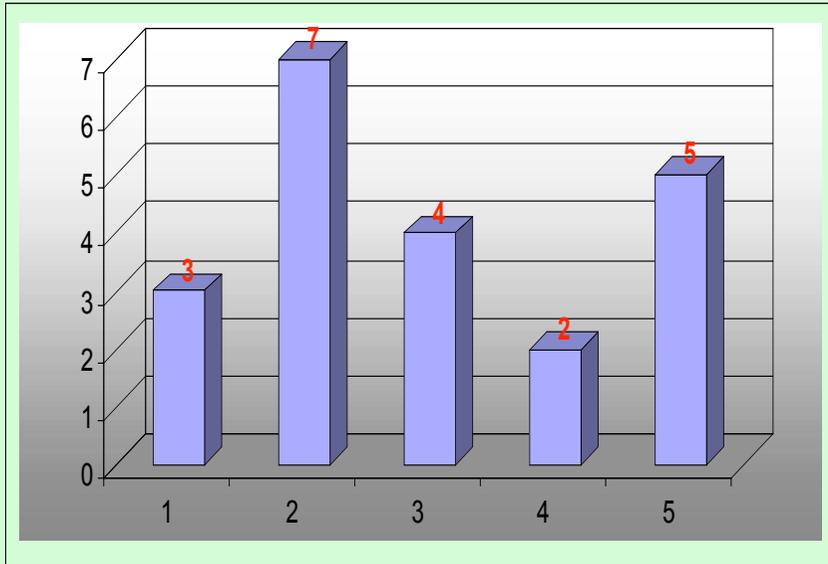
Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona



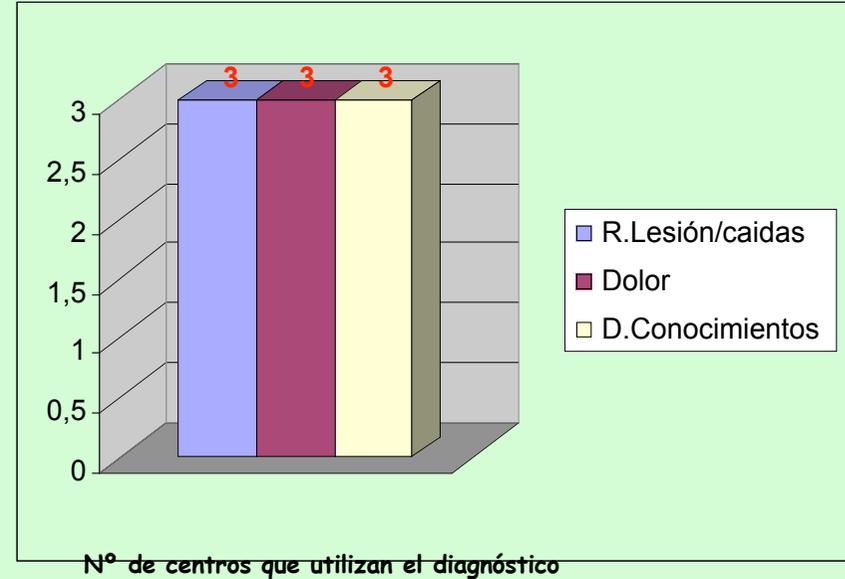
# GDR 39 Procesos sobre el cristalino con o sin vitrectomía

5 Centros

DIAGNOSTICOS QUE UTILIZA  
CADA CENTRO



DIAGNOSTICOS  
ASOCIADOS AL GDR



ANALISIS PREVIO

CONSENSO

Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona

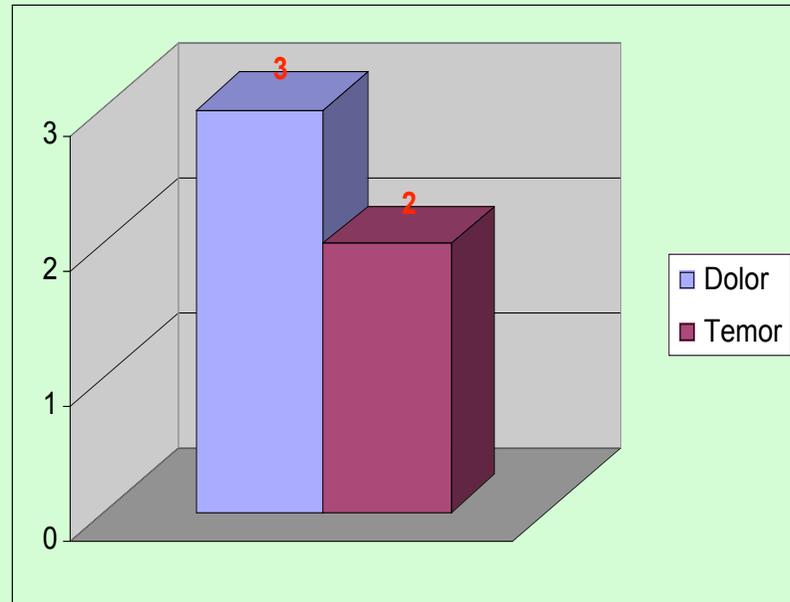
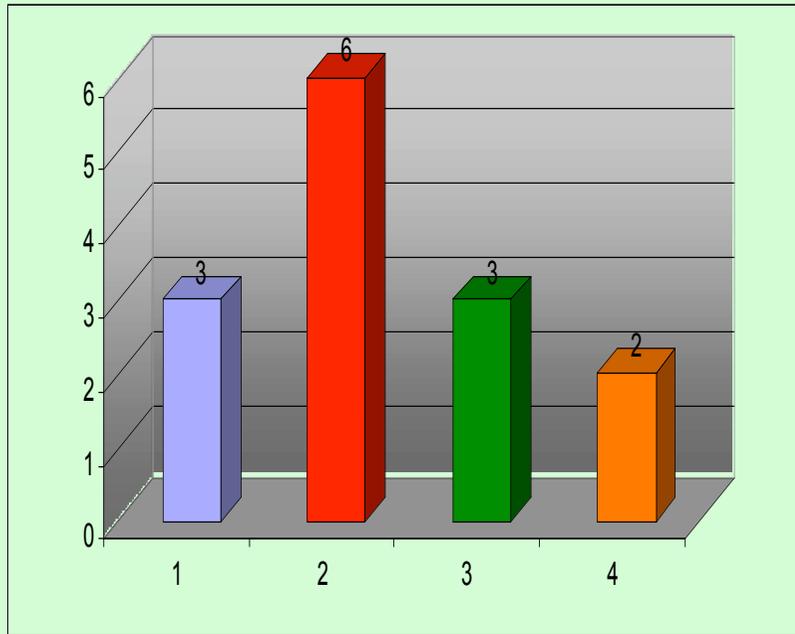


# GDR 60 Amigdalectomía y/o Adenoidectomía <18 a.

DIAGNOSTICOS QUE UTILIZA  
CADA CENTRO

4 Centros

DIAGNOSTICOS  
ASOCIADOS AL GDR



Nº de centros que utilizan el diagnóstico

ANALISIS PREVIO

CONSENSO

Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona

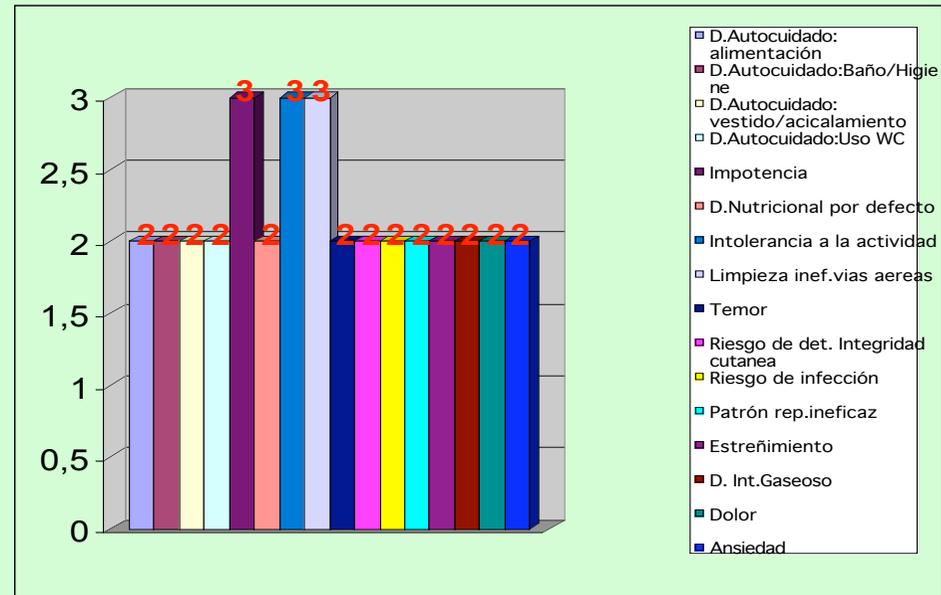
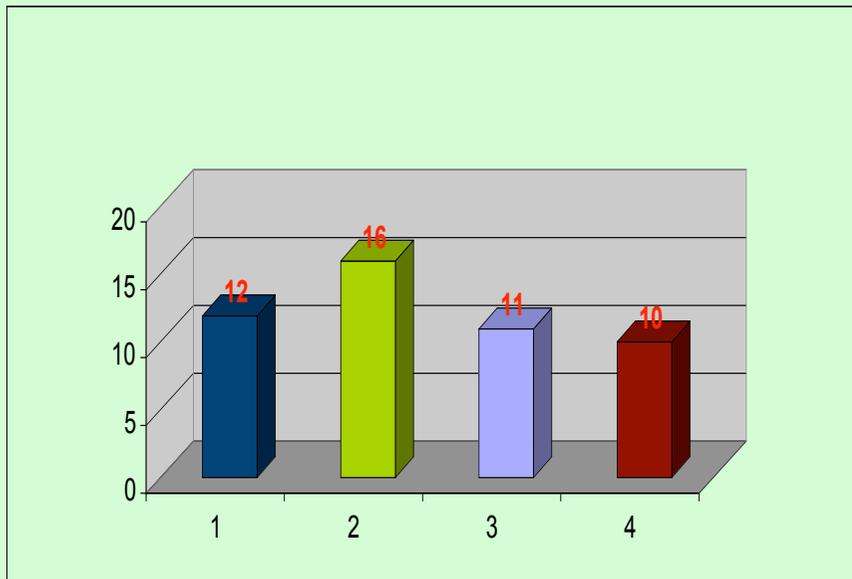


# GDR 82 Neoplasias Respiratorias

DIAGNOSTICOS QUE UTILIZA  
CADA CENTRO

4 Centros

DIAGNOSTICOS  
ASOCIADOS AL GDR



Nº de centros que utilizan el diagnóstico

ANALISIS PREVIO

CONSENSO

Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona

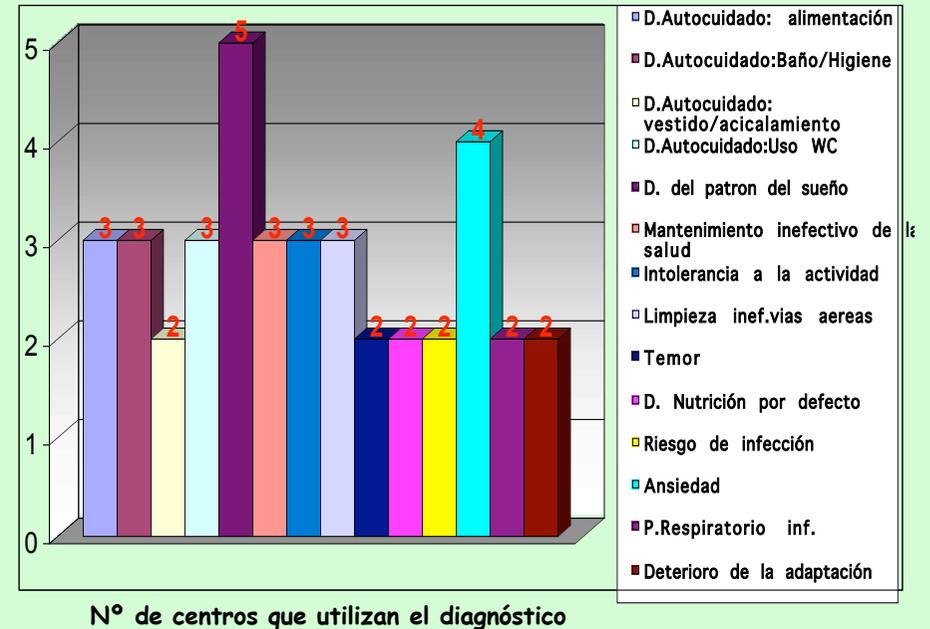
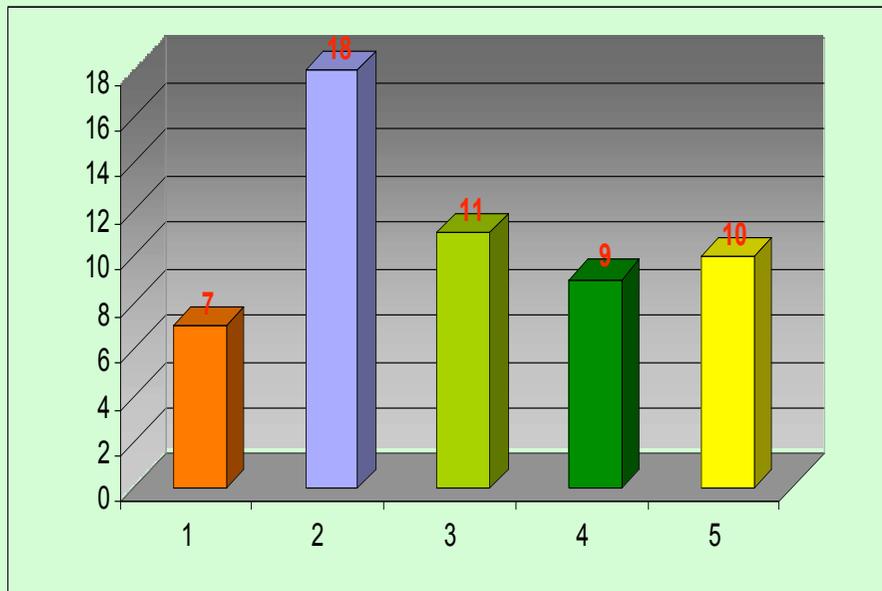


# GDR 88 Enfermedad Pulmonar obstructiva Crónica

DIAGNOSTICOS QUE UTILIZA  
CADA CENTRO

5 Centros

DIAGNOSTICOS  
ASOCIADOS AL GDR



ANALISIS PREVIO

CONSENSO

Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona

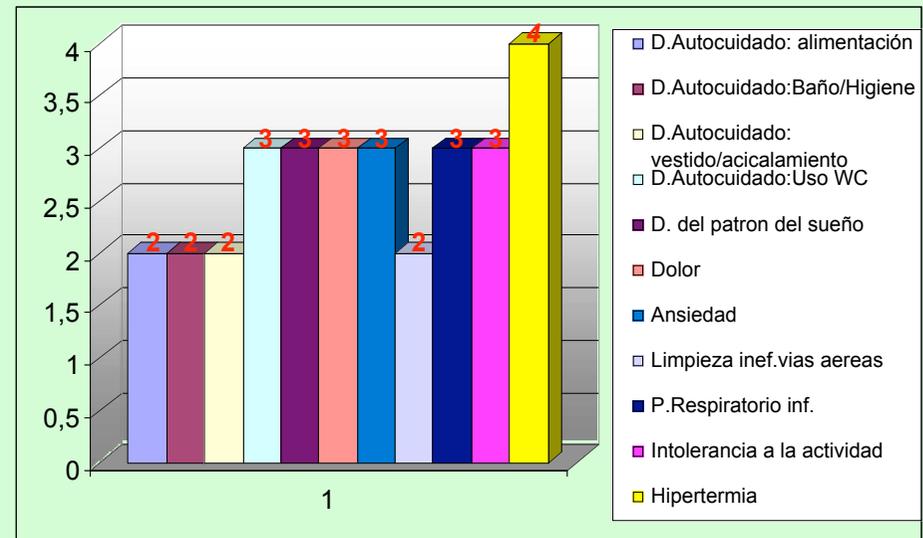
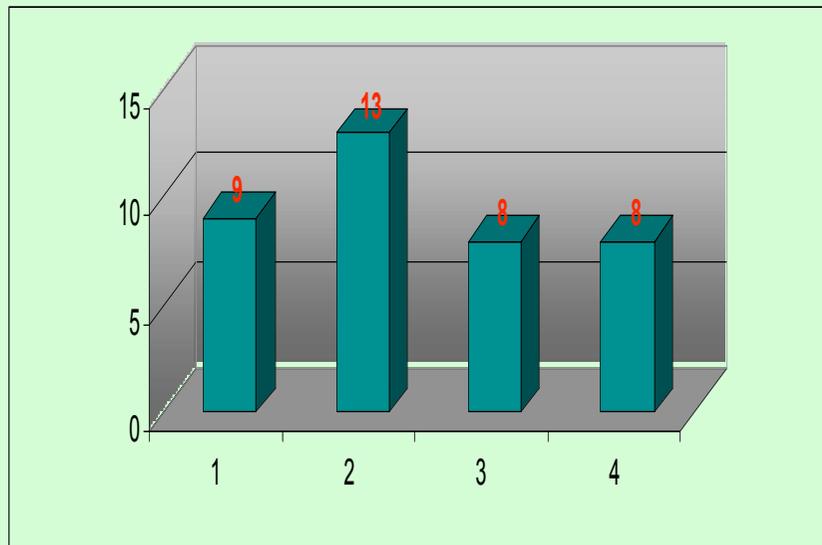


# GDR 90 Neumonía Simple y Pleuritis edad >17a

DIAGNOSTICOS QUE UTILIZA  
CADA CENTRO

4 Centros

DIAGNOSTICOS  
ASOCIADOS AL GDR



Nº de centros que utilizan el diagnóstico

ANALISIS PREVIO

CONSENSO

Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona

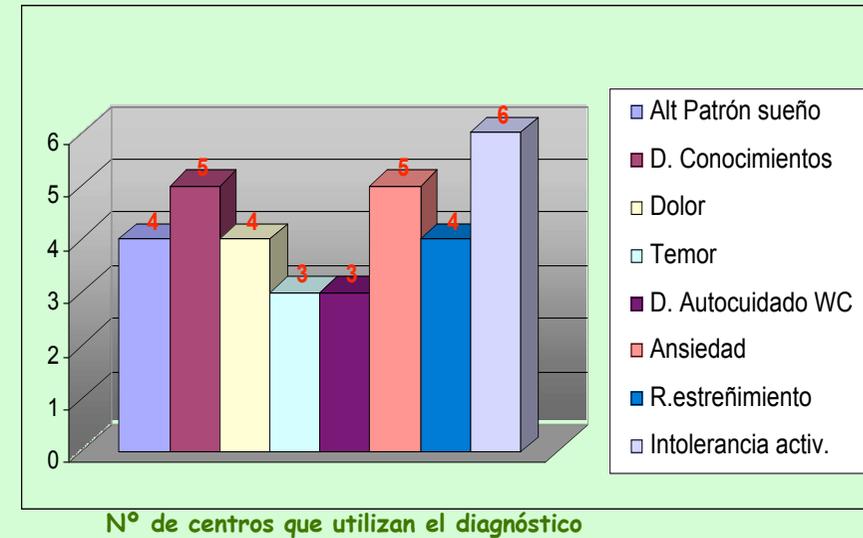
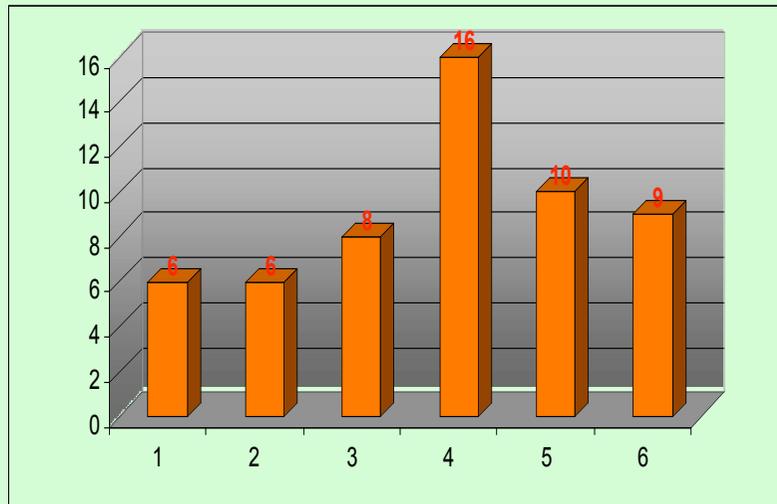


# GDR 122 Trast.con IAM sin complicaciones cardiovasculares

DIAGNOSTICOS QUE UTILIZA  
CADA CENTRO

6 Centros

DIAGNOSTICOS  
ASOCIADOS AL GDR



ANALISIS PREVIO

CONSENSO

Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona

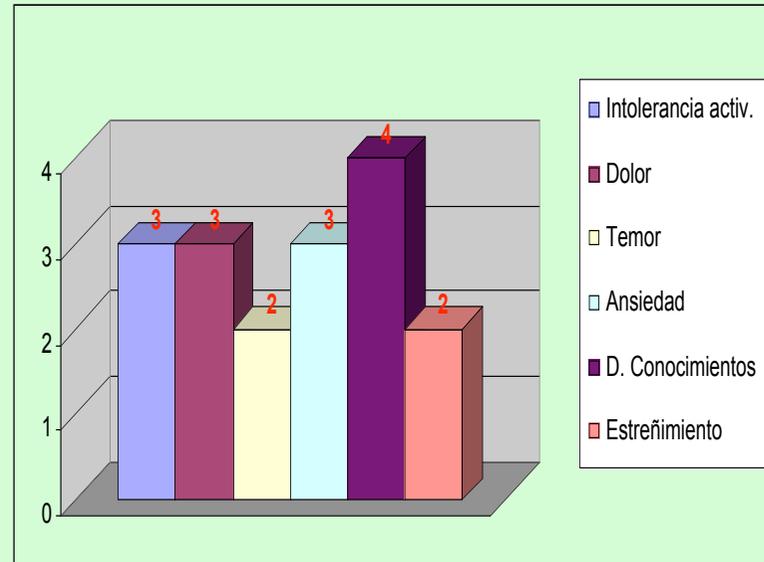
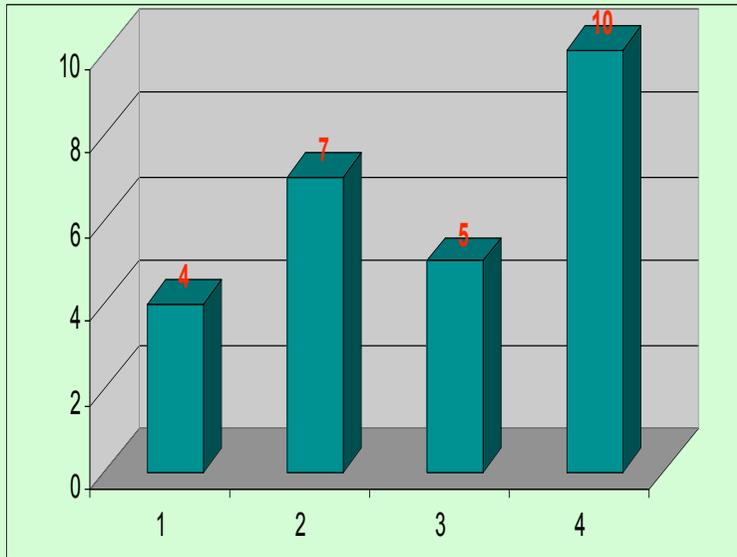


# GDR 140 Angina de pecho

DIAGNOSTICOS QUE UTILIZA  
CADA CENTRO

4 Centros

DIAGNOSTICOS  
ASOCIADOS AL GDR



Nº de centros que utilizan el diagnóstico

ANALISIS PREVIO

CONSENSO

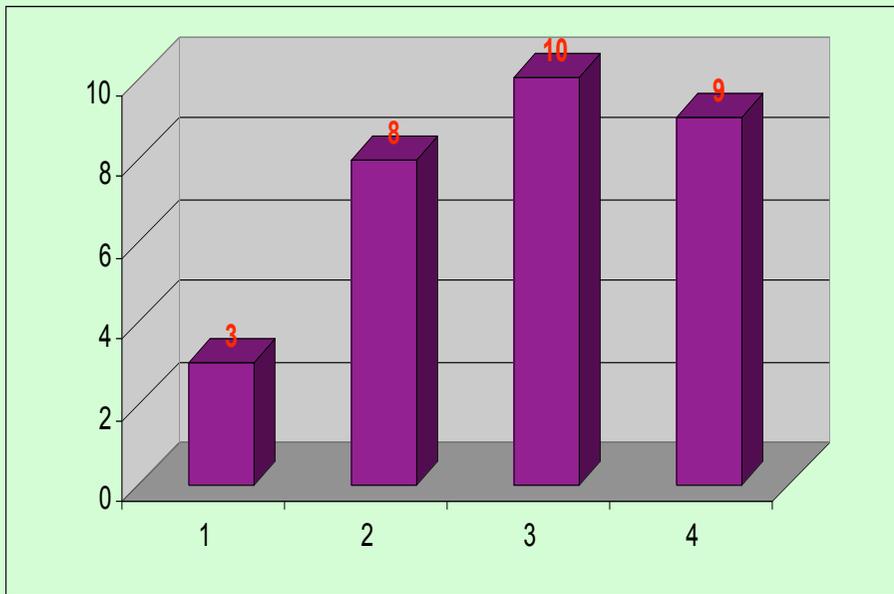
Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona



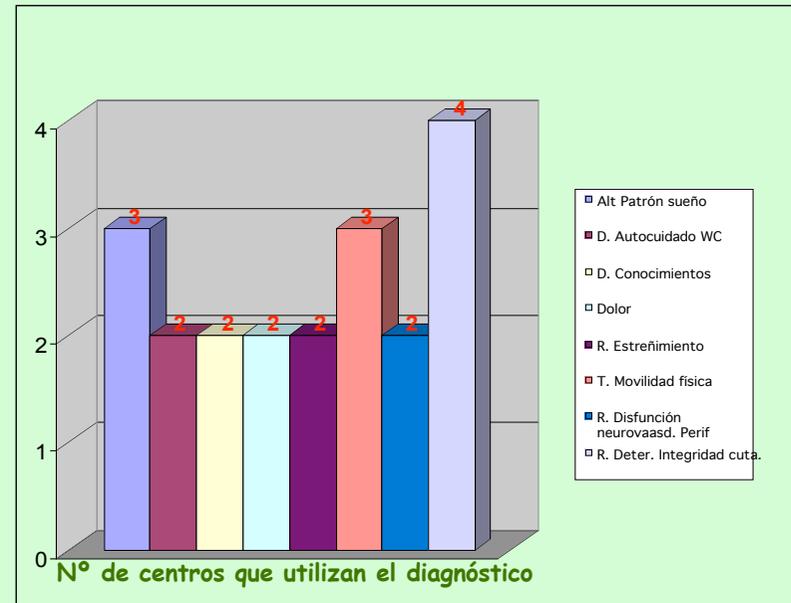
# GDR 209 Reimplantación mayor articulación

4 Centros

DIAGNOSTICOS QUE UTILIZA  
CADA CENTRO



DIAGNOSTICOS  
ASOCIADOS AL GDR



ANALISIS PREVIO

CONSENSO

Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona

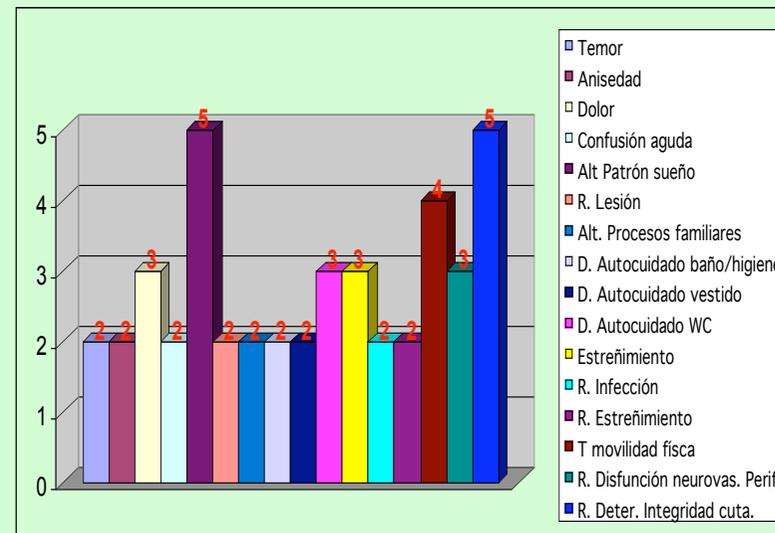
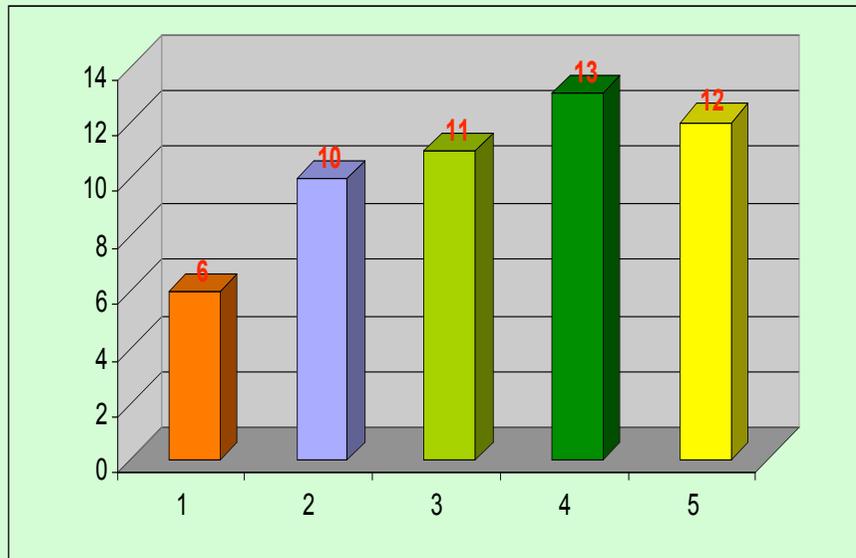


# GDR 211 Procedimiento de cadera y fémur >

5 Centros

DIAGNOSTICOS QUE UTILIZA  
CADA CENTRO

DIAGNOSTICOS  
ASOCIADOS AL GDR



ANALISIS PREVIO

Nº de centros que utilizan el diagnóstico

CONSENSO

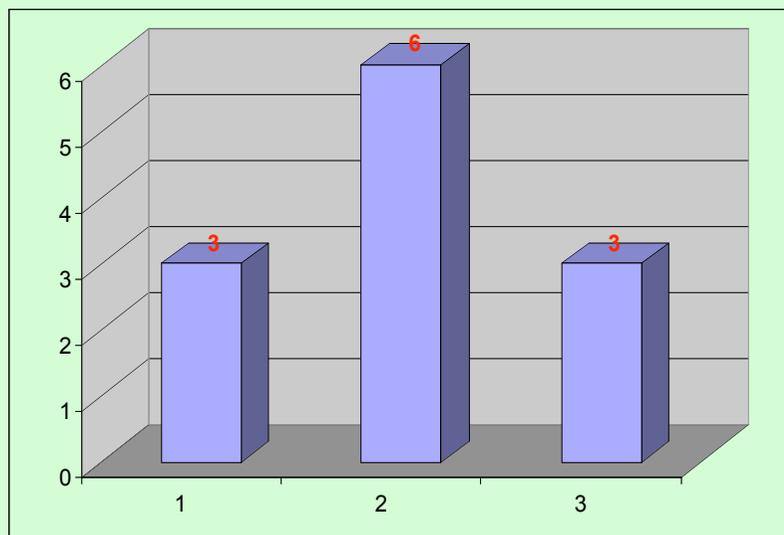
Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona



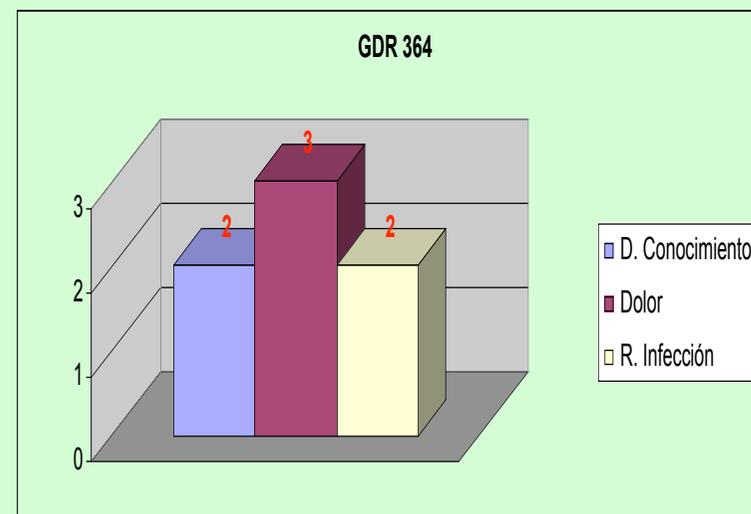
# GDR 364 Dilatación y Legrado

3 Centros

DIAGNOSTICOS QUE UTILIZA  
CADA CENTRO



DIAGNOSTICOS  
ASOCIADOS AL GDR



Nº de centros que utilizan el diagnóstico

ANALISIS PREVIO

CONSENSO

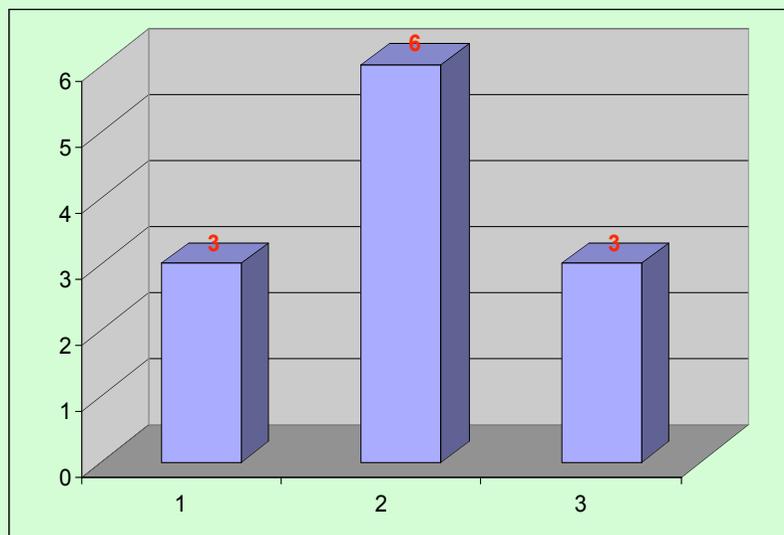
Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona



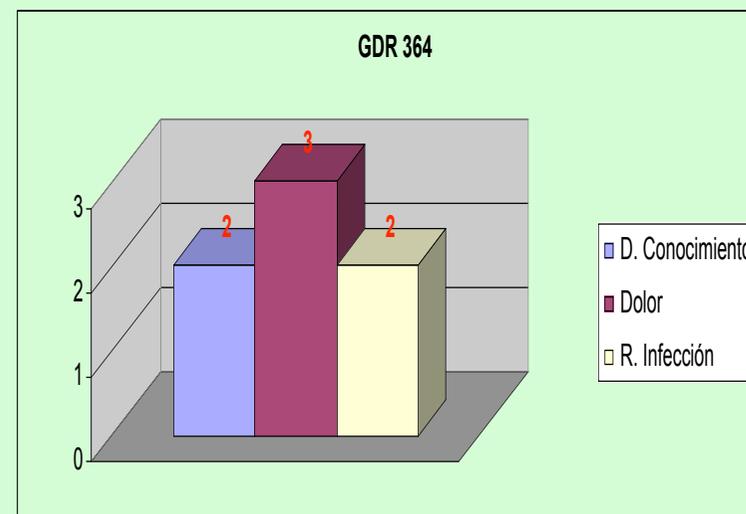
# GDR 364 Dilatación y Legrado

3 Centros

DIAGNOSTICOS QUE UTILIZA  
CADA CENTRO



DIAGNOSTICOS  
ASOCIADOS AL GDR



Nº de centros que utilizan el diagnóstico

ANALISIS PREVIO

CONSENSO

Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona

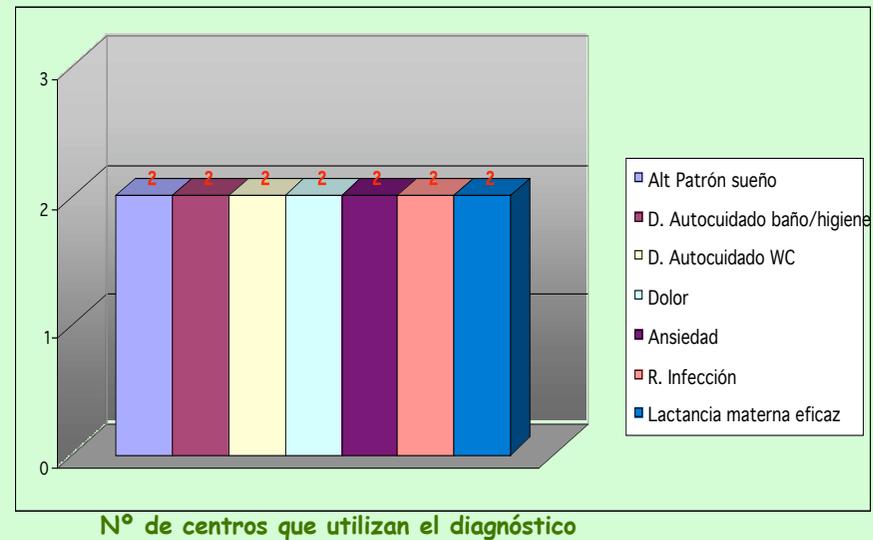
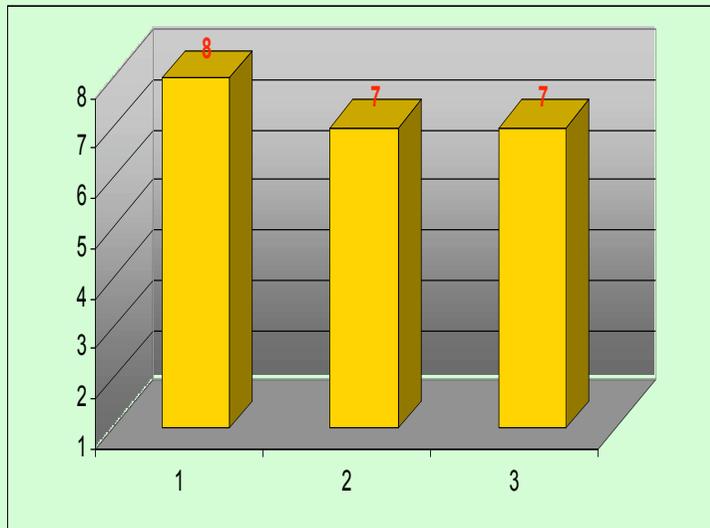


# GDR 371 Cesárea sin complicaciones

DIAGNOSTICOS QUE UTILIZA  
CADA CENTRO

3 Centros

DIAGNOSTICOS  
ASOCIADOS AL GDR



ANALISIS PREVIO

CONSENSO

Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona

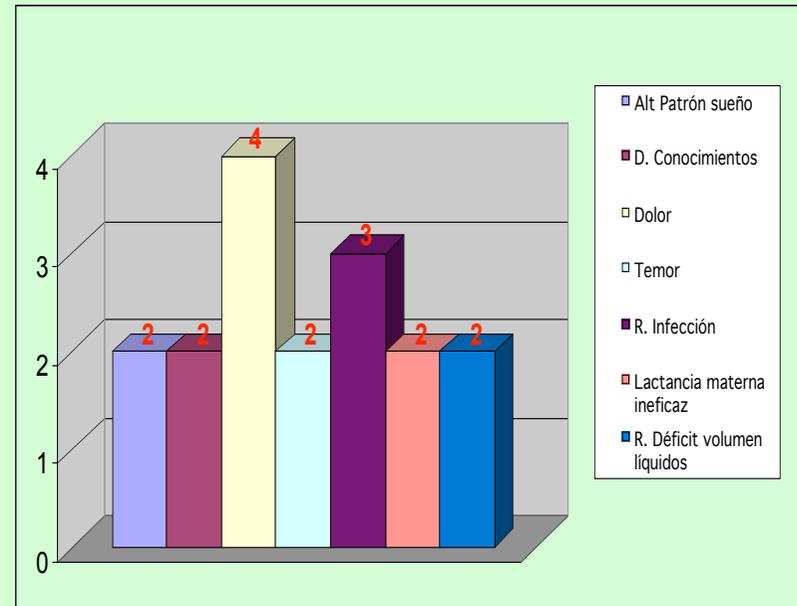
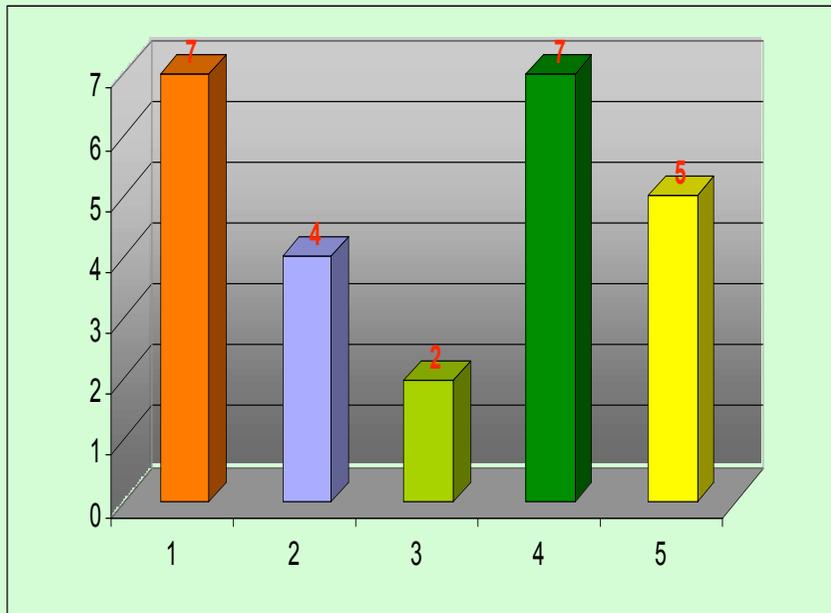


# GDR 373 Parto sin complicaciones

DIAGNOSTICOS QUE UTILIZA  
CADA CENTRO

5 Centros

DIAGNOSTICOS  
ASOCIADOS AL GDR



Nº de centros que utilizan el diagnóstico

ANALISIS PREVIO

CONSENSO

Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona

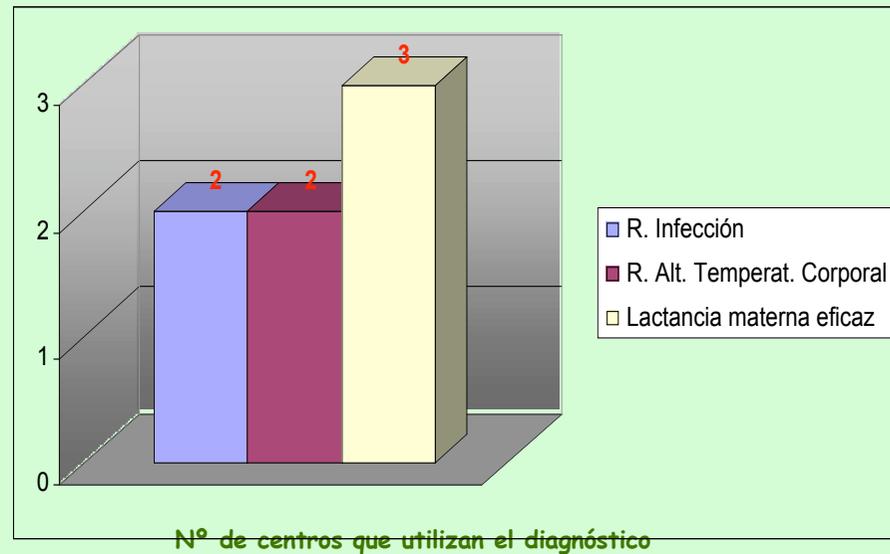
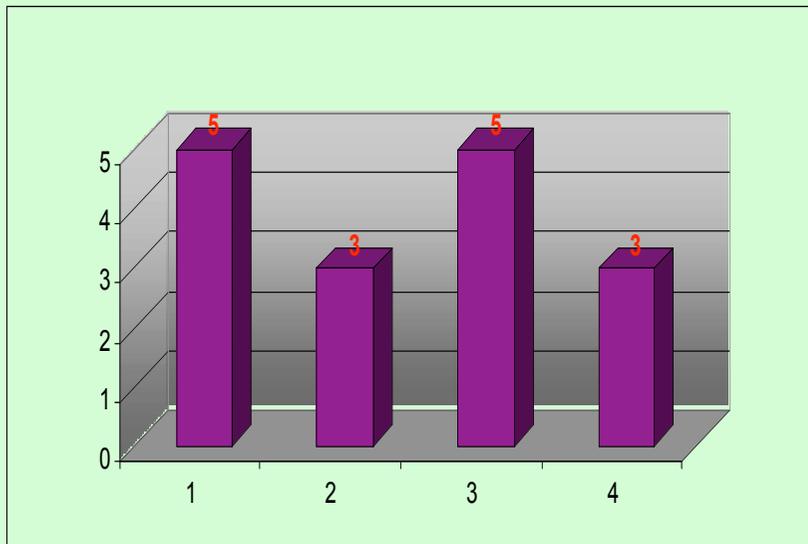


# GDR 629 Neonato Normal

DIAGNOSTICOS QUE UTILIZA  
CADA CENTRO

4 Centros

DIAGNOSTICOS  
ASOCIADOS AL GDR



ANALISIS PREVIO

CONSENSO

Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona

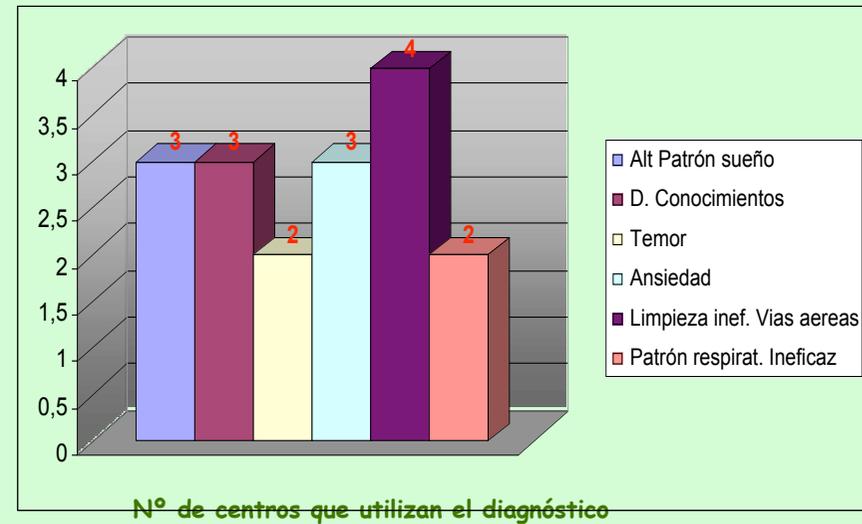
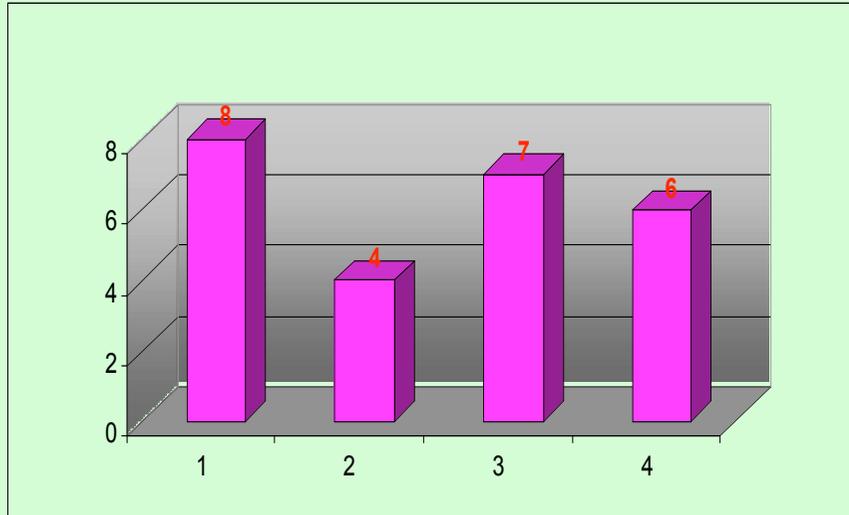


# GDR 775 Bronquitis Asma >18a.

DIAGNOSTICOS QUE UTILIZA  
CADA CENTRO

4 Centros

DIAGNOSTICOS  
ASOCIADOS AL GDR



ANALISIS PREVIO

CONSENSO

Dolors Miguel Ruiz.  
E.U.I. Sant Joan de Déu. Barcelona



# CONCLUSIONES

- *No todos los Centros han trabajado todos los GDRs y esto dificulta el consenso.*
- *Debido a la amplitud de algunos GDRs, ocasiona una gran variabilidad en los diagnósticos de enfermería.*
- *Las características específicas de cada centro, condicionan la identificación de algunos diagnósticos.*



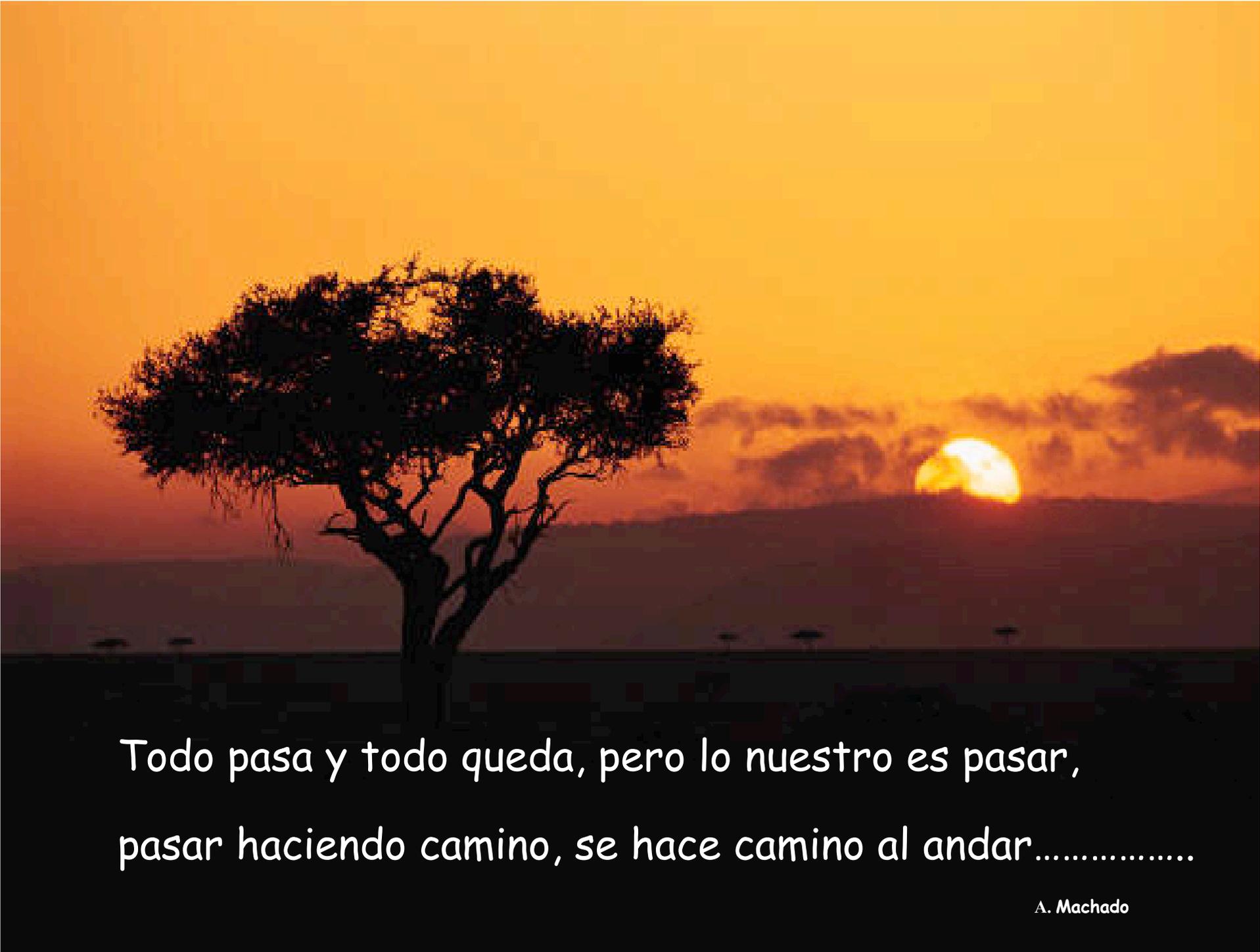
# CONCLUSIONES

*Con la discusión Y CONSENSO se acuerda que los diagnósticos:*

- *Riesgo de Deterioro del patrón del sueño se contempla en todos los estándares de cuidados.*
- *Riesgo de Manejo Ineficaz del Régimen terapéutico, es un diagnóstico a la planificación del alta.*

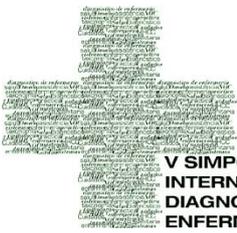
# CONCLUSIONES

- Las discusiones generadas para llegar al consenso, han sido de gran valor, para todo el equipo, puesto que nos han ayudado a clarificar conceptos y seguir avanzando.



Todo pasa y todo queda, pero lo nuestro es pasar,  
pasar haciendo camino, se hace camino al andar.....

A. Machado



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

## **MÉTODO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA TAXONOMÍA II DE LA NANDA**

**Josep Adolf Guirao Goris.**



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**

**Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**



característico; 2, poco característico; 3, algo característico; 4, bastante característico; y 5, muy característico.

- 2) Se usa la técnica Delphi para mejorar el consenso entre los expertos. Aunque si se dispone de pocos recursos, se puede eliminar esta fase.
- 3) Se calcula el coeficiente ponderado para cada característica. 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.
- 4) Se descartan las características con un coeficiente menor a 0,5.
- 5) Las características con coeficientes mayores de 0,75 se etiquetarán como críticas.
- 6) La puntuación del índice de VCD se obtiene hallando el promedio de la puntuación obtenida del coeficiente de cada característica.

Una limitación del modelo de VCD y, en general, en los estudios de validez de contenido, se encuentra en la definición de los expertos. Fehring<sup>x</sup> (1994) propone una modificación al modelo sugiriendo siete criterios para identificar en qué medida los expertos realmente lo son. A estos criterios se les asigna un peso y se establece un mínimo de 5 para ser considerado experto.

<b>Sistema de puntuación de expertos para el modelo de validación de Fehring</b>	
<b>Criterio</b>	<b>Puntuación</b>
Doctorado en enfermería	4
Doctorado en enfermería con el desarrollo de una tesis relevante para el diagnóstico de interés	1
Investigación publicada sobre el diagnóstico o contenido relevante para el mismo	2
Artículo publicado en el diagnóstico en una revista científica con revisores	2
Disertación doctoral en diagnósticos	2
Práctica clínica actual mínima de un año	1



en un área relevante para el diagnóstico de interés	
Certificación en el área clínica relevante para el diagnóstico de interés	2

Sin embargo, estos criterios son de difícil aplicación en otras realidades culturales como Japón (Sato, 1998), donde hay pocas enfermeras doctoradas, o en España donde todavía no existen. Sato<sup>xi</sup> identificó como enfermeras expertas a enfermeras con diferente formación educativa. Levin<sup>xii</sup> (2001) recomienda, por otra parte, ser flexible en la determinación del experto para ser sensible a otras realidades culturales.

Otra modificación del modelo es la realizada por Sparks y Lien-Gieschen<sup>xiii</sup> (1994) para que sea más potente:

1. Descartar las características definitorias con una puntuación menor a 0,6.
2. Las características definitorias con una puntuación entre 0,8 y 1 se catalogan como mayores.
3. Las características menores serán aquellas con una puntuación entre 0,6 y 0,79.
4. Para aquellos diagnósticos con más de siete características definitorias se sugiere que la puntuación del índice de VCD se calcule del siguiente modo para no disminuirlo de forma artificial:
  - a) Contar la puntuación de las características mayores dos veces.
  - b) Contar la puntuación de las características menores una vez.
  - c) Determinar la media de todas las puntuaciones.

El modelo de Fehring ha sido ampliamente utilizado<sup>xiv</sup> para estudiar la validación de contenido. En España, Giménez<sup>xv</sup>(1997) lo ha utilizado para validar la *Respuesta disfuncional al destete del respirador*. Guirao, Moreno y Martínez-De<sup>xvi</sup>(2001) lo han utilizado para validar una nueva etiqueta diagnóstica.

### El método Delphi

La técnica Delphi es un método para obtener las opiniones de un panel de expertos. En esta técnica se interroga de forma individual a los expertos y se hace circular entre



los integrantes del panel un resumen de sus opiniones. Este proceso se repite las veces que sean necesarias para lograr un determinado consenso.

Se inicia enviado a los expertos una serie de cuestiones. La encuesta se remite de forma anónima a todos los integrantes del panel de modo que se evita el encuentro entre ellos. Esta precaución permite que las respuestas de unos no influyan en las de otros. Después de esta primera ronda, se agrupan las respuestas y se vuelve a enviar la información al panel de expertos. El número de rondas varía según el nivel de consenso deseado por el investigador, el grado de concreción de los ítems y del número de ítems surgidos.

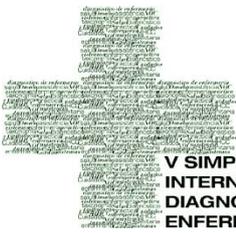
Grant y Kinney<sup>xvii</sup> (1992) proponen el uso de esta técnica para la validación de contenido de los diagnósticos enfermeros mediante cuatro rondas:

— **Ronda I:** Propuesta de características definitorias y definiciones operativas para el diagnóstico - En la primera ronda se selecciona un grupo numeroso de expertos, lo suficientemente amplio para compensar el sesgo por atrición en rondas posteriores. Cuando el diagnóstico es de nueva creación o sus características definitorias no son claras en la primera ronda, se solicita a los expertos que enumeren las características definitorias y aporten definiciones operativas de las mismas. Es interesante que en la documentación que se aporte a los expertos se incluya información sobre qué es un diagnóstico enfermero, la definición del diagnóstico, qué es una característica definitoria, qué es una definición operativa y cuál es el objetivo de la investigación. Para controlar el perfil de los expertos, Grant y Kinney (1992) proponen conocer información sobre el nivel de formación del experto (grado académico), la edad, los años de experiencia profesional, la especialización, los años de ejercicio profesional en el área de especialidad, el puesto profesional desempeñado, la utilización de los diagnósticos en la práctica asistencial, el tiempo (años, meses) de utilización de los diagnósticos en la práctica asistencial, la formación en metodología de cuidados y medio de formación.

Con la información recopilada se genera una lista de características definitorias y de sus definiciones operativas para iniciar la ronda II.

— **Ronda II:** Características definitorias y definiciones operativas propuestas - En la ronda II se envía una encuesta en la que se interroga sobre la conveniencia (es





**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

apropiada o no) y la claridad de las características definitorias y las definiciones operativas y si desean realizar alguna observación respecto a las mismas. Con las respuestas, se averigua el porcentaje de acuerdo respecto a la conveniencia y la claridad. Con esta información se elabora una nueva encuesta para la tercera ronda en la que se aporta el porcentaje de acuerdo para cada característica definitoria y cada definición operativa. De momento no se eliminará ningún enunciado hasta la ronda IV.

— **Ronda III:** Características definitorias y definiciones operativas propuestas con porcentaje de acuerdo - Se envía nuevamente una encuesta en la que se pregunta sobre la conveniencia y claridad de las características definitorias y las definiciones operativas. Además, se aportan los porcentajes de acuerdo para cada ítem y los comentarios realizados para que puedan ser compartidos por el resto de expertos. Del mismo modo, nuevamente los expertos pueden realizar observaciones si lo consideran adecuado. Con las respuestas obtenidas se determina el porcentaje de acuerdo para cada característica definitoria y definición operativa.

— **Ronda IV:** Informe final - En la ronda IV se envía un informe final con el resultado del consenso. En esta fase se recomienda que para aceptar las características definitorias y sus definiciones operativas se haya logrado un porcentaje de acuerdo del 70% respecto a su conveniencia y su claridad.

### **Método propuesto**

El método propuesto para realizar la validez de contenido de la taxonomía por parte de la AENTDE sería una aproximación mixta utilizando aspectos definidos por Grant y Kinney (1992) en la técnica Delphi y el método de Fehring (1986) con las modificaciones de Sparks y Lien-Gieschen<sup>xviii</sup> (1994) . Así mismo, se introduciría un nuevo aspecto como es el grado de “diagnosticidad” de la etiqueta (en qué medida la etiqueta es un diagnóstico enfermero que permite la intervención independiente sin el concurso de otro profesional).

La validación se realizaría en dos fases:

#### **FASE I**

En esta fase se determinarán las dimensiones de la validez de contenido intrínseca de la etiqueta y la definición:



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**

**Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**

### Etiqueta

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

**Valores:** 1, nada inteligible; 2, poco inteligible; 3, algo inteligible; 4, bastante inteligible; y 5, muy inteligible.

**Variable:** *Capacidad de intervención:* La enfermera puede intervenir de forma independiente sin la participación de otro profesional.

**Valores:** 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.

### Definición diagnóstica

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

**Valores:** 1, nada inteligible; 2, poco inteligible; 3, algo inteligible; 4, bastante inteligible; y 5, muy inteligible.

**Variable:** *Coherencia:* La definición expresa de forma exacta el significado de la etiqueta diagnóstica y no recurre a los términos empleados en la etiqueta.

**Valores:** 1, nada coherente; 2, poco coherente; 3, algo coherente; 4, bastante coherente; y 5, muy coherente.

Se calcula el coeficiente ponderado para cada variable. 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.

Respecto la validez de contenido intrínseca de la etiqueta se valorarán cuatro aspectos:

#### **Coeficiente ponderado de Claridad de la etiqueta:**

Se considerará un valor entre 0,6 y 0,79 como alto. Los valores superiores o iguales a 0,8 se considerarán muy altos.



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.**

**Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

**Coefficiente ponderado de Capacidad de intervención:**

Para que se pueda recomendar el uso de las etiquetas diagnóstica se recomienda que las categorías diagnósticas cuente con una capacidad de intervención mayor a 0,75.

**Coefficiente ponderado de Claridad de la definición:**

Se considerará un valor entre 0,6 y 0,79 como alto. Los valores superiores o iguales a 0,8 se considerarán muy altos.

**Coefficiente ponderado de Coherencia:**

Se considerará un valor entre 0,6 y 0,79 como alto. Los valores superiores o iguales a 0,8 se considerarán muy altos.

Esta fase tiene como objetivo depurar la taxonomía con el propósito de emitir una recomendación de uso por parte del AENTDE.

<sup>i</sup> Fortin MF (1999) El proceso de investigación: de la concepción a la realización. México: McGraw-Hill. Interamericana

<sup>ii</sup> Del Pino Casado, R. Ugalde Apalategui, M.(1999) Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. Enfermería Clínica. 9(3):115-120

<sup>iii</sup> Polit-Hungler(1997) 5º Ed. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México:McGraw-Hill Interamericana Editores

<sup>iv</sup> Cuesta A., Guirao J.A., Benavent A (1994). Diagnóstico de enfermería. Adaptación al contexto español. Madrid: Diaz de Santos.

<sup>v</sup> Ugalde Apalategui, M; Rigol i Cuadra, A. (1995). Diagnósticos de enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Barcelona:Masson.

<sup>vi</sup> Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Measurement in nursing research (2º Ed). Philadelphia: F.A. Davis

<sup>vii</sup> Parker, L; Lunney, M. (1998). Moving beyond content validation of nursing diagnoses. Nursing Diagnosis.. 4(9):144-150.

<sup>viii</sup> Frías Osuna, A; Del Pino Casado, R; Germán Bes, C; Alguacil González, F; Cantón Ponce, D; Pulido Soto, A; Sánchez Jurado, L; Calleja Herrera, A; Rodríguez Cobo, D; Romero Aranda, A. (1993) Validación de la taxonomía diagnóstica de los problemas identificados con mayor frecuencia por los enfermeros en pacientes con hipertensión arterial en atención primaria. Enferm Clínica 3(3):102-108

<sup>ix</sup> Fehring,R.J.(1986). Validating diagnostic labels: standardized methodology En Hurley M.E. (Ed). Classification of nursing diagnoses. Proceedings of the sixth conference. NANDA. St Louis.. Mosby Company.

<sup>x</sup> Fehring, R (1994). The Fehring model. En: Carroll-Johnson Paquette: Classification of Nursing Diagnosis: Proceedings of the tenth conference. Philadelphia: JB Lippincott Company: 55-57



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.  
Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**



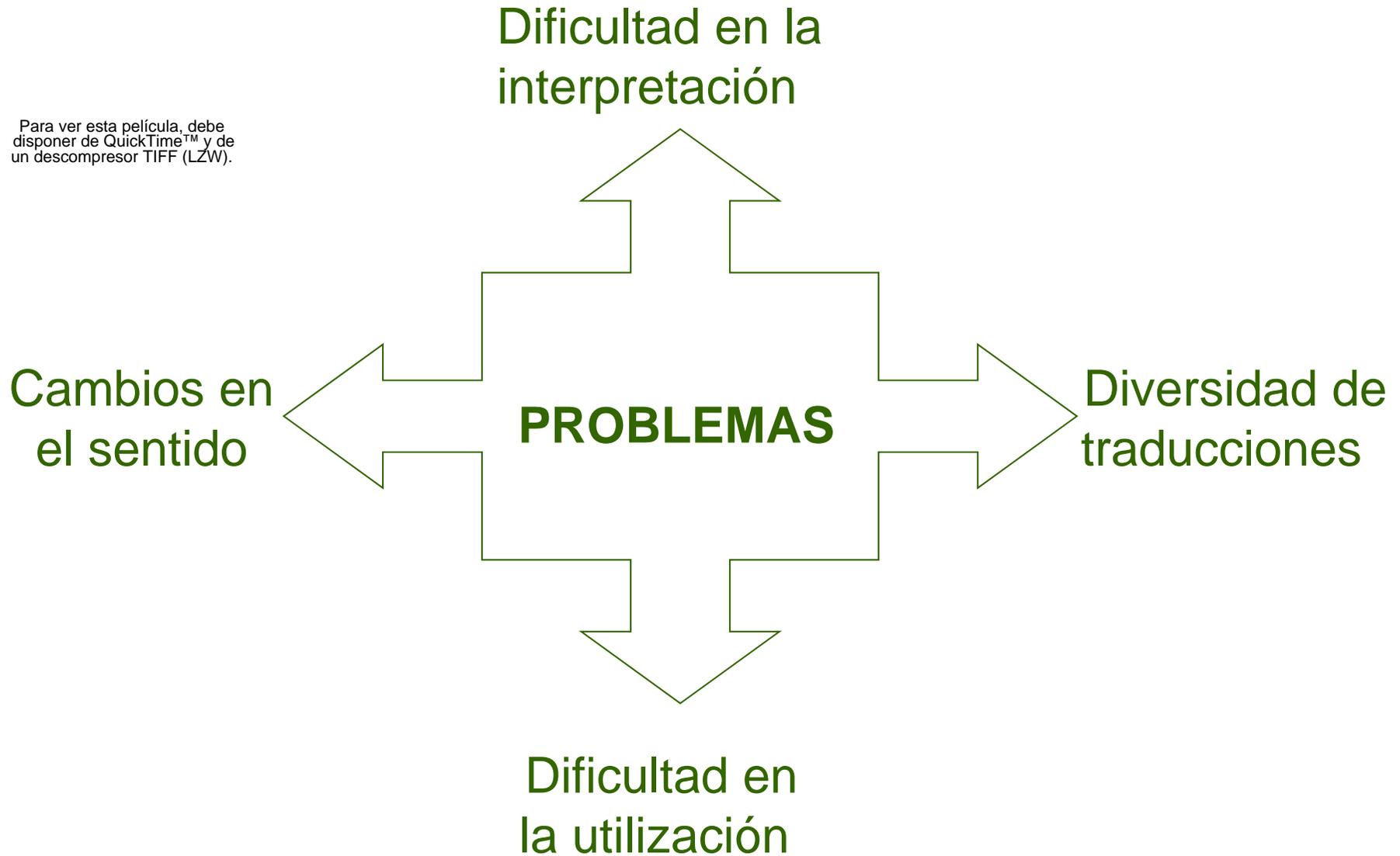
Para ver esta película, debe  
disponer de QuickTime™ y de  
un descompresor TIFF (LZW).

# **TAXONOMÍAS NANDA, NOC, NIC**

**Versión AENTDE - febrero 2004**

***Lidia Marbá Más, enfermera  
Tesorera AENTDE***

Para ver esta película, debe disponer de QuickTime™ y de un descompresor TIFF (LZW).



# PROPUESTA DE TRABAJO:

## PROPUESTA DE LA DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO ENFERMERO.

 DEFINICIÓN DE CRITERIOS PARA LA  
REVISIÓN DE LA TRADUCCIÓN DE LAS  
ETIQUETAS.

 REVISIÓN DE LA TRADUCCIÓN DE  
LAS ETIQUETAS:

- DIAGNÓSTICOS NANDA
- RESULTADOS NOC
- INTERVENCIONES NIC

Versión AENTDE- febrero 2004 - Taxonomías NANDA, NOC, NIC



## **DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO ENFERMERO:**

*Diagnóstico de enfermería, es un juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida / problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente*

*AENTDE, Mayo 2001*

**Versión AENTDE- febrero 2004 - Taxonomías NANDA, NOC, NIC**



## **CRITERIOS PARA LA REVISIÓN DE LA TRADUCCIÓN DE LAS ETIQUETAS:**

 Que no difiera la etiqueta y la definición en inglés.

 Que se comprenda bien

 Si se cumplen los anteriores criterios, se valida la traducción al español realizada por Mosby (Elsevier)

 Algunas veces se realizan correcciones gramaticales.





## DIFICULTADES:



Las dificultades radican siempre en los mismos términos.



Detectamos diferencias entre el lenguaje correcto y el lenguaje utilizado habitualmente en la práctica.



Proponemos algunos cambios en las etiquetas, para corregir algunas de estas diferencias.



## ACUERDOS:

 Siempre que aparece:  
 “Management” lo traducimos por Gestión (no control porque las actividades son facilitadoras de observación).

 Ejemplo: 0430 Gestión de la eliminación intestinal





## OTROS EJEMPLOS:



NIC 4354 “Manejo de la conducta:  
Autolesión” por Gestión de la conducta:  
Autolesiones.



NOC 0203 “Posición corporal inicial” por  
Cambio de posición corporal.



## CONCLUSIONES:

 Se trata de un borrador abierto a nuevas propuestas.

 Nuestro objetivo es el de facilitar el uso y comprensión de las diferentes clasificaciones, en nuestro país.

 Podeís consultar dichas clasificaciones en nuestra página web:

 <http://www.aentde.com>





V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA

# VALIDACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DEL DIAGNÓSTICO CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

**NOMBRE:** Beatriz Álvarez Embarba  
C/ Berlanas 5; 4ºA  
28047-MADRID  
639234441; 914639758

Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.  
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004



V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA

## RESUMEN

“VALIDACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DEL DIAGNÓSTICO CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA”

### **Introducción:**

El diagnóstico enfermero “Cansancio en el desempeño del rol de cuidador” contiene treinta y tres características definitorias.

El test de Zarit (Sobrecarga en el cuidador) no está incluido entre las características definitorias del diagnóstico pero se ha demostrado un fiel indicador del cansancio del cuidador.

### **El objetivo del estudio es:**

Analizar cuales son las características definitorias, incluyendo el Zarit, que mejor predicen el diagnóstico “Cansancio en el desempeño rol del cuidador” en atención primaria.

### **Material y métodos:**

Estudio descriptivo transversal realizado durante los meses Enero- Febrero del año 2004 en una zona básica de Madrid.

La población objeto de estudio fueron el total de los 57 cuidadores de los pacientes inmovilizados.

La recogida de datos se realizó mediante entrevista estructurada a los cuidadores con el Zarit y las características definitorias del diagnóstico cansancio rol del cuidador.

Se llevó a cabo análisis estadística descriptiva, univariada y multivariada con el paquete estadístico Spss.10.0.

### **Resultados:**

Se construyó un modelo de regresión logística, con la finalidad de determinar las variables que mejor predicen el diagnóstico cansancio rol de cuidador.

El modelo final fue el compuesto por las variables Zarit positivo y la característica definitoria preocupación por los cuidados que significó con exactitud ABC (área bajo la curva) del 95,6% con una  $p < 0,0001$ .

### **Conclusiones:**

Las características definitorias que mejor predicen el diagnóstico cansancio en el desempeño del rol del cuidador son las formadas por:

La preocupación en los cuidados y el test de Zarit, predicen hasta un 95,6% de los casos del cansancio en el desempeño del rol del cuidador.

Estos resultados podrían sugerir la implantación del Zarit como característica definitoria así como reducir el número de características definitorias.

## INTRODUCCION

En la Asamblea de las Naciones Unidas celebrada en Viena en el verano de 1982 se señaló que la población mundial pasará de 4.100 millones de personas en 1975 a 8.200 millones en el 2025 lo que significa un incremento del 102%. En este periodo la población de personas de más de 60 años, será de 1.100 millones.

Uno de los mayores problemas con que se cuentan en los países desarrollados es el envejecimiento progresivo de la población.

El aumento de la esperanza de vida provoca un incremento en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas que conllevan un mayor grado de dependencia o ayuda para realizar las actividades de la vida diaria en aquellas personas que las sufren.

Muchas son las personas en nuestro país que dedican parte de su tiempo a cuidar a estas personas dependientes.

La definición de cuidador informal que más se aproxima a nuestra población es la dada por Angels Toribio y Ana Ramirez:

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.  
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA

“Cuidador informal es la persona que no pertenece a ninguna institución sanitaria ni social y que cuida a personas no autónomas que viven en su domicilio sin percibir remuneración económica por ello.”

Se ha demostrado en diferentes estudios que si una persona hace la función de cuidador/a durante mucho tiempo y no vigila su salud, ésta se puede deteriorar fácilmente. Un cuidado prolongado puede afectar a la salud del cuidador tanto física como psíquicamente.

Los cuidadores que se cuidan están en las mejores condiciones físicas y psicológicas para mantener su bienestar y seguir cuidando de su familiar.

En Atención Primaria la prevención en todos los niveles (primario , secundario, terciario) es el objetivo prioritario

NANDA ha detectado este problema creando un diagnostico enfermero propio definido como: “Cansancio en el desempeño del rol de cuidador(1992,1998,2000)”.

Está definido como :”Dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia”.

Tiene treinta y tres características definitorias agrupadas en: actividades del cuidador, estado de salud del cuidador, procesos familiares y cuidador-receptor de los cuidados. Estas características definitorias son tanto subjetivas ( inquietud ante el futuro respecto a la salud de la persona cuidada y la habilidad del cuidador para atenderla) como objetivas ( HTA).

El test de Zarit (Sobrecarga en el cuidador) no se ha incluido entre esas características definitorias pero si se ha demostrado un fiel indicador del cansancio del cuidador en numerosos estudios en general y en un estudio llevado a cabo en este centro de salud demostró relación entre la sobrecarga y la claudicación en los cuidados en particular.

La entrevista sobre la carga en el cuidador responde a un enfoque subjetivo de la carga y, aunque esto debe tenerse en cuenta a la hora de interpretarse, los resultados de distintos estudios muestran la carga subjetiva es un buen indicador de los efectos del cuidado. De hecho, la puntuación de carga obtenida en esta escala resulta ser mejor predictor de institucionalización que el estado mental o los problemas de conducta del receptor de cuidados.

Distintos trabajos que han utilizado este instrumento informan de unas buenas propiedades psicométricas. Las puntuaciones de carga correlacionan significativamente con síntomas psicopatológicos en el cuidador, con el estado de ánimo y la salud física del cuidador, así como la calidad de la relación entre el cuidador y el receptor de cuidados.

La implantación de metodología enfermera en el área se llevó a cabo en mayo 2003.,el método de valoración empleada son los patrones funcionales de Gordon versión adaptada para su empleo en el programa informático OMI-AP. En Noviembre 2003 se introdujo en el área el cuestionario de valoración de sobrecarga del cuidador Zarit . Este test se encuentra en el patrón rol-relaciones del OMI.

Los diagnósticos enfermeros en el programa OMI-AP, cuentan con todas las características definitorias y los factores relacionados incluidos por NANDA lo que dificulta la búsqueda debido a que en algunos diagnósticos son muy numerosas siendo sólo unos pocos los más empleados en la practica diaria.

El artículo clásico sobre validación de diagnósticos enfermeros escrito por Gordon y Sweeney. establecen que “ el proceso de validación consistente en determinar si las características definitorias identificadas a priori se manifiestan agrupadas en un número suficiente de casos “, y proponen tres modelos de validación de diagnósticos: el modelo de identificación retrospectiva, el modelo de validación enfermera y el modelo clínico.

La validez de contenido de un diagnóstico concreto está determinada por la evaluación de la adecuación de las características definitorias.

Pueden utilizarse dos métodos de investigación para identificar y validar la nomenclatura de los diagnósticos de enfermería: el inductivo y el deductivo. El primero progresa desde observaciones específicas hacia generalizaciones, es decir, las observaciones que realizan las enfermeras, apoyadas en la literatura pertinente, sirven de base para intentar explicar la relación *observación específica - generalización*. De ahí puede derivarse una predicción para probar la asociación. Por otra parte, el método deductivo, comienza con generalizaciones y va hacia observaciones específicas. Actualmente se utiliza el método inductivo para establecer diagnósticos de enfermería.

Por todo esto y empleando un método inductivo **el objetivo de este estudio es:**

**“Analizar cuales son las características definitorias, incluyendo el Zarit ,que mejor predicen el diagnostico “Cansancio en el desempeño rol del cuidador” en atención primaria.”**

## **MATERIAL Y METODOS:**

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal realizado durante los meses Enero- Febrero del año 2004 en una zona básica del área 4 de Madrid ubicada en el distrito de San Blas.

**Población :**La población objeto de estudio fueron el total de los cuidadores de los pacientes inmovilizados incluidos en cartera de servicio de inmovilizados en Enero 2004 .

Para que fuesen incluidos en este estudio era necesario ser cuidadores de al menos tres meses de tiempo, por lo que se revisó fechas de inclusiones en dicha cartera de servicios.

No fue precisa muestra puesto que incluimos a la población total. El total de los pacientes inmovilizados era 87 pacientes, de los cuales 57 tenían cuidador.

**Ámbito:** La población total de pacientes adscritos al centro de salud es de 13.144 personas según tarjeta sanitaria a fecha de Enero 2004, con un porcentaje de mayores de 65 años de 1.809. El índice de dependencia de ancianos en San Blas es de 28,1% , mientras que la media del área 4 es de 22,5%

El nivel socio-económico es bajo, existiendo un número elevado de personas que no saben leer ni escribir.

### **Instrumentación y recogida de datos:**

La recogida de datos se llevó a cabo en dos fases :

1. Contacto telefónico con los cuidadores y citación en la consulta de la enfermera investigadora acordando día y hora, explicando el objeto de estudio así como la confidencialidad de los datos obtenidos.
2. Entrevista estructurada a los cuidadores en consulta concertada. Dicha entrevista consistía en dos cuestionarios:
  - El cuestionario primero tenía tres partes bien diferenciadas(Anexo I):
    1. Preguntas relativas a datos descriptivos del paciente y cuidador.
    2. Detección del diagnostico cansancio en el desempeño del rol de cuidador mediante la definición dada por NANDA 2001-2002 con respuesta dicotómica.
    3. Detección de las características definitorias del diagnostico Cansancio en el desempeño rol de cuidador NANDA 2001-2002 agrupándolas en 14 preguntas de respuesta dicotómica . Las preguntas 6 y 7 agrupaban los síntomas físicos y emocionales del paciente respectivamente. Todas las preguntas tenían respuesta dicotómica incluidas las sub preguntas relativas a la 6 y la 7.
  - El segundo cuestionario era la escala de sobrecarga del cuidador Zarit(Anexo II) cuya traducción ,validación y adaptación a nuestro medio fue llevada a cabo en 1996 por Manuel Martín y cols, es un instrumento auto administrado de veintidós ítems. Cada ítem se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde uno(no presente) a cinco( casi siempre) , y ha sido ampliamente utilizada para valorar la carga del cuidador ; es sencilla de administrar y ha demostrado fiabilidad en la adaptación transcultural . Los resultados se clasifican en tres estados de sobrecarga: entre veintidós y cuarenta y seis “no sobrecarga”, entre cuarenta y siete y cincuenta y cinco “sobrecarga leve”, y finalmente entre cincuenta y seis y ciento diez que identifica “sobrecarga intensa” respectivamente.

Los cuestionarios que en principio estaban preparados para ser auto administrados los pasó la misma enfermera debido a la dificultad de los cuidadores para la lectura o la comprensión del mismo.

### **Tratamiento estadístico:**

El tratamiento estadístico fue realizado con el paquete estadístico Spss.10.0.

Para todo el análisis se trabajó con un nivel de significación menor o igual a p 0,05.

En el análisis estadístico Zarit se dicotomizó en positivo o negativo.(positivo >45, negativo menor o igual 45).

Se llevó a cabo análisis estadístico descriptiva, univariada y multivariada.

Se empleó la Chi cuadrado cuando se relacionaban dos variables cualitativas, cuando se relacionaban dos variables una cualitativa(diagnostico cansancio) y otra cuantitativa (zarit, edad...) se empleó la t student.

En el análisis univariado se realizaron tablas de contingencia y estimación de riesgo con Ods Ratio o riesgos relativos cuando existían valores 0.

Para el análisis multivariado se realizó la regresión logística empleando el método pasos hacia atrás.

### RESULTADOS:

El análisis estadístico se llevo a cabo en tres fases: estadística descriptiva, estadística univariada y estadística multivariada.

#### ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA:

- El total de pacientes inmovilizados es 87. De ellos quienes cuentan con cuidador principal son 57 quedando 30 sin cuidador.  
De los 57, 10 fueron las pérdidas por no querer participar o no poder por falta de tiempo.
- La edad media del paciente es 79,02 siendo los rangos de edad (36-97).
- La edad media del cuidador es 65,17 siendo los rangos de edad (25-85).No se ha valorado diferencia entre las medias de edades de los cuidadores y el sexo de los cuidadores.

Se ha encontrado significación estadística entre la edad del paciente y el diagnostico de cansancio con un nivel de significación p( 0,043) cuanto más mayores los inmovilizados mayor probabilidad de diagnostico cansancio. No así para la edad del cuidador.

- El 43,3% de los cuidadores son los hijos seguido en porcentaje por 36,7% que son cónyuges.
- Los motivos de inmovilización son con un 36,7% el neurológico y un 30% el cardiovascular .
- De los 47 cuidadores 31 se diagnosticaron de cansancio rol del cuidador lo que supone un 65,9%.
- El test de Zarit fue positivo para 32 cuidadores siendo un 68% de los cuales 20 padecen sobrecarga intensa y 12 sobrecarga leve.

#### ESTADÍSTICA UNIVARIADA:

Se elaboraron tablas de contingencia con Chi cuadrado de Pearson , t de student y razón de verosimilitud así como estimación de riesgo del diagnostico cansancio en el rol cuidador como variable dependiente y cada una de las características definitorias , el Zarit y las descriptivas como variables independientes encontrando las que mayor asociación con la variable cansancio desempeño rol cuidador tanto con Ods ratio como con riesgo relativo con un nivel de significación +/- ( p < 0,05).

Entre las más potentes destacamos aquellas con un Ods Ratio mayor de 5 como se muestra en la tabla siguiente:

**TABLA I: ESTIMACIÓN DE RIESGO :** (Variable dependiente Cansancio rol del cuidador.)

VARIABLES	ODS RATIO	RIESGO RELATIVO	P
SEXO CUIDADOR	0,236		0,062
PROBLEMAS DESEMPEÑAR TAREAS		0,387	0,000



V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA

VARIABLES	ODS RATIO	RIESGO RELATIVO	P
PREOCUPACIÓN POR CUIDADOS	14,7		0,000
INQUITUD SALUD INMOVILIZADO	4,792		0,014
PREOCUPACIÓN CAER ENFERMO		1,6	0,000
PREOCUPACIÓN INGRESO CUIDADOR		1,6	0,000
HTA CUIDADOR	3,046		0,081
ENFER CARDIOVASCULAR CUIDADOR		1,6	0,068
DM CUIDADOR		1,61	0,089
SENTIMIENTOS DEPRESIVOS		1,76	0,009
TRASTORNOS SUEÑO	8,5		0,005
IRA		1,6	0,006
ESTRES	7,143		0,056
CAMBIO TIEMPO LIBRE	28		0,000
NERVIOSISMO CRECIENTE	7,467		0,007
LABILIDAD EMOCIONAL		1,7	0,026
IMPACIENCIA POR TODO	4,421		0,063
FALTA DE TIEMPO	12,727		0,001
CAMBIO DEL TIEMPO LIBRE	28		0,000
COMPRESIÓN ESTADO DEL PACIENTE	1,63		0,06
PREOCUPACIÓN FAMILIAR	1,89		0,002
ZARIT	30,7		0,000
EDAD PACIENTE	1,05		0,064

Las variables independientes:

- Descriptivas :vínculo familiar, motivo inmovilización , sexo paciente, edad cuidador
- Características definitorias: trastornos digestivos, cambio peso sin hacer dieta, erupciones cutáneas, fatiga crónica, cefaleas frecuentes, somatización, frustración, vida social, participación en trabajo, promoción trabajo, conflictos familiares.

No son significativas a nivel estadístico con esta prueba.

ESTADISTICA MULTIVARIADA:

Se construyo un modelo de regresión logística , con la finalidad de determinar las variables que mejor predicen el diagnostico cansancio rol de cuidador , de manera independiente.

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.  
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



Las variables incluidas en el modelo fueron aquellas que en el análisis univariado hubieran tenido un nivel de significación menor o igual al 5% y fueran razonables desde el punto de vista biológico.

El mejor modelo final fue el compuesto por las variables Zarit positivo a sobrecarga leve o intensa y por la característica definitoria preocupación por los cuidados que significó el 72,5% de la variabilidad del diagnóstico enfermero cansancio rol del cuidador. Para este diagnóstico el modelo tiene una sensibilidad de 93,5% y una especificidad de 81,3%, CPP (Cociente Probabilidad Positiva) de 5 y una exactitud ABC (área bajo la curva) del 95,6% con una  $p < 0,0001$ .

Comparando dicho modelo, con el modelo más simple, formado por la variable: Zarit, la sensibilidad, la especificidad y el CPP no varían, pero disminuye el ABC, como se aprecia en la siguiente tabla:

**TABLA II: MÉTODO PASOS HACÍA ATRÁS (Máxima verosimilitud)**

MODELO FINAL			MODELO SIMPLIFICADO		
VARIABLES	OR <sup>1</sup>	P	VARIABLES	OR	P
ZARIT	63,8	0,000	ZARIT	62,8	0,000
PREGUNTA 2 <sup>3</sup>	15	0,03			
<b><u>SENSIBILIDAD:</u></b> 93,5%	<b><u>ABC<sup>2</sup>:</u></b> 95,6 % (89,9-1,01)		<b><u>SENSIBILIDAD:</u></b> 93,5 %	<b><u>ABC:</u></b> 87,4% (75-99,8)	
<b><u>ESPECIFICIDAD:</u></b> 81,3%	<b><u>P:</u></b> 0,000		<b><u>ESPECIFICIDAD:</u></b> 81,3%	<b><u>P:</u></b> 0,000	
<b><u>CPP<sup>4</sup>: 5</u></b>			<b><u>CPP: 5</u></b>		

1-Ods Ratio .2-Área Bajo la Curva. 3- Pregunta 2 : Preocupación por los cuidados.4.Cociente Probabilidad positiva

### CONCLUSIONES:

Es importante destacar el porcentaje elevado de diagnóstico de cansancio en el rol de cuidador, así como el porcentaje de sobrecarga en los cuidadores en la población del centro de salud de San Blas.

Respondiendo al objetivo del estudio se ha podido concluir que las características definitorias que mejor predicen el diagnóstico cansancio en el desempeño del rol del cuidador son las formadas por:

La preocupación en los cuidados y el test de zarit, puesto que predicen hasta un 95'6% de los casos el cansancio en el desempeño del rol del cuidador, así bien el zarit por separado también es un buen predictor del cansancio en el desempeño del rol del cuidador con un porcentaje del 87'4% todo ello con una especificidad del 81'3% y una sensibilidad del 93'5%.

Con estos resultados se podría sugerir la implantación del Zarit como característica definitoria así como reducir el número de características definitorias a aquellas que se han demostrado potentes en la estadística univariada como son:

- Preocupación por los cuidados
- Zarit
- Falta de tiempo para las necesidades personales del cuidador
- Trastornos del sueño del cuidador.

Por último, este estudio se podría completar haciéndolo extensivo a una mayor población para que exista un número suficiente de casos para ser validado en Atención Primaria.

#### **ANEXO I:**

**Nº IDENTIFICACIÓN:**

**EDAD CUIDADOR:**

**VINCULO :**

**EDAD PACIENTE:**

**MOTIVO INMOVILIZACIÓN:**

#### **CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR:**

**¿Existe dificultad para desempeñar el papel de cuidador? SI NO.**

1. ¿Tiene problemas para completar las tareas que genera el paciente?. **SI NO.**
2. ¿Se preocupa por los cuidados que realiza al paciente? **SI NO.**
3. ¿Tiene inquietud por la salud futura del paciente y su habilidad para atenderlo? **SI NO.**
4. ¿Le preocupan los cuidados que necesita el paciente si usted cae enfermo? **SI NO.**
5. ¿Y si a usted le ingresan? **SI NO.**
6. ¿Tiene algún síntoma o enfermedad de las que describimos aquí de forma crónica?:( rodéelas con un circulo en caso afirmativo):
  - Trastornos gastrointestinales crónicos.
  - Cambios de peso sin hacer dieta.
  - Erupciones cutáneas.
  - Hipertensión.
  - Enfermedad cardiovascular.
  - Diabetes.
  - Fatiga crónica.
  - Cefaleas frecuentes.
7. **¿Tiene alguno de estos síntomas de forma crónica?( rodéelos en caso afirmativo):**
  - Sentimientos depresivos.
  - Trastornos del sueño.
  - Ira .
  - Estrés.
  - Somatización.
  - Nerviosismo creciente.
  - Labilidad emocional creciente.
  - Impaciencia por todo.
  - Falta de tiempo para las necesidades personales.
  - Frustración.
8. ¿Participa de la vida social? **SI NO**

9. ¿Ha cambiado las actividades de tiempo libre? **SI NO**
10. ¿Ha tenido menor productividad en su trabajo?. **SI NO**
11. ¿Ha tenido que rechazar promociones profesionales?. **SI NO**
12. ¿ Tiene problemas para entender como afecta la enfermedad de su familiar?  
**SI NO**
13. ¿Ha tenido conflictos familiares con frecuencia desde que cuida a su familiar?  
**SI NO**
14. ¿Están preocupados los miembros de la familia de forma habitual? **SI NO**

#### **ANEXO II-TEST DE ZARIT:**

***A continuación se presenta una lista de frases que refleja cómo se sienten algunas personas***

***cuando cuidan a otra persona.***

***Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera.***

***No existen***

***respuestas correctas o incorrectas.***

**A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**

- 1.- ¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?
- 2.- ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo? !!!!!
- 3.- ¿Se siente estresado/a al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (Ej con su familia o trabajo) !!!!!
- 4.- ¿Se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar/paciente? !!!!!
- 5.- ¿Se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar/paciente? !!!!!
- 6.- ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa? !!!!!
- 7.- ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente? !!!!!
- 8.- ¿Siente que su familiar/paciente depende de usted? !!!!!
- 9.- ¿Se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente? !!!!!
- 10.- ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente? !!!!!
- 11.- ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente? !!!!!
- 12.- ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente? !!!!!
- 13.- (***Sólo si el entrevistado vive con el paciente***). ¿Se siente incómodo/a para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente? !!!!!
- 14.- ¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar? !!!!!

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.  
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

15.- ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar/paciente además de sus otros gastos? !!!!!

16.- ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho más tiempo? !!!!!

17.- ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó? !!!!!

18.- ¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar/paciente a otra persona? !!!!!

19.- ¿Se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente? !!!!!

20.- ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente? !!!!!

21.- ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace? !!!!!

22.- En general, ¿se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar de su familiar/paciente? !!!!!

**TOTAL:**

**BIBLIOGRAFIA**

- RIOS ORTIZ MA, RUEDA LÓPEZ, G. CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR. METAS DE ENFERMERÍA 2001; VOL. IV; (30-36).
- BELENGUER TARIN, M.V., ALIAGA ABAD F. AUTONOMÍA FUNCIONAL Y OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE EN PERSONAS MAYORES. REVISTA DE ENFERMERÍA ROL 2000;VOL. 23;(231-234)
- LUIS RODRIGO, M.T. LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: REVISIÓN CRÍTICA Y GUÍA PRÁCTICA. II EDICIÓN MASSON (327-329)
- DEL PINO CASADO, R. ACTUALIZACIÓN EN VALIDACIÓN DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. CORREO AENTDE, 2004
- MARTÍN, M. SALVADOR I. ETS COLS. ADAPTACIÓN PARA NUESTRO MEDIO DE LA ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT. Rev. GERONTOL 1996; 6:338-46



V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA



Universidad de Guanajuato  
Facultad de Enfermería y  
Obstetricia de Celaya



EFFECTO DE LA MEDITACIÓN COMO UN RECURSO DEL CUIDADO  
DE ENFERMERIA PARA CONTROLAR LA HIPERTENSIÓN

Presenta

MC. Maria de Lourdes Navarro Arroyo

---

Maestra en

Ciencias de Enfermería

Autores: MC. Maria de Lourdes Navarro Arroyo  
Dra. Maria Elena Espino Villafuerte  
MC. Horlanda Rosales Barrera  
MC. Guadalupe Lugo Galàn  
MC. Paula Eloisa Pacheco

Celaya Guanajuato, México Abril de 2003

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.  
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

## RESUMEN

### **Introducción:**

La profesión enfermera en el área de la salud constituye la piedra angular en el cuidado de la salud de la población; su potencialidad transformadora de los estilos de vida, formador de cultura sanitaria, poder tratar el riesgo antes que la enfermedad, brindar una atención continua a la población, le confieren facultades únicas. El objetivo del trabajo fue evaluar los efectos del cuidado de Enfermería, mediante la meditación, a los pacientes con hipertensión primaria, mediante el control de las cifras de tensión arterial.

### **Material y métodos/Desarrollo conceptual,**

Este trabajo se enmarca en la Teoría de los Seres Humanos Unitarios de Martha Roger's. Ella tiene muchos planteamientos adecuados para el futuro. Afirmando: «sólo en la medida en que la ciencia enfermera adquiera forma y contenido, el arte de la enfermería podrá alcanzar una nueva dimensión en su talento». El estudio fue experimental, longitudinal. La población de estudio estuvo constituida por pacientes hipertensos. La muestra fue no probabilística y quedó conformada con 33 sujetos, se dividió en forma aleatoria en grupo control ( $n_1=16$ ) y grupo experimental ( $n_2=15$ ). En el grupo experimental se manipuló la variable independiente a través de la meditación durante cuatro meses, midiendo diariamente sus cifras tensionales. Al grupo control, se le midieron también diariamente sus cifras tensionales sin experimento. Manteniendo ambos grupos semejantes condiciones de vida durante el tiempo de tratamiento.

### **Resultados y conclusiones.**

Se aplicó la prueba "t" de student para la comparación de medias de grupos independientes, la cual reveló que el efecto fue superior significativamente para la tensión sistólica ( $P=0.000$ ), y para la tensión diastólica, ( $P=0.027$ ), en el grupo experimental que en el grupo control. De ahí que la meditación como método no invasivo para el control de la hipertensión, es un recurso en el cuidado de enfermería de los pacientes hipertensos.

**(Palabras clave:** Cuidado de Enfermería no invasivo, Meditación, Hipertensión, Teoría de los Seres Humanos Unitarios de Martha Roger's)

## I. INTRODUCCION

La Norma Oficial Mexicana (NOM.2000), reporta que la hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en el mundo, y en México, según cifras de la Secretaría de Salud, el 26.6% de la población de 20 a 69 años padece esta enfermedad. Es importante señalar que enfermería por ser una profesión del área de la salud constituye la piedra angular en la atención de la salud de la población, su potencialidad transformadora de los estilos de vida, de formador de cultura sanitaria, de poder tratar el riesgo antes que la enfermedad, de brindar una atención continua a la población, le confieren facultades únicas

La enfermería a lo largo del tiempo se ha desarrollado como ciencia y como profesión, pero todo cambio, y aún más toda consolidación debe ir respaldada por una teoría (que le da sentido y metodología), y por una práctica (que la hace útil y funcional).

Este trabajo tiene como marco de referencia la gran teoría de los Seres Humanos Unitarios de Martha Roger's. Ella tiene muchos planteamientos adecuados para el futuro. Afirma que «sólo en la medida en que la ciencia de la enfermería adquiera forma y contenido, el arte de la enfermería podrá alcanzar una nueva dimensión en su talento». Sigue concediendo una importancia excepcional a los servicios de enfermería como algo indispensable para la salud y la seguridad pública.

Aún cuando no descalifica el avance tecnológico en el cuidado de la salud, ella habla de nuevas técnicas en el cuidado de la salud de modalidad no – invasiva. Entre esas técnicas ella propone el empleo del toque terapéutico, imaginación, meditación, relajación, amor incondicional, actitudes de esperanza, humor, disposición optimista, el uso del color, sonido y movimiento.

De ahí que en el presente trabajo de investigación se propuso la utilización de la **meditación** como un recurso que puede utilizar el profesional de enfermería en la atención de pacientes con HTA.

Cada año un número considerable de nuevos individuos se une al grupo de hipertensos que existen en la población. Por la importancia del control de la HTA como enfermedad y a su vez como factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, es importante el conocimiento cabal del modo de atención del personal de enfermería lo que constituye un objetivo y propósito de primer orden de este estudio de investigación.

Ante dichas circunstancias, la intervención de enfermería puede ser determinante desde una nueva perspectiva en el cuidado de los seres humanos con HTA. Ya que actualmente, la atención está centrada fundamentalmente en la atención de otros factores que agravan la HTA y se descuida el factor "estrés ", el cual, es un patrón de vida definitorio en la presencia y agravamiento de esta enfermedad.

Debido a su bajo costo tendrá impacto favorable no solo para el paciente sino también para el sector salud, ya que será menor el requerimiento de medicamentos y la disminución en la frecuencia de la necesidad de atención para salud

Existen muchos estudios científicos, (Hernández Alberto [et.al] 1994).que tratan la etiología de la HTA y la mayoría de ellos han encontrado que los estímulos externos (estrés, sobre tensión), es lo que desencadena una hiperactividad simpática que por diferentes vías provoca la Hipertensión Arterial.

En la actualidad existen múltiples teorías ( Elghozi J.L.[et.al] 1992) que tratan de explicar esta patología a partir de la alteración de un sistema o un componente biológico, pero ninguna llega a explicar el fenómeno como un todo. Por tanto se estima que aún a los albores del siglo XXI mantiene vigencia la "teoría de Mosaico" de Page, postulada en 1949 en la que plantea que la

HTA se debe a la falla de múltiples factores y sistemas estrechamente relacionados entre sí, más que a la alteración básica de algunos de ellos.

A pesar que desde la década de los 50' se sabía que la HTA intervenía en el aumento de la morbilidad cardiovascular en los países desarrollados, fueron los estudios realizados en las décadas de los 60' y de los 70' los que claramente mostraron la relación entre HTA y las muertes por complicaciones vasculares en los órganos blancos: corazón, cerebro, riñón y vasos sanguíneos. Como consecuencia de este hecho se produjo un gran estímulo a la investigación en aspectos epidemiológicos y básicos, tales como sus mecanismos fisiopatológicos.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la mayoría de los investigadores que se han dedicado al estudio de la HTA como problema fundamental y clínico, han llegado a considerar que es debido a la regulación anormal de múltiples factores que interactúan para conservar la presión arterial fisiológica.

Según datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades cardiovasculares y dentro de ellas la HTA, deben ser consideradas como un problema de salud prioritario en las Américas, con enormes repercusiones sociales y económicas. Esto es aún más evidente si se considera el hecho de que un número apreciable de pacientes, cuando buscan atención médica por HTA, y son detectados por el equipo de salud en centros de atención, ya presentan complicaciones y daño de los órganos blancos lo que se explica en parte por ausencia de sintomatología en sus fases iniciales.

Las medidas dirigidas a toda la población con el objetivo de disminuir las cifras medias de Tensión arterial (T.A) pueden tener efectos fabulosamente buenos en la morbilidad de enfermedades asociadas a la Hipertensión Arterial (HTA), por ejemplo: una disminución de un 4% de la cifra de TA podía estar acompañada por la disminución del 9% de la mortalidad por cardiopatía isquémica y el 20% por accidente vascular encefálico.

Existe una gran cantidad de trabajos de investigación en enfermería, que sugieren la preocupación de este profesional, por mejorar día con día el cuidado que se brinda desde una perspectiva integral y no solo biológica no solo por medio de procedimientos invasivos sino también con técnicas que permiten proporcionar cuidados de calidad, teniendo en cuenta que el hombre es un ser humano integral, cuya atención debe garantizar su completa y mantenida mejoría.

La meditación como intervención de enfermería, dentro de la corriente teórica de Martha Roger's, es un método de ejercicios prácticos, cuyo objetivo es el correcto funcionamiento de todos los sistemas que componen el organismo humano. Un instrumento válido de mejora en dos situaciones determinadas: por un lado tiene un carácter preventivo, es decir, nos enseña cómo vivir sanamente disminuyendo el estrés, y por otro lado presenta un carácter correctivo, de manera que nos permite cambiar hábitos erróneos en la cotidianidad de la vida. El proceso de cambio sugerido por la metodología de la meditación es gradual y está basado en la educación, en un aprendizaje que parte de la propia experiencia y en el mantenimiento regular de su práctica.

La meditación puede ser importante hoy día como respuesta al alto nivel de estrés en la sociedad moderna. Diferentes investigadores alrededor del mundo estudian la relación entre estrés y salud. Como un resultado de estas investigaciones se sabe que el estrés puede causar o empeorar desordenes digestivos, crear hipertensión, aumentar los niveles de colesterol dañando las arterias, agravar enfermedades del corazón, empeorar condiciones intestinales, acrecentar la susceptibilidad a infecciones y virus, intensificar la percepción de dolor, crear dolor de cabeza, contribuir a desordenes inflamatorios y dificultar la recuperación posterior a traumas corporales.

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.  
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

Revisando algunos de estos estudios, se encuentran resultados muy impresionantes en el caso de Delmonte (1985), en donde utilizó mediciones de lactato en sangre, flujo sanguíneo, niveles hormonales, fenilalanina en plasma y metabolitos neurotransmisores, concluyó que no hay una fuerte evidencia de que la meditación esté asociada con un estado especial o con efectos característicos a un nivel bioquímico.

Sin embargo, más recientemente, Elías y Wilson (1995) plantearon que la “meditación”, está asociada con cambios en la secreción y liberación de varias hormonas pituitarias que minimizan los efectos del neurotransmisor inhibitorio ácido gamma aminobutírico.

Otro estudio (Sudsuang 1991), indicó que la práctica de la “meditación”, produce cambios bioquímicos y fisiológicos, y reduce el tiempo de reacción. Se encontró que después de la meditación, los niveles de cortisol sérico estaban significativamente reducidos, el nivel de proteínas séricas incrementado significativamente, y las presiones sistólica y diastólica y la frecuencia del pulso, significativamente reducidas. La capacidad vital respiratoria y la ventilación voluntaria máxima estaban mucho más bajas después de la meditación que antes. Se produjo también una gran disminución en el tiempo de reacción.

Los resultados de un estudio realizado por Massion et al.(1995) son compatibles con la hipótesis de que la práctica regular de la meditación, está asociada con un incremento de los niveles fisiológicos de melatonina. Es posible que esta sustancia esté relacionada con una variedad de funciones biológicas importantes para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades, incluyendo el cáncer de mama y de próstata.

Harte et al.(1995) encontraron que después de la meditación se produce una elevación significativa de los niveles plasmáticos de la hormona liberadora de la corticotropina (HLC), sin diferencias significativas con la elevación que se produce de esta hormona después de una carrera, lo cual indica que el ejercicio físico no es un requisito esencial para la liberación de la HLC.

Mientras que mucho se ha aprendido experimentalmente sobre la meditación, la investigación todavía está en sus primeros tiempos. Se pueden decir que hasta ahora, se sabe relativamente poco sobre los lazos entre las metas tradicionales de la meditación y las medidas experimentales. Más atención se ha dado al ritmo cardíaco que a la apertura del corazón. La investigación futura necesitará prestar más atención a los medios avanzados y sus metas transpersonales (Shapiro, 1990). Ya que sigue habiendo la visión de un gran puente entre la meditación y de la ciencia del cuidado de la salud, por lo que es también digno de investigar.

Con la perspectiva de colaborar con una práctica de enfermería sustentada en el conocimiento científico y basada en la Teoría de Enfermería de los Seres Humanos Unitarios, que propone la utilización de técnicas complementarias en la atención de la salud del paciente desde una visión de atención integral, se ha desarrollado la presente investigación.

## II. MATERIAL Y METODOS

### 2.1 Tipo de estudio

El estudio fue cuasiexperimental, en el cual se realizó la intervención de enfermería manipulando la variable independiente (cuidado de enfermería basado en la meditación) con el fin de determinar su efecto en el control de la hipertensión (variable dependiente). Se aplicó el proceso aleatorio simple a partir del marco muestral en la asignación de los sujetos a los grupos de estudio (control y experimental) por medio de sorteo, lo que permitió que los grupos fueran comparables en las variables más relevantes en relación al problema de estudio, más adelante se describen los elementos que caracterizaron este diseño. También fue longitudinal ya que se hicieron varias mediciones de la variable dependiente.

### 2.2. Universo y Muestra

La población del estudio quedó constituida por 31 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial primaria leve que solicitaron atención en el Hospital Adolfo Prieto de Taxco, Guerrero durante los meses de Agosto y Septiembre del 2001.

La determinación de la muestra fue **no probabilística**, se incluyeron en el estudio al 100% N=31 de los pacientes atendidos por crisis hipertensiva,. Bajo las siguientes criterios:

#### 2.2.1. Criterios de inclusión.

- Patología: Hipertensión Arterial primaria.
- Voluntariedad del paciente.
- Edad de 40 a 50 años Ambos sexos.
- Estar orientado en cuanto a identidad, lugar y tiempo.

#### 2.2.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes con Hipertensión Arterial secundaria.
- Trastornos psíquicos.
- Embarazo y puerperio.
- Enfermedades malignas.
- Enfermedades crónicas no transmisibles.
- Negación del paciente.

#### 2.2.3. Criterios de salida.

- Abandono voluntario.
- Aparición de cualquiera de las circunstancias consideradas como criterio de exclusión.
- Aparición de complicaciones de la enfermedad de base.

### 2.3 Instrumentos

Se utilizaron para el trabajo de campo los siguientes instrumentos y formatos:

- Instrumento de evaluación inicial (Apéndice 1). Incluye los datos generales de los sujetos de estudio y la evaluación de enfermería inicial antes de comenzar la intervención de enfermería objeto de experimento.
- Formato de consentimiento de los sujetos de estudio (Apéndice 2). que expone el objetivo del experimento, la voluntariedad, y la posibilidad de salida.
- Cedula de registro del cumplimiento a la sesiones de meditación.(Apéndice 3)
- Hoja de registro diario de las cifras de tensión arterial de los sujetos de estudio. (Apéndice 4).
- Cedula de evaluaciones periódicas (Apéndice 6). Conteniendo apartados para el registro de las evoluciones semanales de las cifras tensionales, así como la medición de las variables espurias.
- Instrumento de evaluación final (Apéndice 7) para registro de la evaluación de enfermería clínica después de terminar la intervención.
- 5 Esfignomanómetros de mercurio.

- Estetoscopios.
- Salón para sesiones equipado con sillas y colchonetas.

## 2.4 Procedimientos

### 2.4.1 Selección de los sujetos de investigación.

La selección de los pacientes se realizó en el hospital Adolfo Prieto en los servicios de urgencias y medicina interna, los cuales solicitaron atención por crisis hipertensiva. Se realizó una entrevista para realizar una valoración previa (Apéndice 1) que permitiera la identificación de los sujetos susceptibles de participar en el estudio. Ya identificados se les solicitó su consentimiento por escrito (Apéndice 2) para participar en el estudio, proporcionando la información necesaria sobre las condiciones de su participación, del tratamiento y sobre la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento sin consecuencias para su atención. El tratamiento del que fueron objeto de estudio se empleó fundamentado en los efectos terapéuticos de la meditación determinados por estudios experimentales realizados con anterioridad y por tanto capaz de producir curación. La intervención de enfermería bajo la perspectiva de la meditación no representó riesgo para el paciente.

### 2.4.2 Asignación de los sujetos a los grupos de estudio.

Después de identificados y reclutados los sujetos susceptibles a participar en el experimento, se les amplió la información sobre el proyecto de investigación

Aplicando el método de aleatorización simple de la muestra, se elaboró un marco muestral con los 31 sujetos de estudio y se llevó a cabo un sorteo, el que permitió conformar el grupo control y el grupo experimental. El tamaño de las muestras quedó de la siguiente forma:

Grupo control = 16, Grupo experimental = 15.

Donde el grupo experimental recibió una intervención de enfermería basado en la meditación, esperando controlar y disminuir la presión arterial respecto al grupo control, debido a la intervención de enfermería..

### 2.4.3. Trabajo de campo

- La **valoración previa** fue realizada en el área hospitalaria posterior a la crisis hipertensiva.
- La **información** sobre el proyecto de investigación fue realizada en el salón donde se llevaron a cabo las sesiones de meditación, y también ahí los pacientes que aceptaron participar en el estudio y **firmaron el consentimiento** para su participación.
- 5 licenciadas en enfermería previamente entrenadas en la técnica idónea de la toma de Presión Arterial, **monitorearon diariamente las cifras de tensión arterial** de todos los sujetos participantes en el estudio, en su hogar por las mañanas con un esfigmomanómetro de mercurio, cuya calibración se comprobó de manera periódica por un profesional. El **registro de las cifras** se realizó en el instrumento gráfico correspondiente (anexo 4), las cuales se concentraron semanalmente ( anexo 6) con el investigador principal para su evaluación.(Variables básicas de respuesta).
- La **técnica de medición** fue la siguiente:
  1. Respecto al paciente y su entorno:
    - a) Unos 30 minutos antes de la toma de T.A el paciente tenía que haber vaciado la vejiga, no fumar, no ingerir alimentos, café, alcohol o medicamentos que pudiesen modificar la T.A, no haber utilizado vasoconstrictores nasales ni haber realizado ejercicio físico.
    - b) Desde 5 minutos antes, tenía que estar sentado, relajado y tranquilo, con la espalda y el brazo apoyados.
    - c) Al iniciar la medición, sin ropa ajustada y el brazo apoyado a la altura del corazón y con la palma de la mano hacia arriba.
    - d) La primera medición se efectuó en los dos brazos y, posteriormente, si había diferencias entre ellos, las mediciones se realizaron en el brazo de T.A más elevada.
  2. Respecto a la técnica:
    - a) Se localizó el pulso radial. Se insufló el manguito 30 mmHg por encima de la presión de obliteración del pulso, se abrió la válvula y se descendió a una velocidad de 2-3 mmHg por segundo o latido, con el diafragma del estetoscopio sobre la arteria braquial, identificando los



ruidos de Korotkoff, que se escuchan de forma progresiva al desinflar el manguito y que corresponderían a:

- Fase I: sonido abrupto e intenso seguido de otros dos iguales que indica que la Presión Arterial Sistólica sobrepasa la presión de inflado del manguito.
- Fase II: el sonido se intensifica y prolonga, percibiéndose claro e inequívoco.
- Fase III: el sonido sigue siendo alto y claro, escuchándose un leve murmullo inicial y final.
- Fase IV: reducción brusca de intensidad y murmullo casi continuo.
- Fase V: desaparición total de ruidos que determina el valor de la Presión Arterial Diastólica.

c) Se anotaron las cifras de Presión Arterial de la forma más exacta posible.

➤ **Diseño para la intervención:** El grupo experimental, recibió dos sesiones semanales de meditación dirigida por el investigador y monitorización diaria de la tensión arterial en su hogar y el grupo control solo tuvo la monitorización diaria de la tensión arterial también en su hogar.

➤ **Tratamiento (intervención de enfermería).** Sesiones de MEDITACIÓN. Los pacientes asistieron a dos sesiones de meditación a la semana durante dos horas, los días específicos fueron los lunes y los jueves, las sesiones fueron dirigidas por el investigador principal las cuales estuvieron sustentadas en los ejercicios de relajación y meditación de Anthony de Mello y del P. Ignacio Larrañaga, y las narraciones del libro llamado “de la Metáfora a la Metamorfosis” del P. Jorge Amado Vázquez, estuvieron organizadas de la siguiente manera:

- Relajación corporal.
  - Relajación mental.
  - Vacío mental.
  - Concentración.
  - Autocontrol.
  - Técnicas de olvido.
  - Respiración abdominal, torácica, alterna y rítmica.
  - Reflexión conjunta de vivencias, esperanzas, desconsuelos y euforias.
  - Técnica del abandono. .
- **Tiempo de la intervención de enfermería (tratamiento):** 4 meses (el tratamiento fue de Septiembre de 2001 a Diciembre del 2002) Se explicó al paciente la importancia para su salud y para el estudio, su participación puntual (anexo 3) a las sesiones de meditación.
- **Control de las variables espurias.** De las variables espurias consideradas en el presente estudio, fueron. Peso, Dieta, Ejercicio y Medicamento, las cuales se controlaron de la siguiente manera: Tomando en cuenta que estas son datos muy variables de un sujeto a otro y que pueden estar presentes o no en todos los sujetos y que la asignación aleatoria permitió garantizar que estas estuvieron distribuidas en los dos grupos de estudio, fueron identificadas en cada sujeto al inicio del tratamiento. Se les solicitó a cada uno de ellos que no modificara estas variables durante el estudio, para lo cual se registraron (Anexo 6) una vez por mes y al final del tratamiento y pudo verificar su constancia. Por lo tanto, se mantuvo el uso del tratamiento que el paciente tenía para controlar la hipertensión. La utilización de cualquier otro medicamento fue evaluada individualmente. De aparecer otra enfermedad en el transcurso de la investigación se le orientó consultar a su médico

#### 2.4.4. Categorías de análisis

##### Paciente controlado:

- Aquel que en todas las tomas de presión arterial durante los cuatro meses de tratamiento tuvo cifras inferiores a 140/90.

##### Paciente parcialmente Controlado:

- Aquel que en el período de tratamiento ha tenido el 60% o más de las tomas de presión arterial con cifras inferiores a 140/90.



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

**Paciente no controlado**

- Aquel que en el período de tratamiento, tuvo menos del 60% de las cifras de presión arterial con cifras inferiores a 140/90.

**2.4.5. Tratamiento de los datos.**

- Todos los instrumentos fueron llenados en tinta y por el investigador, excepto la del consentimiento informado que fue llenado por el paciente también.
- Se elaboró un libro de códigos que permitió conformar una base de datos en la computadora, creando un archivo permanente.
- Una vez que los datos fueron codificados, se transfirieron a una matriz de datos para proceder a analizarlos.

**2.4.6. Análisis estadístico.**

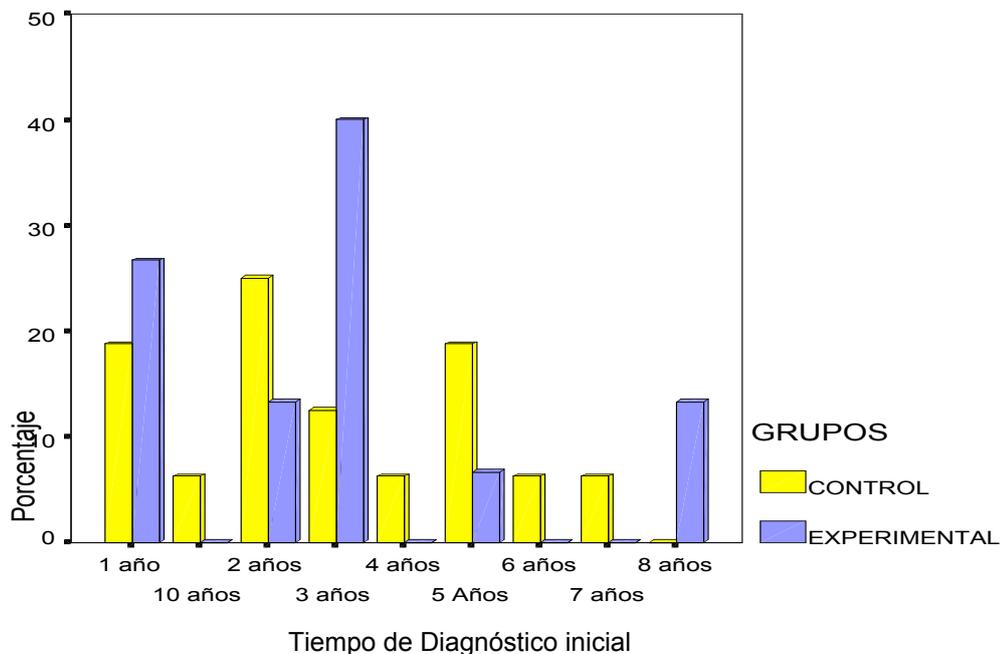
Para el análisis estadístico, en primer lugar se utilizaron los procedimientos descriptivos, que permitieron analizar y presentar los parámetros fundamentales de los sujetos de estudio. En segundo lugar, para la comprobación de la hipótesis se utilizó la prueba paramétrica "t" de student para diferencias de medias de dos poblaciones independientes. La variable de medición (dependiente) fue la presión arterial, la cual se midió por dos indicadores, presión sistólica y diastólica, esto origino una media para la presión sistólica y otra para la diastólica, lo cual a su vez origino que la prueba de hipótesis basada en la prueba t se aplicara una vez para presión sistólica y otra para la presión diastólica, con respecto a la variable independiente que fue el tratamiento basado en la meditación.

### III RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para el análisis de los resultados estos se presentan en dos momentos: 1°. se describen las características de los grupos de estudio  $n_1=16$  (grupo control) y  $n_2=15$  (grupo experimental), que para fines de este estudio era importante tomar en cuenta, entre ellas se consideraron el tiempo de detección del padecimiento, la forma de detección, la forma de control del mismo (variables espurias), las cuales se contemplan en este apartado. 2° se analizan las pruebas estadísticas que han permitido la comprobación de la hipótesis de trabajo de esta investigación.

**3.1 Descripción de los datos:** Análisis de las principales características de los sujetos que intervinieron el estudio experimental, con la intervención de enfermería basada en la meditación para el control de la Hipertensión.

GRAFICA 1  
Tiempo de diagnostico de la enfermedad  
De los dos grupos.  
Taxco, Gro. 2002



Fuente: Valoración inicial a los sujetos participantes en el estudio.

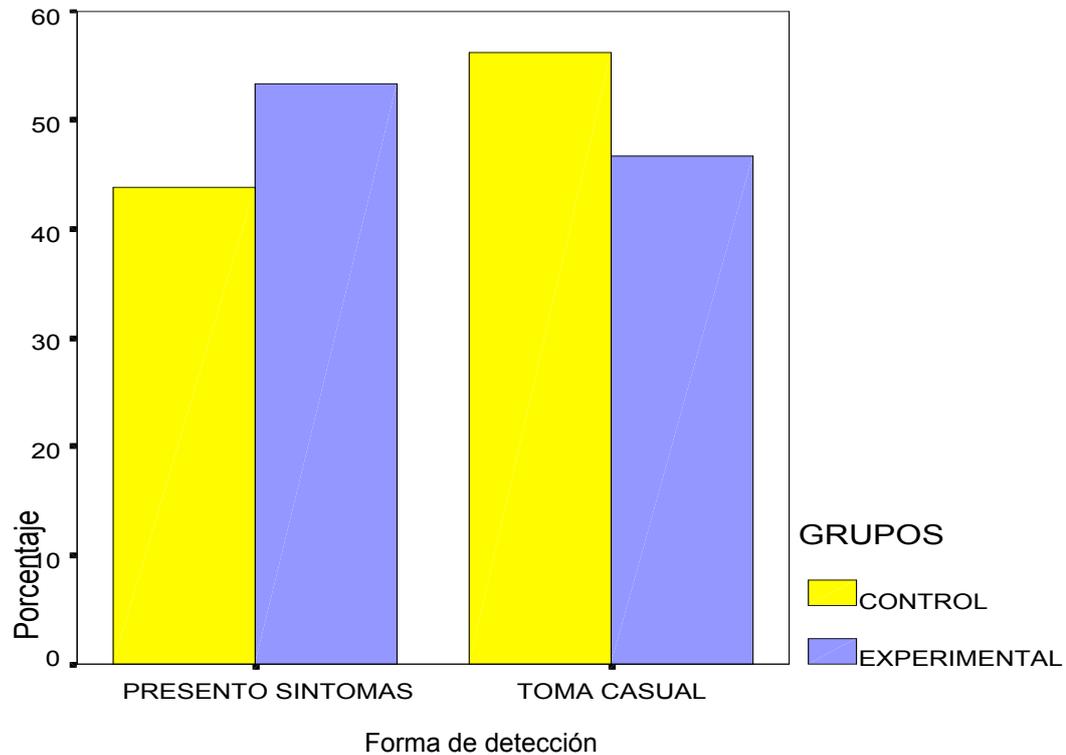
El tiempo de diagnóstico desde que se detectó la hipertensión primaria a la población de este estudio hasta que inicio la investigación, fue, en casi las tres cuartas partes de sujetos de 1 a 3 años de evolución, la otra cuarta parte tienen más de cuatro años. Siendo la hipertensión arterial un factor de riesgo de primer orden para el desarrollo de la hipertrofia ventricular izquierda, la insuficiencia cardíaca, el infarto de miocardio y la angina de pecho, y que, en consecuencia, guarda relación estrecha con la mortalidad por causas cardiovasculares y la muerte súbita, es de suma importancia la detección temprana del problema, lo que impactará de manera significativa el daño que ésta pueda provocar. En nuestro país los especialistas en Hipertensión (NOM. 2000), reportan que entre los adultos mayores de 45 años, la mitad de la población hipertensa desconoce que lo es, porque no existe una cultura preventiva. Acerca del otro 50 por ciento, el de los conocedores de su hipertensión, "la mitad no se está tratando".



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

El hecho de que la elevación de la presión arterial por encima de los límites previamente definidos, junto con el hecho de que estas cifras sean modificables y que una modificación de ellas conlleva una disminución importante del riesgo cardiovascular y cerebrovascular, hacen de la HTA uno de los factores a los que enfermería como miembro del sector salud debe dedicar mayor atención, esfuerzo y dedicación en función de evitar las graves complicaciones y prevenir los riesgos que este padecimiento ocasiona. Todo ello hace que la colaboración de enfermería para el diagnóstico oportuno y correcto de la HTA sea de gran importancia para evitar el sobre diagnóstico y el infra diagnóstico, lo que permitirá detectar y tratar a los individuos hipertensos en una etapa inicial de la enfermedad.

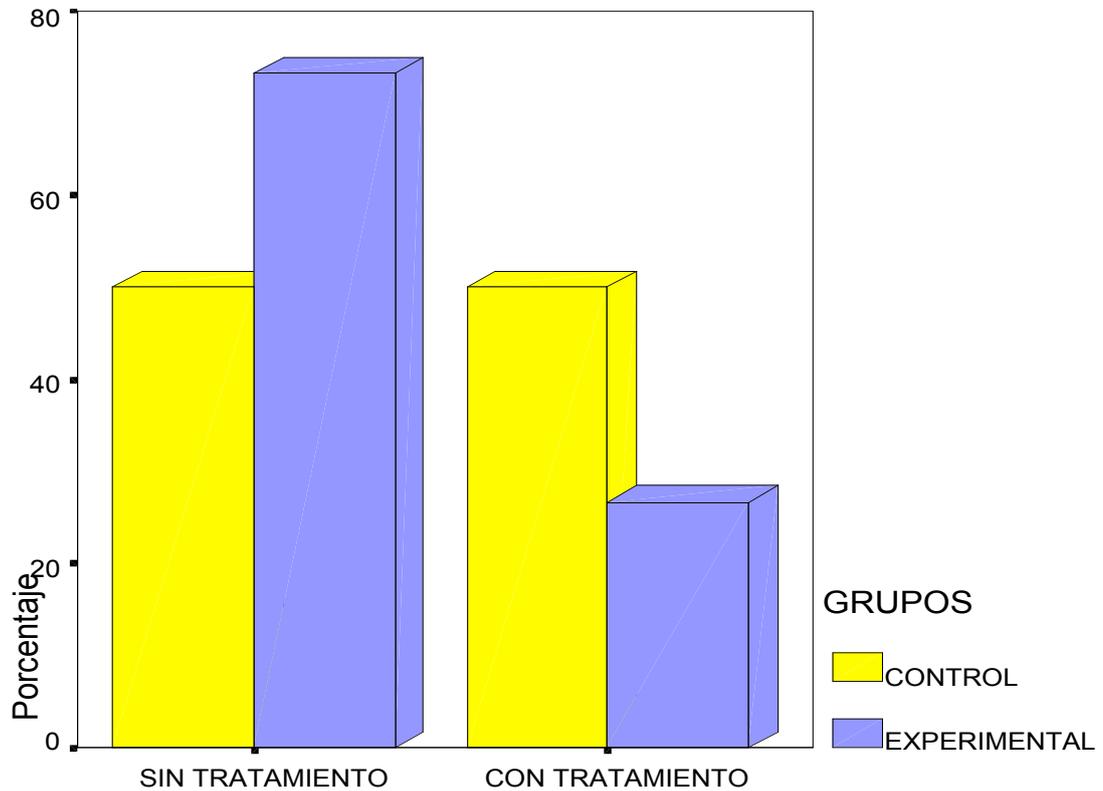
GRAFICA 2  
Forma de detección de la hipertensión  
De los dos grupos  
Taxco, Gro. 2002



Fuente: Valoración inicial a los sujetos participantes en el estudio.

Esta grafica muestra un aspecto importante en la Hipertensión que es la forma en que ésta se detecta, resulta evidente que la forma de detección la hipertensión es fundamental por el tipo de padecimiento, caracterizado por la falta de sintomatología en sus inicios, lo que origina una detección tardía, y siendo la enfermedad cardiovascular más frecuente a nivel mundial constituye el factor de riesgo más importante de la aterosclerosis y la enfermedad coronaria. Como se menciona anteriormente alrededor de un 50 por ciento de pacientes desconocen que son hipertensos y un alto porcentaje de ellos se detectan fortuitamente, por lo que es de suma importancia que enfermería en el contacto permanente y prolongado con la población, tiene la gran responsabilidad por un lado de realizar la exploración en personas **aparentemente sanas** y por otro insistir en la creación de una cultura de prevención. En esta población de estudio se puede apreciar ( gráfico 2) que mas de la mitad de los sujetos fue detectado de una forma casual.

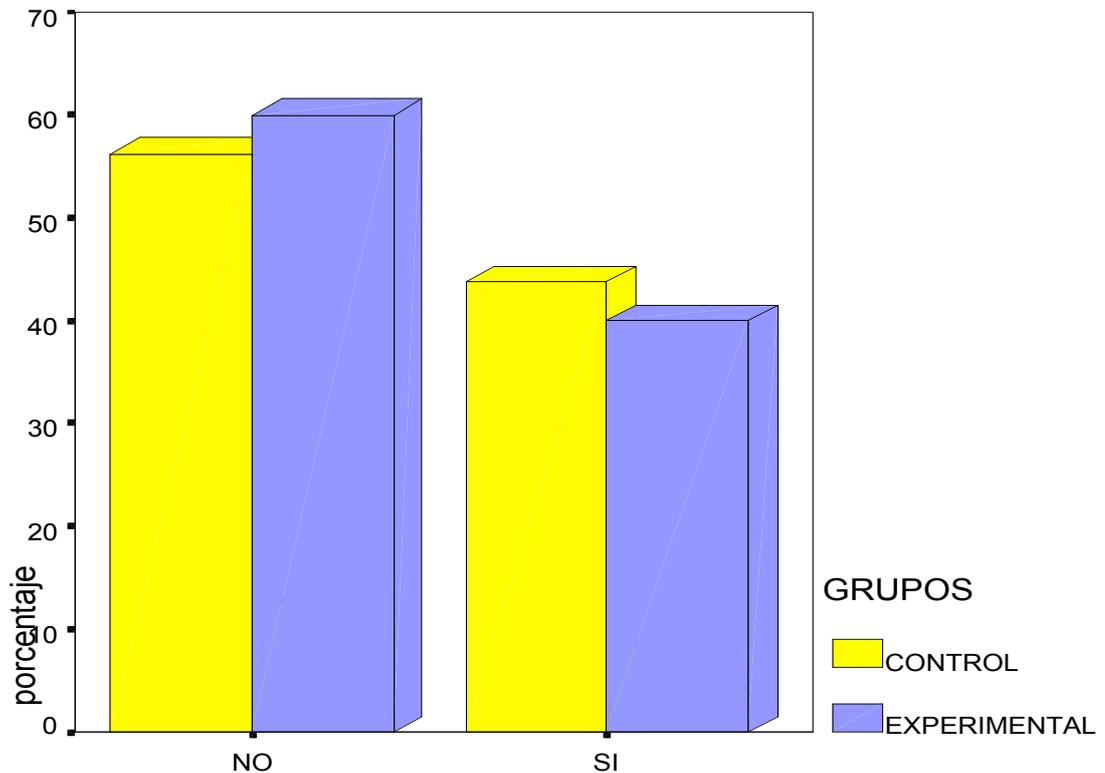
GRAFICA 3  
Forma de control de la enfermedad  
De los dos grupos  
Taxco, Gro. 2002



Forma de control de la enfermedad  
Fuente: Valoración inicial a los sujetos participantes en el estudio.

En este grafico se aprecia que casi el 80% de los sujetos del grupo experimental no tuvo control del padecimiento con tratamiento médico, el resto se controla de alguna otra forma, ya sea con dieta o ejercicio, este indicador forma parte de las variables espurias, de las cuales no fueron modificadas durante el tiempo que duró la intervención de enfermería, de los sujetos que no tienen tratamiento médico la mayor parte perteneció al grupo experimental. En cuanto al grupo control los sujetos están divididos por mitad quien si tiene y quien no tiene tratamiento. Uno de los principales motivos para darle la espalda al tratamiento es el económico, fundamentalmente la imposibilidad de acceso a la medicación respectiva. Sin embargo, aún donde hay acceso a la medicación -incluso gratuita, hay desidia, como la enfermedad es asintomática en gran parte de los casos, el paciente se siente bien y cree que no tiene que seguir ningún tratamiento Considerando que la importancia de controlar la tensión arterial en función de la calidad de principal medida preventiva tiene repercusiones trascendentales se debe admitir que el bajar las cifras tensionales a los niveles indicados por los comités de expertos es positivo para la disminución de la morbilidad y mortalidad, por lo que se debe de insistir en la creación del clima necesario entre el personal de enfermería y los pacientes para lograr auténticos resultados en prevención primaria y secundaria de ahí la importancia de la propuesta de este estudio.

GRAFICA 4  
Control de la tensión arterial mediante la dieta  
de los dos grupos  
Taxco, Gro. 2002

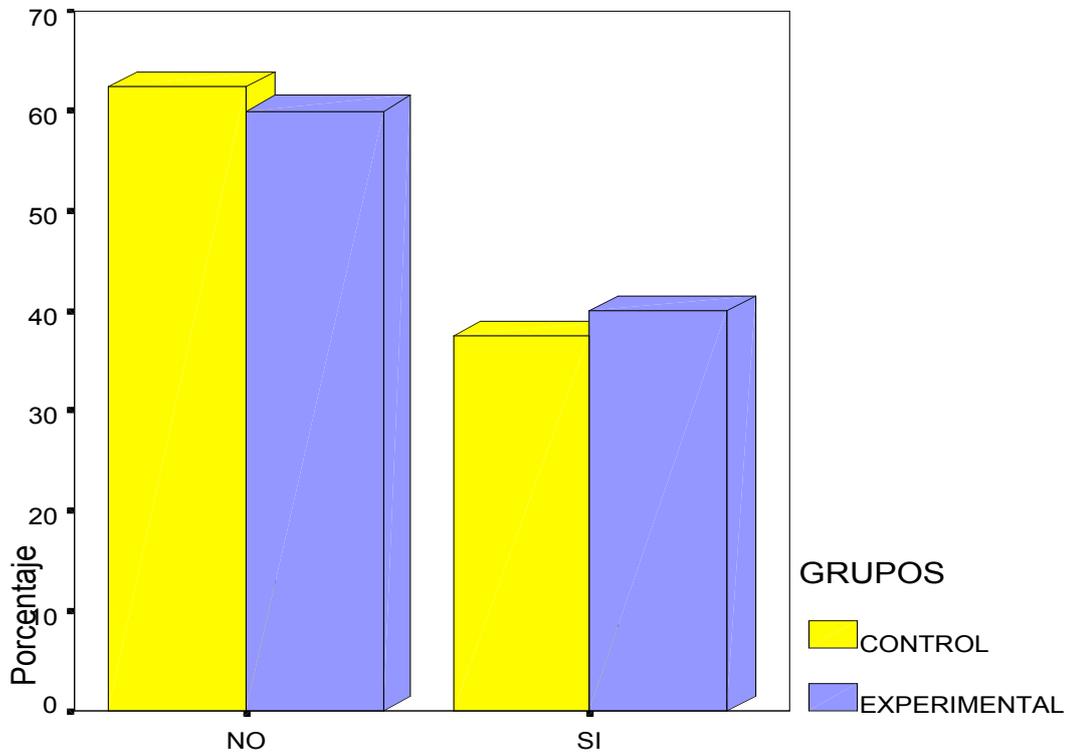


Control de la Tensión Arterial mediante la dieta

Fuente: Valoración inicial a los sujetos participantes en el estudio.

La dieta es uno de los parámetros básicos que contemplan los programas en el control de la hipertensión sin embargo en la población de estudio más de las tres cuartas partes reportó no tener control sobre ella, este es otro de los hábitos en los que se tuvo cuidado en que el paciente no modificara durante el estudio, es necesario resaltar que en la muestra del grupo experimental el 60% de sujetos no controlan su dieta. (ver gráfico 4) En un estudio sobre la dieta para los pacientes hipertensos, los sujetos participantes, de diferentes lugares de procedencia y nivel social, experimentaron una reducción significativa de su presión arterial después de 8 semanas de consumir una dieta especial. El efecto a largo plazo sobre el corazón es desconocido Así mismo el aumento de peso es un determinante primario en el aumento de la presión arterial, la pérdida de peso podría ser incluso más importante que la restricción de sal en el control de la dieta. La reducción de peso, sobretodo acompañada de restricción de sal, puede ayudar a los pacientes con Hipertensión ligera, así como a los ancianos, a disminuir las necesidades de consumo de fármacos antihipertensivos o incluso a no necesitar tratamiento farmacológico, aunado a esto el implementar por parte de enfermería la meditación como parte complementaria del tratamiento tiene necesariamente resultados significativamente más positivos sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes hipertensos.

GRAFICA 5  
Control de las cifras de tensión arterial mediante el ejercicio  
de los dos grupos  
Taxco, Gro. 2002



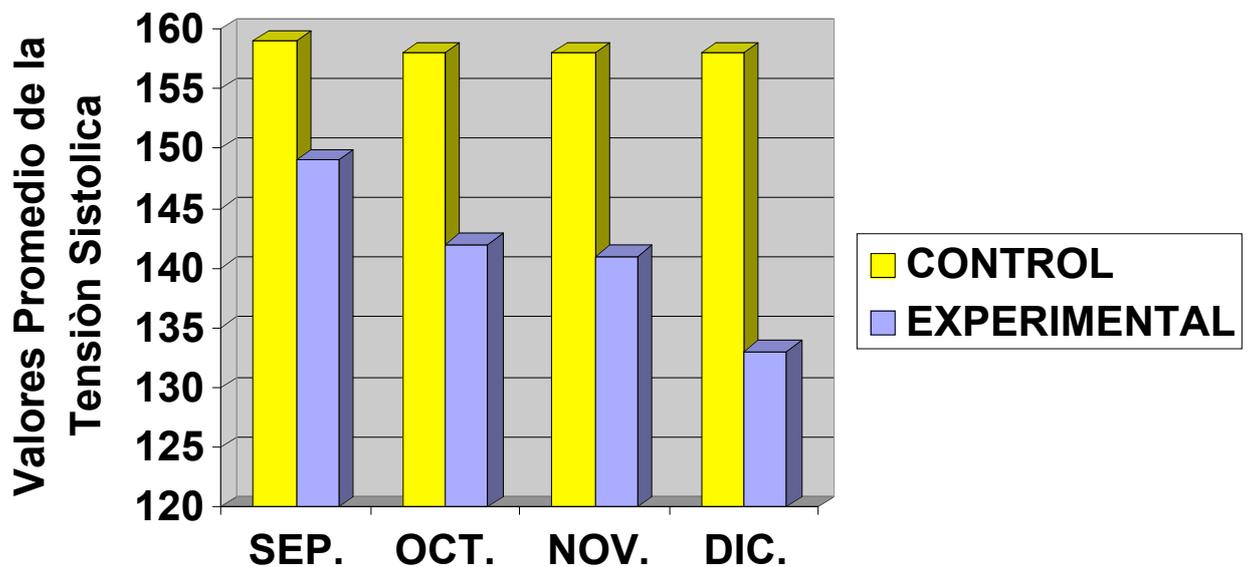
Control de las cifras de tensión arterial mediante el ejercicio

Fuente: Valoración inicial a los sujetos participantes en el estudio.

Como se menciona en el marco teórico el ejercicio es un factor determinante en la prevención y control de la Hipertensión, es conocido que una actividad física sistemática favorece el mantenimiento o la disminución del peso corporal con un consiguiente bienestar físico y psíquico del individuo.

Las personas con presión arterial normal con una vida sedentaria incrementan el riesgo de padecer presión arterial elevada en un 20 a 50 %, sin embargo como ya se mencionó con anterioridad para fines de este estudio se solicitó a la población que evitaran modificar sus hábitos. En el gráfico No. 5 se observa que cerca del 60% del grupo experimental no realiza ejercicio y más del 60 % del grupo control tampoco.

GRAFICA 6  
Valores promedio de la tensión sistólica en los dos grupos  
durante el tiempo de tratamiento  
Taxco, Gro. 2002



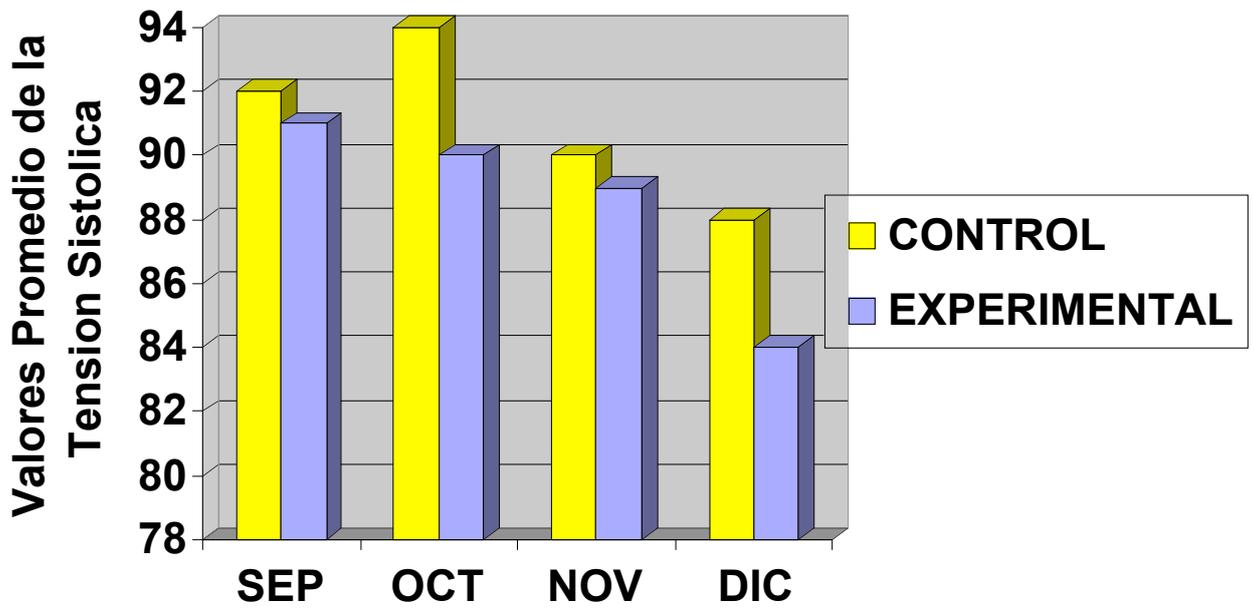
Meses de tratamiento

Fuente: Valoración final de la presión sistólica a los sujetos participantes en el estudio.

En este gráfico se puede observar la forma del comportamiento de las medias de los grupos experimental y control durante el tiempo de la intervención de enfermería. En el grupo control hubo una ligera disminución, esta es muy poco perceptible, a pesar de esto hay autores que opinan que una disminución de al menos 2 milímetros de mercurio en la medición logra disminuir algunos de los riesgos de problemas cardiovasculares. En cuanto al grupo experimental la disminución sobre las cifras tensionales es pues muy evidente. (gráfico No.6)

En el gráfico No. 7, se observa como se comportaron los niveles promedio de la presión diastólica en los dos grupos en contraste del gráfico No. 6 la diferencia de promedios fue menor sin embargo es una diferencia significativa lo cual en el segundo momento del análisis se podrá apreciar ya que no se puede inferir en este momento que pueda deberse a solo a la intervención de enfermería basada en la meditación, para esto se aplica la prueba "t" de student que permite comprobar la valides de la hipótesis de trabajo.

GRAFICA 7  
Valores promedio de la tensión diastólica en los dos grupos  
durante el tiempo de tratamiento  
Taxco, Gro. 2002

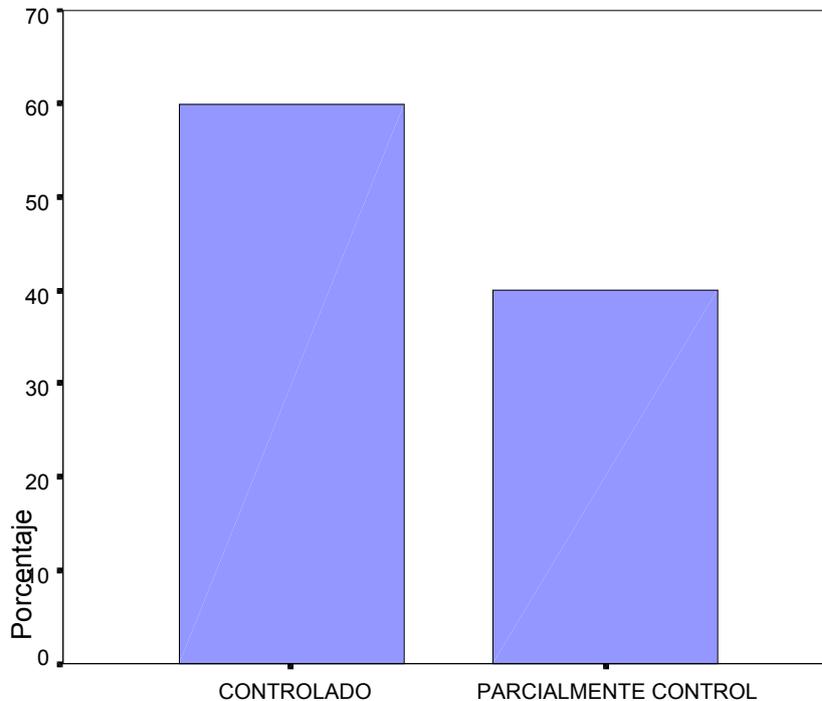


Meses de tratamiento

Fuente: Valoración final de la presión diastólica a los sujetos participantes en el estudio.

A partir de los resultados antes mencionados después de realizar la codificación basada en las categorías de análisis del estudio se realizó la evaluación final del efecto producido por la intervención de enfermería, y se aprecia en el gráfico No. 8 como más del 50% de los sujetos sometidos a la intervención presentaron un notable control y por supuesto una gran mejoría respecto a la tensión arterial.

GRAFICA 8  
Criterios de resultados del grupo experimental  
Durante el tiempo de tratamiento  
Taxco, Gro..2002



Criterios de resultado

Fuente: Evaluación final de las cifras tensionales durante los meses de tratamiento

Aun cuando los datos que se obtuvieron son muy alentadores como lo representa esta gráfica en donde el 60% de los sujetos del grupo experimental estuvo controlado en su tensión arterial, aún no puede asegurarse que el control es real, ya que no permiten la predictibilidad respecto a la población en general. Lo que si se puede asegurar es que los datos descritos son ciertos puesto que se obtuvieron de mecanismos de medición aceptados por la comunidad de salud como validos. Por lo que en el siguiente apartado se presenta en análisis inferencial que permitió asegurar que la meditación es un recurso de enfermería viable para el control de la tensión arterial de los pacientes Hipertensos.

## 3.2 INFERENCIA DE LOS DATOS

### PRUEBA DE HIPOTESIS

Este es el segundo momento del análisis estadístico, en el que se muestran los resultados de la prueba “t” de student para inferir sobre la diferencia real de medias en las mediciones de las tensiones arteriales en grupos independientes, para lo cual se consideraron algunas pruebas previas.

**3.2.1** Para la aplicación de la prueba t en el caso de muestras pequeñas ( $n_1 < 30$  o  $n_2 < 30$ ) se deben cumplir las siguientes condiciones:

A. Las poblaciones de origen deben ser normales, si las muestras son normales indican que las poblaciones de origen son normales, para comprobar la normalidad se usó la prueba de Kolmogorov – Smirnov (KS).

B. Las varianzas poblaciones deben ser iguales y para esto se usó la prueba F.

Para el análisis de estas dos pruebas, nos basaremos en el valor de p, que es el nivel de confiabilidad del valor de los datos, el cual se contrastará con un nivel de confiabilidad de  $\alpha = 0.01$  de las tablas.

Cuadro 1: Prueba de normalidad en los dos grupos de estudio

Análisis de la prueba Kolmogorov-Smirnov

	Promedio total de la presión sistólica del grupo experimental	Promedio total de la presión diastólica del grupo experimental	Promedio total de la tensión arterial sistólica del grupo control	Promedio total de la presión diastólica del grupo control
n	15	15	16	16
Media	142.89	89.20	158.56	91.69
Desviación estándar	8.40	2.81	12.39	3.14
Kolmogorov-Smirnov Z	.500	.511	.935	.653
Valor de p	.964	.957	.347	.788

Los resultados arrojados por la prueba KS son los que se pueden apreciar en este cuadro y representan la normalidad de los grupos de estudio.

La prueba KS supone que los datos para cada grupo son normales, para rechazar la hipótesis de normalidad de los datos aun 99% de confianza, p debe ser menor a 0.01, lo que no ocurrió en ningún caso y por lo tanto todas las poblaciones son normales

**3.2.2.** Así mismo para verificar que las varianzas de las poblaciones fueron iguales la prueba “F” arrojó los siguientes resultados:

Cuadro 2: Prueba de igualdad de varianzas en los dos grupos de estudio (Prueba de Levene).

Tensión Arterial	F	P
Sistólica	1.366	0.252
Diastólica	0.068	0.795



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

La prueba de Levene supone que los datos en los grupos control y experimental provienen de poblaciones con la misma varianza. Una vez más se rechaza esta hipótesis si  $p < 0.01$ . lo que no ocurre en los resultados de este cuadro.

Por lo que se acepta que los grupos tienen la misma varianza.

**3.2.3 Análisis estadístico en la comparación de medias para la presión sistólica y la presión diastólica.** Se aplicó la prueba “t” de student para la comparación de medias de grupos independientes en el programa estadístico SPSS versión 8.

Para delimitar las hipótesis se definió de la siguiente forma:

$\mu_1$  = Media sistólica y diastólica del grupo control.

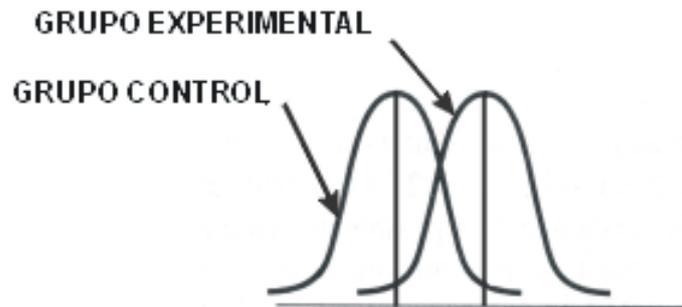
$\mu_2$  = Media sistólica y diastólica del grupo experimental.

Para comprobar, que en el grupo experimental realmente se produce una disminución de la tensión arterial significativa en esos individuos, a partir de los cuidados de enfermería basados en la meditación. En este tipo de análisis el interés no se centra en la variabilidad que puede haber entre los individuos, sino en las diferencias que se observan en un mismo sujeto entre un momento y otro. Por este motivo, resulta intuitivo trabajar con la diferencia de ambas observaciones de modo que se quiere contrastar la hipótesis:

**A. Hipótesis:**

$$H_0 : \mu_1 \leq \mu_2$$

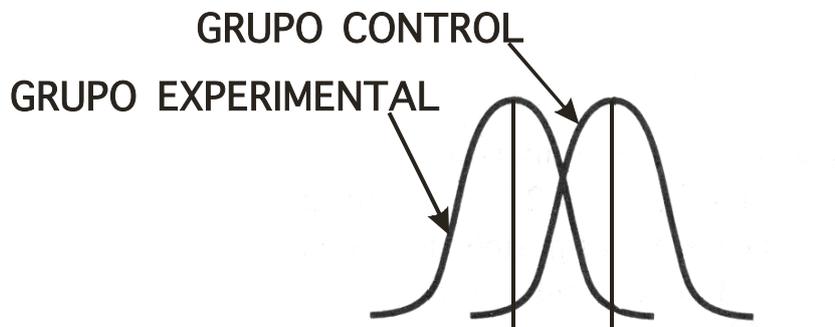
**GRAFICA 9  
HIPOTESIS NULA**



Esta grafica describe la hipótesis nula que establece que las medias sistólica y diastólica son en este momento menor o igual a las del grupo experimental

$$H_a : \mu_1 > \mu_2$$

**GRAFICA 10  
HIPOTESIS DE TRABAJO**



Y la hipótesis de trabajo dice que las medias sistólica y diastólica del grupo control es mayor a la media del grupo experimental.

**B. Nivel de significancia**

$$\alpha = 0.05.$$

Lo que significa que si p es menor a 0.05, no se acepta la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis de trabajo que es la interesa comprobar.

**C. Resultados de la prueba “t” de Student para la prueba de hipótesis**

**1. Comparación de medias de la presión sistólica en el grupo control y el grupo experimental.**

Los resultados se resumen en los siguientes dos cuadros:

Cuadro 3: Grupos estadísticos en los dos grupos de estudio

Grupos estadísticos	n	Media	Desviación Estándar	Error Estándar
Presión sistólica del grupo control	16	158.56	12.39	3.10
Presión sistólica del grupo experimental	15	142.89	8.40	2.17

Cuadro 4: Prueba “t” para la comparación de medias en grupos independientes.

Valor de t	Grados de libertad	Prueba t para equivalencia de medias			
		Valor de p	Diferencia de medias	Error estándar	95% intervalo de confiabilidad inferior superior
4.094	29	.000	15.67	3.83	7.85 23.50

Como se observa en el cuadro 4 p es menor a 0.05 ( $p < 0.05$ ), y ya que t es igual a 4.094 es decir positivo, se acepta que la media sistólica del grupo experimental es estadísticamente significativa, por lo que no se puede aceptar la hipótesis nula, aceptando la hipótesis de trabajo.

## 2. Comparación de medias para la presión diastólica en el grupo control y el grupo experimental.

Cuadro 5: Grupos estadísticos

Grupos Estadísticos	n	Media	Desviación Estándar	Error Estándar
control diastólica	16	91.69	3.14	.78
experimental diastólica	15	89.20	2.81	.72

Cuadro 6: Prueba "t" para la comparación de medias en grupos independientes.

Valor de t	Grados de libertad	Valor de p	Diferencia de medias	Error estándar	95% intervalo de confiabilidad	
					inferior	superior
2.322	29	.027	2.49	1.07	.30	4.68

Prácticamente el resultado en el análisis de las medias de la presión diastólica también es estadísticamente significativa en el grupo experimental, como se observa en el cuadro No. 6, pues es menor a 0.05 ( $p < 0.05$ ), por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

Con base en estos resultados estadísticos de la prueba "t", en que en las comparaciones de las medias de la presión arterial, indican diferencias reales no espurias entre las mediciones, por lo que se infiere que la meditación como un método no invasivo para el control de la hipertensión, es un recurso viable en el cuidado de enfermería en pacientes hipertensos.

La mayoría de los estudios mencionados con anterioridad, muestran que mediante el entrenamiento en meditación se consiguen reducciones significativas de la Presión Arterial al menos estadísticamente, tanto sistólica como diastólica en pacientes hipertensos

Algunas investigaciones confirman que hay efectividad a largo plazo como complemento de su tratamiento, acusando profundas modificaciones que no se observan en los grupos de control que se utilizan con propósitos de comparación.

#### IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Dado que los resultados obtenidos en este estudio han sido estadísticamente significativos, como se pudo apreciar en el apartado anterior, se ha comprobado la hipótesis de trabajo la cual implica que el cuidado de enfermería no invasivo basado en la meditación tiene efecto positivo en el control de la Tensión Arterial de los pacientes con Hipertensión Primaria, esto obliga, no sólo a una buena revisión de la práctica de enfermería desde una perspectiva integral con el fin de poder integrar esta experiencia al quehacer cotidiano, de manera particular en el cuidado de los pacientes Hipertensos.

Este trabajo muestra también el esfuerzo del profesional de enfermería por colaborar en el control de la Hipertensión, lo que además de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, representa una estrategia para disminuir la inversión en tratamientos agresivos y costosos por parte del Sector Salud.

Considerando que la hipótesis antes mencionada fue derivada de la Teoría de los Seres Humanos Unitarios, es importante mencionar que como profesionales de enfermería se hace necesario el conocerla para comprender sus conceptos y las relaciones entre ellos, esto implicará el poder implementar el modelo en la práctica. Ya que su uso no está limitado a un escenario particular o a un grupo concreto de pacientes.

La teoría, como el paradigma de Roger's de que se deriva, tiene significado en cualquier momento y lugar en que se cuide a las personas sanas o enfermas. Aunque la teoría no varía, la forma en que el personal de enfermería profesional la aplica varía dependiendo de la naturaleza del escenario del tratamiento, frecuencia y duración de los encuentros enfermera-paciente y la manifestación de las características únicas de los pacientes individuales o las familias.

Esto se explica cuando Roger's de una forma muy particular manifiesta que "la vida es un flujo de experiencias. Estar vivo es experimentar este flujo, y así moverse y cambiar. El cambio es hacerse irreversiblemente más complejo, diverso y con un modelo más diferenciado" (Roger's. 1976). El poder, un tema continuo en el flujo de experiencias vitales, describe dinámicamente la forma en que los seres humanos interactúan con su entorno para actualizar algunos potenciales de desarrollo en ves de otros y participar por tanto en la creación de la realidad humana y ambiental.

La noción de Roger's de participación del conocimiento es el principio central de su teoría. El poder ser consciente de lo que uno elige hacer, sentirse libre de hacerlo y realizarlo con intencionalidad, dependiendo de la naturaleza del conocimiento.

La ciencia de seres humanos unitarios proporciona pues una visión radical de la realidad de enfermería. Proporciona un marco para la práctica, la educación y la investigación del profesional de enfermería que promete un movimiento lejos del modelo médico predominante aún en la actualidad, a la entrega del cuidado de enfermería. El marco proporciona un alternativa a la vista tradicional quehacer de enfermería que se podría describir como reduccionista y mecánica. Y consecuentemente ha comenzado el desafío a muchas ideas preconcebidas sobre enfermería. De hecho, cuando el marco teórico primero fue publicado, estaba "en contradicción clara a todas las teorías de enfermería en uso en aquella 'epoca" (Sarter, 1980).

La ciencia de seres humanos unitarios delinea un arsenal extenso de temas que forman el apoyo teórico para la utilización del marco conceptual. Como se menciona al inicio de este trabajo la complejidad de sus conceptos la presenta como "difícil de entender". Sin embargo, si se hace el intento de entender la ciencia del marco humano unitario, los lectores comenzarán a comprender porqué Rogers ha sido considerada por algunos como "una teórica brillante de



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

enfermería" y "una de las pensadoras más originales de la profesión de enfermería", sin la cual es "difícil imaginar como sería hoy enfermería" (Barrett, 1990).

## Recomendaciones

A partir de los resultados obtenidos en este estudio se hace necesario hacer las siguientes recomendaciones, que si bien es cierto, será el conocimiento, la práctica, la necesidades de cuidado del profesional de enfermería en su entorno, lo que permitirá retomarlas o bien incrementarlas en beneficio siempre de la profesión de enfermería.

- ✓ Implementar la meditación como parte fundamental del cuidado de enfermería a los pacientes Hipertensos.
- ✓ La práctica de enfermería deberá de considerar siempre la libertad de acción y la capacidad de elección de los pacientes para el fomento y mantenimiento de su salud.
- ✓ Considerar que la investigación es el pilar fundamental del desarrollo científico de enfermería.
- ✓ Realizar investigación de enfermería y para enfermería, con diseños experimentales, con la posibilidad de retomar no solo las intervenciones tradicionales sino también aquellas intervenciones no invasivas tales como la música, el humor, la meditación o el toque terapéutico las cuales puede utilizar el profesional de enfermería para promover un patrón de salud positivo en los seres humanos
- ✓ Sustentar la investigación, la educación y la práctica en una teoría de enfermería que impacte en la calidad del profesional de enfermería.
- ✓ Tomar en cuenta las intervenciones de enfermería no invasivas en los planes curriculares para la formación del profesional de enfermería



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2000, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.. p. 1, 29,
2. Hernández Alberto [et.al]. Fisiopatología de la HTA esencial. Modelo instructivo. 1994. P. 4-10, 13, 15, 16
3. Elghozi J.L.[et.al]. Cardiovascular and renal control of blood pressure. Kidney. Vol(41) June 1992: P.s 4,.
4. Delmonte G. The use of meditation in psychotherapy: A review of the literature. Am J Psychother 1985. p.s. 6
5. Elias y Wilson J. (1995)" lateralidad y meditación cerebrales ", J. Transpersonal Psychol. P.s. 6
6. Sudsuang, A.J. Effects of meditation on psychological and physiological measures of anxiety. J Consult and Clin Psychol 1991. p.s. 6
7. Massion, M. y Donovan, S. (1995). Los efectos físicos y psicológicos de la meditación. Instituto De Esalen.
8. Harte JL, Eifert GH, Smith R. The effects of running and meditation on beta-endorphin, corticotropin- releasing hormone and cortisol in plasma, and on mood. Biol Psychol 1995. p.s. 7
9. Shapiro, D. (1990). " meditación, autodominio, y autocontrol benévolo ".M. Kwee (ed.). Sicoterapia, meditación y salud. East-West. 65-123.
10. Hurtado Vázquez Ivon, Ensayo sobre la Teoría de los Seres Humanos Unitarios. Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, Maestría de Enfermería. 2000
11. Rogers, M.E. (1984) Classics from our heritage. The nature and characteristics of professional education for nursing. Journal of Professional Nursing. P. 12
12. Wingarden J. B. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 19 ed. México: Nueva Editorial Interamericana, 1994. P 14.
13. Braunwald E...[et.al]: Harrison: Principios de Medicina Interna. 11na ed. T 1. México: Interamericana, 1989. P. 14.
14. Oficina Sanitaria Panamericana (OPS): La hipertensión arterial como problema de salud comunitario: Oficina Sanitaria Panamericana. V.3. 1990. P.
15. Bogart G. The use of meditation in psychoterapy: A review of the literature. Am J Psychother 1991. p 17
16. Atwood JD, Maltín L. Putting eastern philosophies into western psychotherapies. Am J. Psychouther 1991. p. 18
17. Kabat-Zinn J. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. Am J Psychiatry 1990. pag.19
18. Shapiro, D. y Walsh, R. (eds.) (1984). Meditación: Perspectivas clásicas y contemporáneas. Aldine. p. 19
19. Rogers, M.E. ( 1976) An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia: F.A. Davis. P.47
20. Sarter, B. (1980). The stream of becoming: A study of Martha Rogers theory. New York: NLN.
21. E.A.M.Barrett (1990) "la matriz teórica para una práctica del oficio de enfermera Rogeriana" Diario de la teoría del oficio de enfermera, del copyright 2000 de 9 (4) p.3-7. de la sociedad sueca para las teorías del oficio de enfermera en la práctica, de la investigación, y de la educación.

## BIBLIOGRAFIA

- Alexander, C., et al. (1990). " crecimiento de etapas más altas del sentido ", en Alexander, la C. y Langer, E. (eds.).. Prensa De la Universidad De Oxford, 286-341.
- Alexander, C., Rainforth, M. y Gelderloos, P. (1992). " meditación Transcendental, de uno mismo-actualización y salud psicologica ". J. Comportamiento y personalidad sociales, 6, 189-247 Del oeste, M. (ed.) (1987). La psicología de la meditación. Prensa De Clarendon.
- Berne R.M.; Levy M.N. Principles of Phisiology. 2da ed. Missouri: Mosby-Year Book, 1996. P.314-21, 302, 520, 684.
- Bradwejn J, Dowdall M, Iny L. Can east and west meet in psychoanalysis? Am J Psychiatry 1985.
- Brooks J, Scarano T. Trascendental meditation in the treatment of post-Vietnam adjustment. J Counsel Develop 1985.
- Carpenter JT. Meditation, esoteric traditions-contributions to psychotherapy. Am J Psychother 1977;31:394-404.
- Claxton G, ed. Beyond Therapy: The Impact of Eastern Religions on Psychological Theory and Practice. London: Wisdom Publication, 1986.
- Corton G. Can east and west meet in psychoanalysis? Am J Psychiatry 1985.
- Deikman A. The Observing Self. Boston: Bacon Press,1982.
- Dubs G. Psychospiritual development in Zen Buddhism: A study of resistance in meditation. J Transpers Psychol 1987;19:19-86.
- Engler J. Therapeutic Aims in Psychotherapy and Meditation. En: Wilber K, Engler J, Brown D, eds. Transformations of Consciousness. Boston: Shambala,1986.
- Ganong W.F.:Fisiología Médica. 13ra ed. México: Editorial El Manual Moderno. P. 456, 503-13, 542-3, 1990.
- Goleman D. Meditation and consciousness: An Asian approach to mental health. Am J Psychother 1976.
- Goleman D. Meditation as meta-therapy: hypothesis toward a proposed fifth state of consciousness. J Transpers Psychol 1971.
- Goodman Gilman, A...[et.al]: Las bases farmacológicas de la terapéutica. 8va ed. México: Editorial Panamericana, 1991. P. 733-7, 577-8.
- Keefe T. Meditation and the psychotherapist. Am J Orthopsychiatry 1975.
- Kornfield J. Even the best meditators have old wounds to heal. Yoga J 1989.
- Kutz I, Borysenko JZ, Benson H. Meditation and psychotherapy: A rationale for the integration of dynamic psychoterapy, the relaxation response and mindfulness meditation. Am J Psychiatry 1985.
- Kutz I, Leserman J, Dorrington C, Morrison C, Borysenko J, Benson H. Meditation as an adjunct to psychotherapy. Psychother Psychosom 1985.



V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA

- Kwee, M. (ed.) (1990). *Sicoterapia, meditación y salud*. East-West.
- Lesh TV. Zen meditation and the development of empathy in counselors. *J Humanistic Psychol* 1970.
- Lukoff D, Lu FG, Turner R. Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. *Psychiatr Clin North Am* 1995.
- Miller JJ, Fletcher K, Kabat-Zinn J. Three-year follow up and clinical implications of a mindfulness meditation based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 1995.
- Murray RK. Muscle. En su: Murray RK, Granner DK, Mayes PA, Rodwell VW. *Harper's Biochemistry*. 24 ed. Stamford, CT: Prentice Hall International, INC. 1996:286-87.
- Needleman J. *A Sense of the Cosmos*. New York: Dutton, 1977:133.
- Odanjnk WV. Gathering the light: A jungian exploration of meditation. *Quadrant* 1988;35-51.
- Robert Horton H, Moran LA, Ochs RS, Rawn JD, Gray Scrimgeour KG. *Principles of Biochemistry*. 2 ed. Stamford CT:Prentice-Hall International, INC. 1996:529-30.
- Roger Walsh *Estado plus ultra: Una descripción de la investigación sobre la meditación La revisión de las ciencias de Noetic*, vol. 25, 1993, pagina 36-38
- Shapiro, D. (1982). " comparación de la meditación con otras estrategias del autodomínio: Biofeedback, hipnosis, relajación progresiva ". *Amer. J. de la psiquiatría* 139, 267-274.
- Vaughan F. *The Inward Arc: Healing and Wholeness in Psychotherapy and Spirituality*. Boston: Shambala. 1986.
- Weinstein M, Smith JC. Isometric squeeze relaxation (progresive relaxation) vs meditation: Absorption and focusing as predictors of effects. *Percept Mot Skills* 1992.
- Welwood J. Personality structure: Path or pathology? *Transpers Psychol* 1986;18.
- Wilber K, Engler J, Brown D, eds. *Transformations of Consciousness*. Boston: Shambala, 1986.
- Wolman T. Can east and west meet in psychoanalysis? *Am J Psychiatry* 1985.
- Elghozi J.L.[et.al]. Electrolytes, hormones and blood pressure. *Kidney*. Vol (33): P. 557, September 1988.
- M. D.: Hipertensión Arterial y Prostaglandinas. *Rev Cub Med*. 32(1): P. 34-40, 1993. Pérez Caballero
- Orme-Johnson, D. et al. (1988). " proyecto internacional de la paz en el Oriente Medio: Los efectos de la tecnología de Maharishi del campo unificado ". *J. Resolución Del Conflicto*, 32, 776-812.
- Orme-Johnson, D. y Alexander, C. (1992). *Crítica del informe nacional del consejo de investigación sobre la meditación*. Universidad Internacional De Maharishi.
- Polit. Hungler. *Investigación científica en ciencias de la salud*. Sexta edición. Julio de 2000. México.



**V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA**

Rosivall L...[et.al]. Renovascular effects of angiotensin II. Kidney. Volum (38):P.s 18-s 21, Nov 1990.

Violet M. Malinski. Explorations on Martha Rogers Science of Unitary Human Beings. Appleton-Century-Crofts. Norwalk, Connecticut.1986.

Wilber, K., Engler, J. y marrón, D. (eds.) (1986). Transformaciones del sentido: Perspectivas convencionales y contemplativas en el desarrollo. Nueva Ciencia Library/Shambhala.

## DEL CIGARRO AL INHALADOR

### **CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

Alicia Quintano Pintado, Pilar Rabadán Carrasco, Beatriz Alvarez Embarba, Gema Cid Expósito.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) afecta a más de 52 millones de personas en todo el mundo y causó 2,74 millones de muertes en el año 2000. En los países desarrollados es la cuarta causa de muerte y su progresión aumenta. La OMS estima que en los próximos años pasará a ser la tercera causa de muerte.

La Iniciativa Global para la Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica (**Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD**) coordinada por el National Heart, Lung, and Blood Institute de los Estados Unidos y la Organización Mundial de la salud, fue creada para llamar la atención sobre la importancia de la EPOC entre los profesionales de la salud, las autoridades de la sanidad pública y el público en general, y para mejorar la prevención y el tratamiento de la EPOC a partir de un esfuerzo mundial concertado.

La EPOC se caracteriza por un descenso de los flujos respiratorios irreversible y lentamente progresiva.

Los síntomas de la EPOC son:

- Tos
- Aumento de la emisión de esputo
- Disnea de esfuerzo

La tos crónica y el aumento de la emisión de esputo preceden frecuentemente en varios años al desarrollo de la limitación del flujo respiratorio, si bien no todos los individuos con estos síntomas desarrollarán EPOC.

Esta sintomatología (tos, expectoración y disnea) es uno de los principales motivos de consulta médica en Atención Primaria, sin embargo se contrapone con la poca o nula asistencia de los pacientes con EPOC en la consulta de enfermería.

Habitualmente la clasificación de gravedad de esta enfermedad se realiza según el grado de deterioro de la función pulmonar medida a partir del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV<sub>1</sub>). Existen otras medidas como son la capacidad de realizar ejercicio, el grado de limitación en las actividades de la vida diaria y la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud, que nos reflejan como vive el paciente la enfermedad o como afecta a su vida.

La calidad de vida es un concepto complejo, al igual que la salud, donde distintas dimensiones pueden ser identificadas. Es un concepto además en el que cobra importancia la valoración subjetiva de cada persona, pero que mantiene estrechos lazos con indicadores objetivos como el nivel socioeconómico, la edad, el medio ambiente, etc. Por lo tanto el concepto de calidad de vida debe comprender numerosos aspectos de índole física, emocional y social en relación con la salud de los individuos.

Las medidas clínicas son importantes para evaluar la funcionalidad de los órganos, pero no menos importante es evaluar la funcionalidad emocional, social y la propia vivencia de la enfermedad.

**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.  
Valencia – 13 y 14 de mayo de 2004**

Por ello, nuestros objetivos son conocer las características generales de los pacientes EPOC de nuestra cartera de servicios, medir su calidad de vida y averiguar qué factores tienen relación con la misma, todo desde una perspectiva enfermera.

### MATERIAL Y METODOS

Hemos realizado un estudio descriptivo transversal en los meses de Enero a Marzo de 2004 con los pacientes incluidos en cartera de servicios EPOC del Equipo de Atención Primaria (EAP) Noblejas II del Centro de Salud Hermanos García Noblejas. Área 4. Instituto Madrileño de la Salud (Madrid).

La población total del estudio fue de 169 pacientes, con una participación real de 74 pacientes. Las causas de exclusión fueron:

Incapacidad o dificultad de los pacientes para acudir al centro (31 pacientes), rechazo a participar en el estudio (14), reagudización de su proceso (7), patología grave que desaconsejase la realización de la espirometría o la inclusión en el estudio (19), no localización de los pacientes (16) o fallecimiento en el último año (8).

Se procedió a la citación mediante llamada telefónica a los pacientes informando de nuestro objetivo de estudio y pidiendo su colaboración; así mismo, se informó que 12 horas antes de la cita no utilizaran medicación broncodilatadora para la realización de una espirometría, siempre que su situación clínica lo permitiese.

Una vez en el centro de salud se informó de las características del estudio en cuanto a voluntariedad en la participación, confidencialidad de los datos y objetivos del mismo (firma de consentimiento informado). Tras aclarar las dudas que presentasen los pacientes, una enfermera previamente entrenada realiza una espirometría, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) con espirómetro Datospir 100, Sibelmed S.A., Barcelona. La clasificación de gravedad se realizó según los estadios establecidos por la GOLD (actualización Julio 2003) en función del porcentaje de FEV<sub>1</sub>.

La entrevista personal la llevaron a cabo dos enfermeras, mediante una recogida de datos sociodemográficos, una valoración del paciente con protocolos informáticos OMI-AP estructurados según los Patrones Funcionales de Margory Gordon, formulación de diagnósticos enfermeros con la Taxonomía NANDA y cumplimentación del cuestionario respiratorio St. George, que ha sido diseñado como auto-administrado supervisado, pero dado el nivel cultural de la zona (bajo) y la dificultad de visión de algunos pacientes procedimos a su administración siguiendo las instrucciones de los autores de la adaptación. Este es un cuestionario específico para medir la alteración de la salud y el bienestar percibido en la enfermedad de las vías aéreas, adaptado por J. Alonso y M. Ferrer con grado de recomendación A. Consta de 50 ítems (76 niveles) repartidos en tres escalas:

Síntomas: los ítems de esta escala se refieren a la frecuencia y severidad de los síntomas respiratorios.

Actividad: contiene preguntas/frases que cubren la limitación en la actividad debida a la disnea.

Impacto: recoge aspectos referidos a las alteraciones psicológicas y de funcionamiento social producidos por la enfermedad respiratoria.

El rango de puntuaciones se encuentra entre 0 (no alteración de calidad de vida) y 100 (máxima alteración de la calidad de vida).

### RESULTADOS

Se realizó un análisis descriptivo de las variables calculando estadísticos de tendencia central media y desviación típica. Para variables cualitativas se han calculado las frecuencias absolutas y relativas de cada categoría. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 11.0.

El resultado del cuestionario St. George queda desglosado en la tabla siguiente, se encuentra dividido en las tres áreas: síntomas, actividad e impacto y la puntuación total media (TOTAL SG). Se ve más afectada en la dimensión que valora actividad (49,26 puntos).

La espirometría refleja unos valores de FEV<sub>1</sub> de 56,91 expresado en media del porcentaje del teórico.



V SIMPOSIUM  
INTERNACIONAL DE  
DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMERÍA

Respecto al hábito tabáquico hay que destacar que el 83,8 % ha fumado habitualmente, de los cuales el 56,8 % no fuma desde hace al menos un año. El índice tabaco año es de 53,09 expresado en la media de la población total.

El 73% se encuentran jubilados como es normal debido a la edad media del grupo y un 8,1 presenta invalidez por problemas respiratorios.

#### ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

	N	Media	Desv. típ.
SINTOMAS	74	40,1418	22,43264
ACTIVIDAD	74	49,2600	21,66757
IMPACTO	74	28,6680	18,68777
TOTAL SG	74	36,9057	18,05928
EDAD	74	70,54	7,099
INDICE TABACO AÑO	74	53,0946	43,18427
INDICE DE MASA CORPORAL	74	28,2241	3,84159
FEV <sub>1</sub> %	74	56,9189	22,44064
N válido (según lista)	74		

#### SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	VARON	66	89,2	89,2	89,2
	MUJER	8	10,8	10,8	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

#### GRADO EPOC

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	LEVE	14	18,9	18,9	18,9
	MODERADO	27	36,5	36,5	55,4
	GRAVE	27	36,5	36,5	91,9
	MUY GRAVE	6	8,1	8,1	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

La población objeto de estudio tiene un nivel cultural bajo como queda reflejado en la siguiente tabla.

#### ESTUDIOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ANALFABETO	3	4,1	4,1	4,1
	LEER	16	21,6	21,6	25,7
	PRIMARIOS	42	56,8	56,8	82,4
	MEDIOS	10	13,5	13,5	95,9
	UNIVERSITARIOS	3	4,1	4,1	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

Los Diagnósticos enfermeros según taxonomía NANDA identificados más frecuentes son: Riesgo de intolerancia a la actividad en un 68,9%, Manejo inefectivo del régimen terapéutico en un 61,1% y Limpieza ineficaz de las vías aéreas con un 45,9 %, Intolerancia a la actividad con un 25,7%, Desequilibrio nutricional por exceso en un 21,6%, Patrón respiratorio ineficaz en un 14,9%.

Los resultados NOC seleccionados fueron los siguientes Para el diagnóstico Riesgo de intolerancia a la actividad –Resultado-Tolerancia de la actividad, Manejo inefectivo del régimen terapéutico –Resultado-Conocimiento del régimen terapéutico, Limpieza ineficaz de las vías aéreas –Resultado- Permeabilidad de las vías respiratorias, Intolerancia a la actividad –Resultado- Tolerancia a la actividad, desequilibrio nutricional por exceso –Resultado- control de peso, Patrón respiratorio ineficaz -Resultado- Estado respiratorio: ventilación.

## REGRESIÓN

**Se procedió a realizar un análisis de regresión lineal, con finalidad explicativa. Se consideró como variable dependiente la calidad de vida, medida mediante el cuestionario de St. George, cuya puntuación final está comprendida en una escala de 0 a 100, de tal manera que a mayor puntuación peor es la calidad de vida. La variable explicativa principal fue el ejercicio físico, expresada de forma dicotómica como SI/NO. El resto de covariables fueron aquellas que en el análisis univariado hubieran tenido una correlación parcial, con la variable dependiente, con un valor de p menor o igual al 10%. Se empleó el método pasos hacia atrás, controlado manualmente, con objeto de evitar la salida de las variables que modificaran más de un 10% el coeficiente de regresión de la variable explicativa principal, pues en este supuesto se trataría de variables confusoras.**

El mejor modelo final fue el compuesto por las variables: ejercicio físico, beta2-adrenérgicos de acción corta, situación laboral, ingresos en hospital, y FEV<sub>1</sub>. Dicho modelo incluye la variable FEV<sub>1</sub>, a pesar de no alcanzar la significación estadística, dado que se comporta como variable confusora del efecto del ejercicio físico sobre la calidad de vida. El modelo cumple las asunciones de homocedasticidad, incorrelación de las observaciones y distribución normal de los residuos, pero sólo consigue explicar el 32,4% de la variabilidad de la calidad de vida. En la tabla siguiente se expresan los coeficientes de regresión del modelo:

## COEFICIENTES

Modelo		Coefficientes no estandarizados	Error típ.	Coefficientes estandarizados	t	Sig.
1	(Constante)	36,769	6,830		5,383	,000
	FEV <sub>1</sub>	-9,160E-02	,084	-,114	-1,087	,281
	SITUACIÓN LABORAL	7,768	3,554	,220	2,186	,032
	INGRESOS EN HOSPITAL	10,799	4,782	,222	2,258	,027
	EJERCICIO	-9,783	3,595	-,272	-2,721	,008
	ACCION CORTA	10,403	4,858	,221	2,142	,036

a Variable dependiente: TOTALSG

## CONCLUSIONES

El grupo de pacientes que analizamos en nuestro estudio constituye una muestra de la totalidad de pacientes EPOC ya que sólo hacemos referencia a aquellos que forman parte de la cartera de servicios crónicos, subgrupo EPOC. La principal causa de no localización fue el cambio de domicilio y número de teléfonos.

Los datos dibujan las características generales de los pacientes con EPOC de nuestro Centro de Salud que no difiere de las características generales de los pacientes de otros estudios descriptivos de esta patología.

La edad media es de 70,5 años con lo que se corrobora que la EPOC es una enfermedad que se manifiesta fundamentalmente en pacientes de edad avanzada, con predominio de sexo masculino.

El hábito tabáquico figura en numerosas publicaciones como la causa principal y desencadenante de esta patología, por ello la importancia de identificar los fumadores activos en consulta, averiguar su patrón de consumo habitual y tipo de tabaco y en base a ello preguntar por sintomatología y espirometría para descartar fases iniciales de enfermedad. En nuestro estudio el índice tabaco año medio fue de 53,09 pero como es normal en los que siguen fumando aumenta.

Los resultados del presente estudio confirman que los pacientes con EPOC presentan, aún estando en una etapa estable de su enfermedad, un importante deterioro de su calidad de vida que no se correlaciona con indicadores fisiológicos  $FEV_1$ .

Con respecto a los diagnósticos de enfermería identificados nos llama la atención el bajo porcentaje que tiene el patrón respiratorio ineficaz 14,9% que se explica por ser una situación en la que la enfermera no puede trabajar independientemente.

Al ser el ejercicio físico la variable explicativa de la calidad de vida y el diagnóstico de enfermería Riesgo de intolerancia a la actividad el que aparece con mayor porcentaje, creemos fundamental la necesidad de ejercer nuestras intervenciones terapéuticas sobre el mismo, con el objetivo final de mejorar la calidad de vida en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Recomendamos por ello una valoración en consulta de enfermería dirigida a como vive el paciente su enfermedad y no tanto a valorar datos objetivos de espirometría, averiguar su grado de actividad diaria y como le limita la enfermedad en su actividad diaria, si realiza algún tipo de entrenamiento o rehabilitación muscular y respiratoria y si no es así encaminar nuestras intervenciones hacia ello.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.-Alonso J, Badia X, Barrueco M et al..Grupo de trabajo de calidad de vida y EPOC. En calidad de vida relacionada con la salud en la EPOC. Instrumentos de medida en España. Barcelona: MCR, 1996.
- 2.-Sanchis J, Casau P, Castillo J, González Mangano N, Palenciano L, Roca J. Normativa SEPAR para la espirometría forzada. Barcelona: Doyma,1985.
- 3.-Barbera JA, Peces-Barba G, Agusti AG, Izquierdo JL, Monso E, Montemayor T, Viejo JL. Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol. 2001 Jun; 37(6): 297-31.
- 4.-Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/Who Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD).Updated 2003. [www.goldcopd.com](http://www.goldcopd.com)