



# Diagnóstico enfermero

María Teresa Luis Rodrigo\*

## RESUMEN

Basado en una conferencia oral que la autora pronunció en Lérida en 1995, el artículo pretende entre otras cosas, ayudar a clarificar los distintos significados que el término «diagnóstico» puede adquirir en la disciplina enfermera y delimitar el alcance de cada uno de éstos. Para ello plantea grandes bloques temáticos: el diagnóstico como etapa para llegar a la meta; el diagnóstico como proceso para emitir un juicio; el diagnóstico como producto que expresa una conclusión. Este recorrido le implica adentrarse en aspectos tan interesantes como la necesidad de adoptar un marco conceptual que guíe nuestra actuación, la complejidad inherente a todo proceso de diagnóstico, la necesidad de aplicar a nuestros razonamientos el pensamiento crítico, etc.

## Nursing Diagnosis

### SUMMARY

This article is based on a presentation given by the author at a conference in Lérida in 1995 which attempts, among other things, to clarify the significance of the term «diagnosis» as used by the nursing profession. Diagnosis implies many things to a nurse. For example, the diagnosis is one stage in the journey to a desired goal, the diagnosis is a process to produce a decision, a diagnosis can be the expressed product in a conclusion.

Other thought provoking ideas are also presented such as the need to develop a conceptual framework to guide our actions, the inherent complexity in the diagnostic process, and the necessity of critical thinking in our reasoning skills, etc.

## INTRODUCCIÓN

Las personas que nos expresamos en lengua castellana tenemos a nuestra disposición uno de los idiomas más ricos del mundo para comunicar nuestros pensamientos, ideas y sentimientos. Por una parte, podemos elegir entre multitud de vocablos para transmitir hasta los más sutiles matices; por ejemplo, para decir que experimentamos un sentimiento de alegría podemos optar por manifestar que estamos alegres, animados, regocijados, alborozados, jubilosos, exultantes, eufóricos, «como unas castañuelas», «como unas pascuas»... No voy a seguir, porque la lista sería muy larga, pero es evidente que cada uno de estos términos, aun transmitiendo básicamente el mismo sentimiento, tiene sus propias connotaciones y eso es lo que nos hace elegir uno

o más de ellos para comunicar exactamente nuestro estado de ánimo.

Por otra parte se da también lo contrario, esto es, que una misma palabra tenga una gran variedad de acepciones distintas. Así, cuando decimos «alumbra» podemos estar refiriéndonos a «llenar de luz», «descubrir manantiales de agua subterránea», «descubrir el tronco de la vid y hacerle un alcorque para que aproveche las lluvias», «parir la mujer», o «empapar los tejidos de una disolución de alumbre antes de teñirlos». Tal multiplicidad y diversidad de significaciones hace que sólo sea posible comprender el significado exacto de numerosos vocablos cuando los contemplamos dentro del contexto en el que se encuentran.

Junto a estas características de riqueza y versatilidad de nuestro lenguaje, aparece una tercera, que yo llamaría de rigidez o falta de pragmatismo, que consiste en que la Real Academia de la Lengua Española concede un significado unívoco a un numeroso grupo de

\* D.E. Profesora de Enfermería Médico-Quirúrgica. E.U.E. de la Universidad de Barcelona.

## **Es preciso tener una imagen mental que guíe cualquier actuación, que nos indique qué tenemos que hacer y cómo hemos de llevarlo a cabo porque, de lo contrario, no hay actuación posible**

términos que, en la realidad diaria, adquieren una multiplicidad de acepciones y utilizaciones. Uno de los mejores ejemplos de esta última característica de exclusivismo de la acepción por parte de los eruditos del idioma, es el caso de la palabra «diagnóstico», que el Diccionario Ideológico de la Lengua Española Julio Casares, en su segunda edición, define como «Pertenciente o relativo a la diagnosis. Conjunto de signos que sirven para fijar la naturaleza de una enfermedad». Por su parte, *diagnosis* es el «Conocimiento de las enfermedades por el examen de sus síntomas». Resulta cuanto menos curiosa esta definición que equipara y limita el significado del vocablo a su utilización por unos profesionales determinados, los médicos, cuando diariamente estamos oyendo hablar del «diagnóstico económico», el «diagnóstico social», el «diagnóstico arquitectónico», o el «diagnóstico estructural», por citar sólo algunos ejemplos. Es por tanto comprensible que cuando hablamos de diagnósticos enfermeros, los más puristas (o los más pusilánimes) de nuestros compañeros médicos, puedan señalar el diccionario, a la identificación del conjunto de signos indicativos de la presencia de una determinada enfermedad.

Pero éste no es el único problema terminológico al que nos enfrentamos. Una vez tomada la libertad de rebasar los límites impuestos por la ortodoxia, y concedida la ampliación del significado del término «diagnóstico» hasta convertirlo en «la identificación de la naturaleza o esencia de una situación o problema y de la causa posible o probable del mismo», y adentrándonos ya en el territorio enfermero, nos encontramos con otra dificultad. Cuando decimos «diagnóstico», sin acompañar esta palabra de ninguna otra que la matice y delimite su significado, ¿a qué nos esta-

mos refiriendo exactamente? Porque, podemos estar hablando de:

- a) La segunda etapa del proceso de atención.
- b) El proceso de razonamiento que nos lleva a emitir una conclusión.
- c) La formulación (estandarizada o no) con la que expresamos el juicio al que hemos llegado.

Desearía por tanto que este artículo sirviera para ayudar a clarificar los diversos significados que el término «diagnóstico» puede adquirir en la disciplina enfermera y para delimitar el alcance de cada uno de estos.

### **El diagnóstico como etapa... para llegar a la meta**

En el proceso de atención, nombre con el que se denomina el método usado por las enfermeras para la identificación y solución de problemas, durante muchos años se distinguían cuatro etapas: valoración, planificación, ejecución, y evaluación. La identificación del problema a tratar o no aparecía o se incluía dentro de la fase de valoración, lo que resulta desconcertante si se considera que, en ese contexto, la valoración se definía como la «recogida y examen de la información que proporciona los datos necesarios para llegar a un juicio o conclusión», de lo que se desprende claramente que ambos conceptos no son equiparables.

Aunque ya en 1953 Fry habla de la etapa diagnóstica como paso indispensable entre la valoración y la planificación, hay que esperar a finales de la década de los 70 para observar algunas tímidas alusiones a la misma en el panorama bibliográfico español. En ese momento empieza a considerarse que la globalidad del proceso de atención

puede desdoblarse en dos componentes: por una parte, la valoración y el diagnóstico, que permiten la *identificación del problema a tratar*, y por otra, la planificación, la ejecución, y la evaluación, que se dirigen directamente a la *solución del problema identificado*.

Si bien el proceso de atención se ha definido frecuentemente como el «método científico aplicado a la disciplina enfermera», en mi opinión una razón justifica no considerarlos como totalmente equivalentes: el llamado método científico es supuestamente objetivo y en su utilización no intervienen para nada los valores, ideas, o creencias personales. Esta afirmación, salvo cuando se aplica a las llamadas ciencias puras, sería cuestionable desde cualquier punto de vista ya que, como seres humanos que somos, todo lo que hacemos está más o menos impregnado por nuestros sentimientos, experiencias, ideas, conocimientos, expectativas... es decir, por lo que Kuhn denominaba «la matriz disciplinar». Pero, en cualquier caso, lo que en mi opinión resulta evidente es que el ejercicio de la enfermería nunca se produce en tal «vacío emocional y cultural», sino que los valores humanos influyen tanto en la identificación de los problemas o situaciones que deben tratarse, como en el tipo de abordaje que de ellos haremos. Negar su existencia evita que podamos identificarlos y contrarrestarlos, dejándonos por tanto a merced de fuerzas incontrolables por desconocidas.

Así pues, el proceso de atención es un instrumento que nos orienta sobre los pasos a seguir para conseguir algo, pero en ningún caso puede indicarnos cuál es la meta a alcanzar o cómo llegar a ella, del mismo modo que el cincel y el martillo sirven al escultor para plasmar en el mármol la imagen que tiene en su mente, pero, por bien templados que estén, no le serán de ninguna utilidad si no sabe qué hacer con ellos. El contenido, la imagen a obtener, tiene que estar delimitado por un marco conceptual propio. En este sentido siempre me sorprenden quienes afirman no tener ningún marco conceptual porque, en mi opinión, tal cosa resulta simplemente imposible. Es preciso tener una imagen mental que guíe cualquier actuación, que nos diga qué tenemos que

hacer y cómo hemos de hacerlo porque, de lo contrario, no hay actuación posible. Al adoptar actitudes de rechazo de nuestros propios modelos lo que hacemos en realidad es aplicar de manera inconsciente el modelo de otro profesional, que generalmente es el médico.

El marco conceptual que adoptamos marca nuestra actuación ya que señala qué información es relevante, con qué hemos de compararla para determinar si los datos obtenidos son los esperados o no, si indican la necesidad de una intervención, cuál es el problema o situación a tratar, qué objetivos deseamos alcanzar y cuál es la mejor manera de llegar a lograrlos. La colonización profesional, con la aculturación o pérdida de identidad que comporta es, sobre todo en estos tiempos de confusión y cambio, uno de los mayores peligros con que nos enfrentamos y contra ella hemos de luchar si queremos sobrevivir como profesionales.

En resumen, la etapa diagnóstica es un paso dentro de un proceso, desligado del cual carece de sentido y utilidad. Por su parte, el propio proceso de atención no es más que un instrumento que nos permite operativizar el modelo conceptual. Si no lo utilizamos enmarcado en un modelo propio es posible que estemos siendo «muy científicos», pero muy poco enfermeros.

## El diagnóstico como proceso... para emitir un juicio

El proceso diagnóstico es el razonamiento que nos lleva a la emisión de un juicio sobre la situación o estado de salud del usuario de nuestros servicios. Diagnosticar es, esencialmente, distinguir o discriminar. A medida que se recoge la información se produce una primera discriminación entre los datos que indican o pueden indicar la presencia de un problema y los que evidencian recursos o características positivas. Ambos grupos de información son igualmente relevantes ya que mientras los primeros nos ayudarán a deter-

minar los problemas existentes, los segundos nos serán útiles para formular diagnósticos de salud y para identificar los recursos con que cuenta el usuario para manejar esa situación.

Éste es sólo el primero de una serie de pasos que se producen dentro del proceso diagnóstico, cada uno de los cuales implica un razonamiento y juicio previos, y que finalizan con la formulación de una conclusión. Según Alfaro el razonamiento diagnóstico, en su más amplio sentido, implica tres actividades:

- a) Agrupar la información recogida de manera que nos permita formar una imagen clara.
- b) Interpretar esta información, es decir, compararla con unos criterios previos para determinar primero su relevancia y luego su significación.
- c) Emitir un juicio o conclusión.

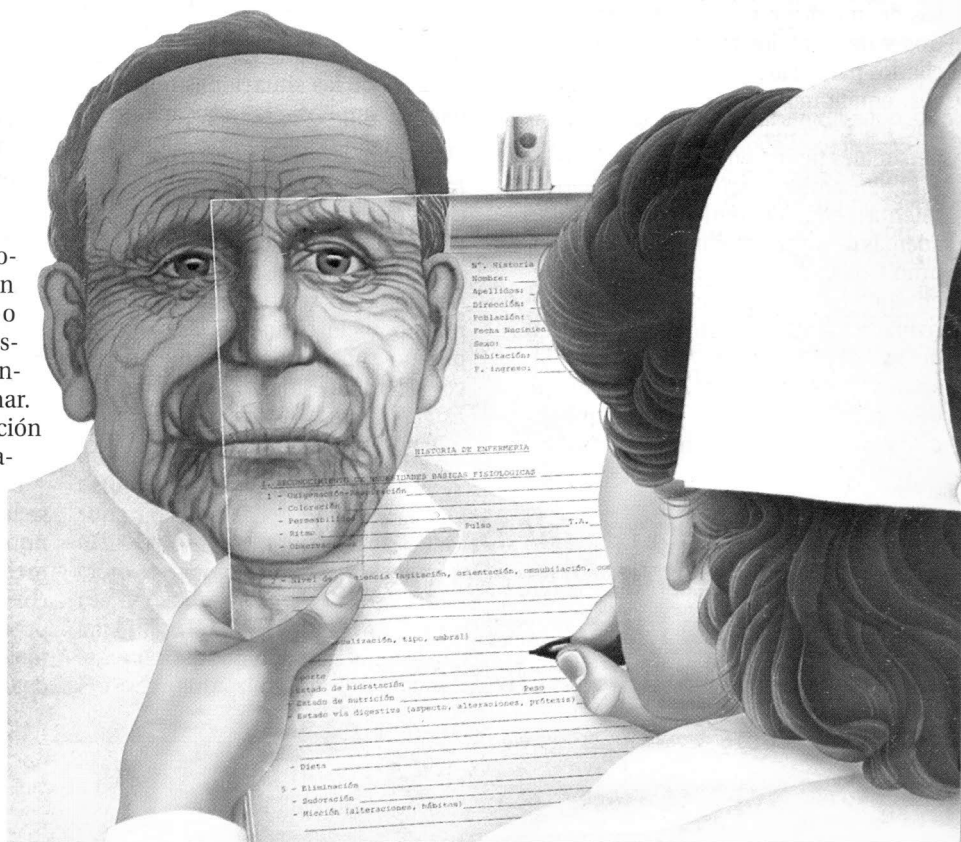
Contemplando esta lista podría pensarse que el proceso diagnóstico es una secuencia de pasos y que la persona que diagnostica sólo tiene que seguirlos para llegar a obtener un juicio acertado. Sin embargo todos los que hemos intentado alguna vez diagnosticar la situación de un usuario sabemos que se trata de un proceso engañosamente sencillo. Lo que ocurre en nuestra mente hasta llegar a emitir un juicio

**Todos los que hemos intentado alguna vez diagnosticar la situación de un usuario, sabemos que se trata de un proceso engañosamente sencillo**

sobre una situación o problema es un proceso de razonamiento altamente complejo que sólo puede llevarse a cabo cuando la persona es capaz de pensar de forma crítica.

Siguiendo de nuevo a Alfaro, podríamos definir el pensamiento crítico como «el pensamiento intencionado, con objetivos concretos, que pretende llegar a juicios de acuerdo con las evidencias (hechos), no con las conjeturas (suposiciones). Basándose en los principios de la ciencia y del método científico, el pensamiento crítico requiere el desarrollo de estrategias que aumenten el potencial humano y que compensen los problemas originados por la naturaleza humana».

No se trata, por tanto, de un pensamiento errático como el que nos acom-



pañía en muchas ocasiones cuando realizamos actividades rutinarias, sino que el pensamiento crítico tiene un propósito ya que pretende comprender el significado de algo, interpretarlo, encajarlo en el conjunto, determinar las piezas de información que faltan... Se basa en hechos observables y comprobables, no en suposiciones o intuiciones. No se trata de desechar estas últimas cuando se presentan, pero tampoco de utilizarlas como si de hechos fehacientes se tratara. La mejor actitud a adoptar en tales circunstancias es la de comprobar la veracidad o no de nuestras conjeturas buscando explícitamente aquellos datos que nos ayudarán a confirmarlas o desecharlas.

El pensamiento crítico, base del razonamiento diagnóstico, se apoya en los principios del método científico por cuanto es preciso mantener una actitud abierta, de cuestionamiento constante de nuestras ideas y conclusiones, al tiempo que exige que nos aseguremos de la fiabilidad de la información y que trabajemos de manera organizada. Por otra parte, requiere implantar estrategias que, además de ayudarnos a desarrollar todo nuestro potencial, compensen los problemas originados por nuestra propia naturaleza. En otras palabras, estrategias que, al tiempo que permiten la identificación de los recursos de que dispone cada uno de nosotros y de la mejor manera de aprovecharlos para el logro de nuestros objetivos, equilibren la poderosa influencia que las percepciones, valores e ideas personales tienen en nuestros juicios.

El pensamiento crítico es una herramienta enormemente dúctil que, además de utilizarse para la solución de problemas, es perfectamente aplicable en aquellas situaciones en que se requiere mantener o aumentar el nivel de salud y bienestar y/o prevenir la aparición de problemas. Este punto es de capital importancia puesto que la disciplina enfermera, como todos sabe-

mos, tiende cada vez más a centrarse en el mantenimiento y promoción de la salud y no sólo en los problemas derivados de la falta de ella. No es que éstos no se traten cuando existen, sino que nuestro campo de actuación se amplía hasta abarcar aquellas situaciones en que la persona tiene una condición de salud estable y quiere mantenerla o mejorarla.

La habilidad de pensar críticamente, aunque algunas personas la poseen de forma innata, es una destreza que, igual que muchas otras, puede adquirirse y/o aumentarse. Para ello es preciso desarrollar una serie de actitudes o características, muchas de las cuales ya poseemos en mayor o menor grado, entre las que, según Alfaro, se encuentran:

- *Pensar de forma activa e independiente.* Llegar a nuestras propias conclusiones sin dejarnos influir por las de los demás, pero manteniendo al mismo tiempo una actitud abierta que lleve a comprobar la fiabilidad de la información y a considerar todas las posibles interpretaciones que de la misma puedan hacerse.
- *Ser conscientes de nuestros sesgos y limitaciones,* lo que algunos autores denominan «tener humildad intelectual». Saber que nuestras ideas, prejuicios, valores, y sentimientos introducen sesgos en nuestra percepción de las situaciones nos ayudará a compensar las desviaciones.
- *Hacer un esfuerzo consciente para trabajar de manera planificada* ya que gran parte del éxito de nuestra empresa diagnóstica radica en utilizar un abordaje sistemático y organizado, y en ser persistentes en el mismo, incluso cuando las soluciones no son obvias y requieren un considerable esfuerzo intelectual.
- *Establecer una relación terapéutica* que posibilite el mutuo intercambio

## Nadie tiene todas las respuestas ni es inmune a los errores

de ideas y sentimientos. Esta condición, esencial para comprender los hechos y para llegar a las conclusiones adecuadas, no es posible a menos que mantengamos una actitud de escucha activa y de respeto por las ideas del otro.

- *Mantener una actitud empática,* lo que significa dejar de lado nuestros propios sentimientos y ponernos en el lugar de la otra persona para intentar comprender cómo se siente, lo que nos ayudará a entender a los demás sin emitir juicios de valor. Cuando, como en nuestro caso, trabajamos con las respuestas de las personas ante su situación de salud, este requisito se convierte en totalmente indispensable para emitir un juicio profesional ajustado a la realidad.
- *Ser flexible y humilde,* teniendo siempre presente que nadie (y eso nos incluye a nosotros) tiene todas las respuestas ni es inmune a los errores. Por tanto debemos ser capaces de considerar otras alternativas, cambiar nuestro enfoque y aceptar nuestras equivocaciones cuando ello sea preciso.
- *Aplicar las leyes de la lógica.* Esto significa, entre otras cosas, reconocer la importancia de la intuición pero formularla como hipótesis y tratarla como tal: buscar las evidencias necesarias para confirmarla y, sobre todo, sopesar los riesgos y beneficios derivados de cualquiera de nuestras actuaciones.
- *Ser realista* y reconocer que no vivimos en un mundo perfecto y que, como dice el refrán «A veces, lo mejor es enemigo de lo bueno»

El pensamiento crítico es, como se ha señalado antes, la condición «sine qua non» del razonamiento diagnóstico mediante el cual llegamos a un juicio o conclusión y, por tanto, la clave que posibilita interpretar las situaciones, identificar los recursos y las dificultades, y resolver los problemas. Las enfer-

**Saber que nuestras ideas, prejuicios, valores y sentimientos introducen sesgos en nuestra percepción de las situaciones, nos ayudará a compensar las derivaciones**

meras que no saben pensar de manera crítica no sólo es poco probable que sean eficaces y eficientes en la solución de los problemas, sino que *llegan a convertirse en parte del problema*.

## El diagnóstico como producto... que expresa una conclusión

Finalizado el proceso de razonamiento y alcanzada una conclusión llega el momento de expresarla, de formular con palabras nuestro juicio. Entonces se produce otra de las imprecisiones terminológicas de que hablaba antes: la confusión entre el hecho de diagnosticar y el de utilizar una terminología estandarizada.

Quisiera recordar la definición «libre» que hacía al principio del artículo, en la que consideraba el diagnóstico como «la identificación de la naturaleza o esencia de una situación o problema y de la causa posible o probable del mismo». Por tanto, diagnostica quien es capaz de determinar cuál es el problema o situación y por qué se ha producido y, para ello, puede usar sus propias palabras o emplear una terminología normalizada. Así, un médico que diga que determinada persona tiene una inflamación del apéndice vermiforme está diagnosticando puesto que está identificando la naturaleza del problema. Si dice que esa persona tiene una «apendicitis» la única diferencia estriba en que, en este caso, está utilizando un código estandarizado para formular su diagnóstico.

Considero de capital importancia remarcar que lo verdaderamente esencial es captar la naturaleza de la situación, es decir, diagnosticar. Emplear una terminología consensuada tiene, indudablemente, muchas ventajas, pero si falla el juicio, *si la conclusión a la que llegamos es errónea, de nada nos sirve ninguna taxonomía por perfeccionada que esté y por completa que sea*.

Aun a riesgo de resultar reiterativa he de volver a referirme al marco conceptual puesto que resulta imprescindible para dar a los fenómenos que nos ocupan un significado preciso que nos permita comprenderlos. El marco conceptual nos indicará qué datos debemos

## Comentario final

No quisiera finalizar sin mencionar, aunque sea de manera muy rápida, que la adopción de un modelo conceptual u otro puede tener consecuencias imprevisibles porque algunos de ellos no son compatibles con la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) cuyo uso afortunadamente cada vez está más difundido en nuestro país. Así, mientras que los modelos de Henderson o de Roy, por referirme a los dos ya citados, permiten emplearla, otros, como el de D. Orem, y según la propia autora, no son compatibles con su utilización.

Esta cuestión, que a primera vista pudiera parecer irrelevante, en mi opinión es de suma importancia dado que uno de los mayores problemas con que nos encontramos los enfermeros a la hora de compartir experiencias, efectuar investigaciones o transmitir conocimientos, es decir, a la hora de comunicarnos, es la falta de un lenguaje unificado capaz de transmitir la información de forma clara y rápida, un lenguaje que nos permita utilizar la tecnología informática y que haga referencia a nuestro propio campo de competencia.

Es imprescindible que, en un futuro más o menos próximo, los enfermeros dispongamos de una terminología propia aceptada internacionalmente y aplicable desde cualquier perspectiva conceptual y, en este sentido, me parece un gran paso adelante el proyecto del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) para el desarrollo de una Clasificación Diagnóstica Internacional. Escapa del objetivo de este artículo comentar dicho proyecto que, por otra parte, es sobradamente conocido por la mayor parte del colectivo profesional español; lo que quisiera resaltar, porque quizás no sea tan sabido, es el hecho de que la NANDA ha colaborado de manera directa en este trabajo prácticamente desde su inicio y que, al ser la terminología enfermera más desarrollada con que contamos en este momento, es también la principal fuente de datos (aunque no la única) con que trabaja el CIE. El enorme esfuerzo que representa este intento de unificar criterios para construir una terminología diagnóstica propia universalmente aceptada merece todo nuestro reconocimiento y apoyo, al igual que lo merece cualquier aportación que ayude a consolidar la disciplina enfermera.

recoger y cuáles no, con qué hemos de compararlos para determinar su naturaleza, qué problemas o situaciones legitiman nuestra actuación, qué objetivos somos responsables de ayudar al usuario a alcanzar, y cómo podemos lograrlo.

Al especificar el área de competencia de la disciplina enfermera los modelos conceptuales ayudan a identificar los diagnósticos del usuario que estamos capacitados para tratar. La enfermera que adopte el modelo de V. Henderson actuará cuando pueda ayudar a la persona a recuperar, mantener o aumentar el nivel de independencia en la satisfacción de sus catorce necesidades básicas, y los diagnósticos que formule se encontrarán relacionados con sus niveles de dependencia/independencia. Por otra parte, si esa misma enfermera

opta por el modelo de adaptación de Roy considerará justificada su intervención cuando pueda promover respuestas conducentes a mejorar, mantener o aumentar la adaptación al entorno, y los diagnósticos que identificará se referirán siempre a la efectividad o no de las conductas del usuario en cualquiera de los modos de adaptación que se identifican en el modelo.

### BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro E. Critical Thinking in Nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1994.
- Gordon M. Nursing Diagnosis: Process and Application. 3.ª Ed. St. Louis: Mosby, 1994.
- Luis M.ª T Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. 2.ª Ed. Barcelona. Mosby-Doyma, 1996.
- Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y clasificación 1995-1996. Barcelona: Mosby-Doyma, 1995.

