



El Correo

SUMARIO

 **TALLER DE INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN...** pág 2

 **ENTREVISTA A M^a ISABEL IRIGOYEN** ...pág 5

 **OPINIÓN EN LA RED...** pág 6

AENTDE

Cuatrimestre III - Vol II - Número 3

Todos los pasos importantes en la historia del progreso del hombre han suscitado pasiones, vivas polémicas, enfrentamientos, guerras... En la enfermería de hoy, el tema de los diagnósticos enfermeros (DE) suscita posturas en pro y en contra; a casi nadie suele dejar indiferente. Los profesionales somos aproximarnos a los DE de distintas maneras. Cada una de ellas suele estar relacionada con el enfoque de enfermería que cada uno tiene y sus contexto laboral.

Hay varias posturas: los que se oponen frontalmente a los DE, los que los aceptan con convicción y los que se mantienen a la expectativa, esperando a ver por dónde «vienen los tiros».

En el grupo en que están los que adoptan posturas en contra, se encuentran no pocos profesionales, con los estudios recién acabados. En su próximo período de formación se han visto

obligados a realizar, con un importante esfuerzo, Planes de Cuidados. Terminan la carrera sin acabar de entender para qué tanto esfuerzo para algo que en la práctica habitual pocas veces ven utilizar. ... Resultan rápidamente fagocitados por el sistema.

En otro grupo enfrentado a los DE se encuentran los que, anclados en sus rutinas y seguridades, creen tener claro que no les pagan por aprender y aplicar algo nuevo, sometido a debate. Han oído hablar de diagnósticos; conocen listas de etiquetas; quizás algunos diagnósticos ya elaborados...Y el sistema les parece complejo, carente de utilidad; y se oponen abiertamente.

En otro frente, se encuentran los que desconocen casi todo de los DE. Pero no se oponen; están a la expectativa, esperando a ver que resulta de todo esto...

Por supuesto, en la trinchera de enfrente hay —cada vez mas— profesionales que han entendido la utilidad, el valor y la trascendencia de los DE y que no solo los defienden, sino que se esfuerzan por dominarlos, quieren utilizarlos en su práctica.

En este panorama de pros y de contras, muchos de los profesionales enfermeros con responsabilidad en la gestión, y también en el

campo de la docencia, no han entendido el tema de los DE, ni apuestan por él, como toda vía siguen sin apostar por una perspectiva totalmente enfermera para dar cuidados...

Algunos de los argumentos de carácter pragmático, se podrían llegar a entender y, tal vez, no carecen de "cierta lógica": ¿Por que empeñarnos en algo que cuesta tanto esfuerzo y da tan pocos frutos? Es mas, ¿por que esforzarnos en algo que sólo conocen y defienden unos pocos enfermeros, realmente una minoría?

Evidentemente, es difícil tomar partido a favor de los DE, sin adentrarse en el tema, sin siquiera intentar probarlo... y en la mayoría de

circunstancias, con la seguridad de carecer del apoyo de nuestros superiores y compañeros.

Quizás para respondernos de alguna manera a estas pre-

guntas debemos observar que esta ocurriendo a nuestro alrededor: hacia donde nos está conduciendo nuestra rutina, nuestra falta de profesionalidad, la indefinición de nuestro campo de actividad propia

Es sumamente difícil avanzar en nuestra profesión, si no hacemos bien "lo que hacemos", si no somos capaces de especificarlo, diferenciarlo y darlo a conocer; si no ponemos los medios para que nuestro trabajo se reconozca, no pase desapercibido, sea diferenciado, cuantificado y reconocido con su especificidad dentro del sistema

Solo hay un camino: hacer nuestro trabajo profesionalmente, con principios de racionalidad, con métodos científicos que avalen las evidencias; contando con un "lenguaje propio" para designar los multiples problemas que las enfermeras resolvemos, las intervenciones «propias», y con una forma específica para designar el producto de nuestro trabajo para que sea tenido en cuenta en las políticas socio-económicas del sistema sanitario.

Y todo esto tiene que ver con los diagnósticos Enfermeros.

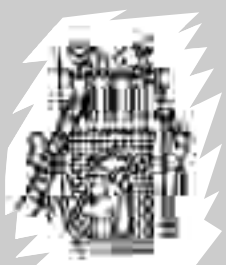
Editorial

¿Qué nos está pasando?

La Junta Directiva

Diciembre 98

Edita: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería



El Correo de la AENTDE es el órgano informativo de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería

COMITÉ DE REDACCIÓN
Adolf Guirao
Julia López
Enrique Pacheco

JUNTA DIRECTIVA
Mercedes Ugalde (Presidenta)
Esperanza Ballesteros (Vicepta)
Assumpta Rigol (Secretaria)
Julia López (Tesorera)
Enrique Pacheco (Vocal I)
M^a Isabel Saracíbar (Vocal II)
Rafael del Pino (Vocal III)
Adolf Guirao (Vocal IV)
Nieves Montesinos (Vocal V)
Rosa González (Vocal VI)
Francisca Pérez (Vocal VII)

DIRECCIÓN POSTAL
Escuela de Enfermería
Universitat de Barcelona
Feixa Llarga, s/n
08907 L'Hospitalet
Barcelona

TELÉFONO
934 035 731

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA
aentde@bell.ub.es

PÁGINA WEB
<http://www.ub.es/aentde/>

DEPÓSITO LEGAL
B-41810-1997
ISSN: 1138-350K

El pasado mes de mayo, como ya se comentó en el anterior número del correo, se celebró en Valladolid el II Simposium de Diagnósticos Enfermeros. Dentro del marco del Simposium, tuvieron lugar dos interesantes talleres de trabajo: uno de formación y otro de investigación.

El taller de investigación, que fue coordinado por Mercedes Ugalde (Presidenta de la AENTDE) y Rafael del Pino (Vocal III de la AENTDE), contó con la asistencia de 41 personas. Tuvo, como objetivo general el analizar la posibilidad de incorporar en los servicios líneas concretas de investigación en diagnósticos enfermeros, tema éste de enorme importancia para el desarrollo del diagnóstico enfermero, que se encuentra en una etapa bastante incipiente.

Para conseguir dicho objetivo, se realizó un planteamiento de trabajo basado en exposiciones iniciales para centrar el tema de discusión y grupos de trabajo posteriores.

La primera exposición, presentada por Rafael del Pino, versó sobre las distintas posibilidades metodológicas a utilizar en la investigación en diagnósticos enfermeros, tanto en su finalidad como en sus diseños. En la segunda exposición, los asistentes al taller tuvieron la suerte de conocer de primera mano, el proyecto de validación de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE), a través de Amy Coenen, Asesora Técnica del Consejo Internacional de Enfermería para la CIPE, como experiencia concreta de investigación en diagnósticos.

En los trabajos de grupo, los asistentes reflexionaron sobre la identificación de líneas de investigación posibles desde la perspectiva de los servicios, recursos necesarios para su implantación, posibilidades de desarrollo, utilidad, problemas de aplicación y alternativas de solución.

De entre las conclusiones del taller, cabe destacar que a pesar del estado incipiente y las dificultades de la investigación en diagnósticos, los asistentes creían posible comenzar a trabajar en diseños concretos, sobre todo en lo que podría denominarse un primer nivel de estudios descriptivos, que permitiera identificar diagnósticos prevalentes sobre los que actuar en líneas de investigación posteriores y más especializadas, como la validación. También se puso de manifiesto la necesidad de contar con los recursos necesarios para realizar dichos estudios, sobre todo en lo que respecta a financiación, asesoría, formación y foros de debate.

El objetivo del taller de formación era proporcionar a los asistentes una breve visión de cómo está la formación en diagnósticos enfermeros, tanto en el pregrado como en postgrado, y debatir cuál puede ser el papel que ha de desempeñar la AENTDE en la formación sobre diagnósticos enfermeros.

Como fin último de este taller, se pretendía crear un grupo de formación dentro de la AENTDE compuesto por colegas que estuviesen interesados en el tema y que a medio plazo trabajarían en la definición de normas de calidad para la docencia de los diagnósticos enfermeros o los criterios de una futura acreditación de cursos por parte de la AENTDE si era lo que procedía.

Durante el debate se concluyó que la AENTDE no debe acreditar cursos. Pero sí que debe elaborar un conjunto de requisitos mínimos que debe tener un curso de formación. En estos momentos la documentación de apoyo del taller se utilizará como base para elaborar dicho documento.

Como comentario autocrítico, debemos decir que la documentación que se elaboró, para la difusión del taller fue escasa y en ella no figuraban los objetivos del taller, de modo que hubo muchos colegas que se inscribieron en el taller pensando que se iban a formar en diagnósticos enfermeros. Desde aquí deseamos pedir disculpas a estas compañeras y nos comprometemos a que esta situación no se vuelva a producir.

Valladolid 20 de mayo de 1998

Taller de investigación

Valladolid 20 de mayo de 1998

Taller de formación



Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros (II)*

Rafael del Pino Casado

EL MODELO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO DIAGNÓSTICO

Este modelo representa un tipo de diseño estandarizado para medir validez de contenido, mediante la opinión de expertos y, por tanto, para obtener el grado en que cada característica definitoria es indicativa de un diagnóstico dado.

Las características definitorias del diagnóstico en cuestión que sirven de base al proceso de validación se toman de las establecidas a priori a nivel teórico por las distintas clasificaciones. Dichas características pueden ampliarse mediante revisiones bibliográficas.

La validación de un diagnóstico se desarrolla mediante el siguiente proceso:

1.- Valoración por parte de los expertos de cada característica definitoria según una escala de 1 a 5:

- 1= En absoluto indicativo o característico del diagnóstico.
- 2= Muy poco característico.
- 3= Algo característico.
- 4= Considerablemente característico.
- 5= Muy característico

Mediante la utilización de algún método para obtener consenso. El autor recomienda la técnica Delphi.

2.- Cálculo de los pesos para cada característica definitoria, asignando pesos a cada valoración de la siguiente forma:

- 1 = 0;
- 2 = 0,25;
- 3 = 0,50;
- 4 = 0,75; y
- 5 = 1

Para que el valor máximo que puedan alcanzar sea 1, sumando los pesos asignados por cada experto y calculando la media.

3.- Descartar las características con pesos menores a 0,50.

4.- Las características definitorias con pesos mayores o iguales a 0,80, son consideradas MAYORES. Las situadas entre 0,79 y 0,50, son definidas como MENORES.

5.- Obtención de la puntuación total para cada diagnóstico, sumando los pesos individuales de cada característica mayor o menor y dividiendo por el número de éstas características.

El autor define los resultados obtenidos con este proceso como tentativos o provisionales, hasta que sean confirmados con estudios generalizables o con estudios repetidos. En realidad este modelo podría calificarse de exploratorio o intermedio.

En relación a este método, Sparks y Lien-Gieschen, hacen hincapié en la necesidad de utilizar todas las posibles características definitorias que pueda tener cada diagnóstico y no sólo las que puedan venir de una determinada clasificación

EL MODELO DE VALIDEZ DIAGNÓSTICA CLÍNICA

Este modelo persigue la obtención de evidencia clínica mediante observación u obtención de información directa de pacientes.

Al igual que en el modelo anterior, se toman los diagnósticos establecidos a nivel teórico en las distintas clasificaciones.

Un paso previo importante consistirá en definir claramente las características definitorias del diagnóstico estudiado, siendo lo ideal el desarrollar definiciones operativas para cada característica.

Dentro de este modelo, el autor define dos aproximaciones, en función de la naturaleza del diagnóstico que esté siendo estudiado. La aproximación original se basa en la observación clínica realizada por dos expertos que intentan

determinar la presencia o ausencia de determinadas características definitorias. La aproximación modificada, denominada Validez Diagnóstica Clínica centrada en el paciente, utiliza la obtención directa de información clínica a partir del paciente, sin que sean necesarios dos expertos, solicitando al paciente que defina en qué grado cada característica definitoria es indicativa de sus sentimientos o comportamientos. Fehring aconseja utilizar la segunda aproximación cuando los diagnósticos supongan o tengan relación con respuestas afectivas (ansiedad, soledad, etc...).

En este documento, me centraré sólo en la aproximación original, basada en la observación por pares. El proceso para su realización es el que sigue:

1.- Obtención de un número dado de sujetos que tengan el diagnóstico que va a ser estudiado.

2.- Observación por parte de dos expertos clínicos, con el fin de determinar la presencia o ausencia de cada característica definitoria del diagnóstico estudiado.

3.- Cálculo de la concordancia entre observadores mediante la siguiente fórmula:

$$R = \frac{A}{A + D} \times \frac{F1/N + F2/N}{2}$$

Donde A es el número de acuerdos o coincidencias, D el de desacuerdos o no coincidencias, F1 la frecuencia de la característica observada por el primer observador, F2 la frecuencia observada por el segundo observador, N el número de sujetos observados y R la ratio de concordancia entre observadores.

4.- Los pasos siguientes son los mismos que el modelo de validación de contenido diagnóstico (del

*Este artículo es continuación del aparecido en «El Correo Vol II-nº1»

número 3 en adelante).

3.- ESTUDIOS APLICADOS

Gordon, dentro de lo que he definido como estudios aplicados, identifica los siguientes tipos de estudios:

a) Epidemiológicos, que según la autora, «se diseñan para documentar la frecuencia de los diagnósticos en la población» y permiten predecir posibilidades probables y aumentar la sensibilidad hacia los datos en el proceso diagnóstico, predecir necesidades de cuidado en poblaciones específicas y guiar los contenidos esenciales de la formación.

b) De proceso diagnóstico, es decir, estudios de «como las enfermeras recogen, interpretan, agrupan y dan nombre a sus juicios diagnósticos» que tienen por objeto determinar aspectos interesantes del proceso, errores diagnósticos, el efecto de sesgos potenciales y la influencia de la formación en la competencia.

c) De proceso y resultados, que se orientan hacia la identificación de resultados para diagnósticos concretos en períodos específicos de tiempo. Y

d) De la ética del diagnóstico y tratamiento.

De todos ellos, me centraré en los denominados por Gordon ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS, por su rentabilidad inmediata y su fácil ejecución.

Personalmente, creo que sería más adecuado denominarlos estudios de caracterización, para no confundirlos con los epidemiológicos clásicos, que abarcan varios tipos de diseños, más allá de los meramente descriptivos.

Estudios epidemiológicos o de caracterización

Si bien Gordon los define como estudios cuya finalidad es la de determinar la frecuencia de apari-

ción de los diagnósticos en la población (lo que desde la perspectiva cuantitativa, se denomina clásicamente estudios descriptivos), hay que tener en cuenta que puede existir otra finalidad más: la de relacionar los diagnósticos enfermeros con las variables personales de los sujetos estudiados (edad, sexo, nivel de instrucción, etc...).

Así, los estudios de caracterización pueden clasificarse según apa-

TIPO DE ESTUDIO	TIPO DE DISEÑO	FINALIDAD
Caracterización: Descriptivo	Cuantitativo: Observacional descriptivo	Frecuencia de aparición de diagnósticos
	Cualitativo	id.
Caracterización Analítico	Observacional Analítico	Variables personales asociadas al diagnóstico

Tabla 1.— Clasificación de los estudios epidemiológicos o de caracterización

rece en la tabla 1, en:

a) Descriptivos: Que miden frecuencia de aparición de los distintos diagnósticos de enfermería en una población concreta, bien mediante diseños cuantitativos (a partir de información clínica del proceso de atención) o cualitativos (mediante la opinión de expertos); y

b) Analíticos: Que relacionan los diagnósticos enfermeros encontrados en una población con las variables personales de los sujetos de esta población, siempre con metodología cuantitativa.

La gran ventaja de los estudios de caracterización, radica en que permiten gran utilidad y aplicabilidad con poco esfuerzo, ya que son relativamente fáciles de realizar.

Esta ventaja se pone de manifiesto sobre todo en los descriptivos, ya que, en el caso de los cuantitativos, si bien requieren existencia de registros del proceso de atención, no es necesario que en estos registros aparezcan los diagnósticos, ya que estos pueden interpretarse de la información existente, a pesar de que esto suponga una posible fuente de sesgos. En lo que respecta a

los cualitativos, la finalidad de la realización sobresale de forma especial, ya que no son necesarios registros, al realizarse a través de la opinión de los profesionales.

Ampliando la información facilitada por Gordon, la utilidad de los estudios de caracterización puede resumirse en los siguientes aspectos:

a) Planificación de los cuidados de enfermería para una población concreta, a partir de la determinación de sus necesidades de cuidado.

b) Implantación y mejora del trabajo con diagnósticos enfermeros, al quedar reducidos los diagnósticos con los que trabajar inicialmente a los más prevalentes.

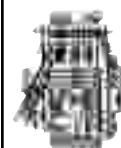
c) Planificación de la formación postgraduada, al utilizar los diagnósticos prevalentes para la detección de necesidades de formación prioritaria.

d) Definición de perfiles profesionales y

e) Guía para priorizar la elaboración de protocolos y planes de cuidados estandarizados.

BIBLIOGRAFÍA

- FEHRING, R.J. Methods to validate nursing diagnosis. Heart & Lung. 1987. Vol 16, nº 6: 625-629.
- SPARKS, S.M. LIEN-GIESCHEN, T. Modification of the Diagnostic Content Validity Model. Nursing Diagnosis. 1994. 5 (1): 31-35.
- GALVEZ, R. GUILLÉN, J.F. Concepto y usos de la epidemiología. Cap. 5. En Piedrola, G. Domínguez, M. Cortina, P. et al. Medicina preventiva y Salud Pública. 8ª Ed. Salvat. Barcelona. 1988.
- DEL PINO CASADO, R. et al. Modelos en enfermería comunitaria. Rol de Enfermería. Noviembre, 1995. 207: 57-63.
- RODRIGUEZ COBO, D. FRIAS OSUNA, A. III Jornadas de la Asociación de Enfermería Andaluza: el diagnóstico en enfermería. JaEn. 1989. Asociación de Enfermería Andaluza. JaEn. 1992.
- NANDA & CASE WESTERN RESERVE UNIVERSITY, FRANCES PAYNE BOLTON SCHOOL OF NURSING. Monograph of the Invitational Conference on Research Methods for Validating Nursing Diagnoses. Palm Springs. Abril 1989.





Diagnóstico enfermero

A continuación se transcribe un cruce de correo electrónico que se produjo en la lista de distribución de noticias de internet rolenfermería. Agradecemos a la lista que permita la reproducción de este material

Carlos Álvarez 7/10/98

Queridos listeros:

La Editorial Díaz de Santos acaba de publicar un libro de María Victoria Antón Nárdiz, Directora de la Escuela de Enfermería de la Comunidad de Madrid titulado « Las enfermeras entre el desafío y la rutina. Una mirada al siglo XXI».

Es un tipo de libro que se lee de una tacada y luego se vuelve sobre aquellos aspectos que te han llamado mas la atención. En concreto y sobre los diagnósticos de enfermería dice lo siguiente: *«En 1992 participe en París en un Taller sobre diagnósticos con grandes figuras internacionales como Lynda Carpenito y Marjory Gordon».*

«La impresión que saque de aquel encuentro la considere en aquel momento fruto de mi ignorancia, ya que ni me impacto su discurso ni vi utilidad a sus propuestas».

«No comparto esa necesidad y menos cuando el razonamiento se basa en que los médicos tienen un lenguaje propio sobre cuya base se entienden y comunican, y por ello las enfermeras necesitamos un lenguaje para entendernos nosotras.» « En un lenguaje común nacimos, crecimos, y no acabo de entender la necesidad de crear otro». « El nacimiento de los diagnósticos de enfermería, su identidad americana, su lógica en un sistema de pago por servicios, se ha querido trasplantar a nuestro país y esta creando confusión a la enfermera de base». «Para introducirlo en nuestro país es imprescindible que se demuestre su utilidad real y no teórica, ya que ninguna practica que suponga un esfuerzo del profesional sobrevivirá si este no ve su eficacia».

« Ya en 1992, en el Taller de París, se planteaban críticas a los diagnósticos de enfermería de personajes tan fundamentales en la enfermería moderna como Virginia Henderson, quien según las docentes del curso, defendía que se utilizasen los mismos diagnósticos médicos, decisión que comparto». « Otras de las criticas era lo absurdo de escribir lo evidente: no había razón clara para convertir en diagnósticos las situaciones conocidas y asumidas por la enfermería en su trabajo cotidiano durante décadas». «Definir como déficit de autocuidados con una etiqueta diagnóstica de dificultad / incapacidad para el aseo diario o higiene corporal, es escribir lo evidente, sin aportar nada que no estuviera incluido en el trabajo de la enfermera». « Rechazo los dogmas y soy incapaz de aceptar ciegamente los argumentos que defienden los diagnósticos de enfermería sin una base

demostrable de mejora de la calidad, con ejemplos claros. Y si algo tengo claro es que el conocimiento abstracto confiere poder». «Soy una persona que participo habitualmente en congresos y, hasta hace poco no pensé que la forma en que utiliza una parte de la enfermería el lenguaje científico podía ser simplemente una coraza para defenderse del debate coloquial».

En fin muy duro y valiente me parece decir lo que dice. Yo no puedo opinar porque no tengo criterio al respecto pero seguiré muy interesado el debate al respecto si lo consideráis oportuno. Un abrazo.

Mercedes Ugalde 29/10/98

Hola listeros,

He estado un tiempo fuera, desconectada y a la vuelta, me encuentro con la interesante propuesta de debate sobre el "sin sentido de los diagnósticos enfermeros" (DE) que plantea Carlos Álvarez. Gracias Carlos, encantada de debatir sin corazas sobre un tema que nos inquieta y de entrada confieso que me apasiona.

Lamento no conocer el último trabajo publicado por M^a Victoria Antón, pero siguiendo los párrafos que transcribes, trataré de expresar mi opinión. Pido disculpas de antemano por lo que me pueda extender.

Me i "relación" con los DE comenzó en el hospital, cuando intentábamos hacer los dichosos PAEs y no había forma humana, porque nos faltaban palabras y cada vez que te ponías delante de aquellas hojas, pues era endemoniado, porque nos faltaba un lenguaje para escribir aquello que hacíamos y te quedabas en blanco y además cuando escribías algo, te quedaba como una sensación de ridículo... Bueno esta era la vivencia, pero por aquellas fechas (1987), se publicó el Tratado de Enfermería de Campbell (850 DE), os aseguro que fue todo un descubrimiento y nos ayudó a escribir nuestro trabajo. Sentí identificado mi trabajo con aquel lenguaje, lo encontré útil y esto me impactó. Seguí interesada en el tema y en 1989 y 1991, participe en Madrid en los Talleres que organizó la AEED con Carpenito y también fui miembro de su Seminario permanente sobre Diagnósticos de Enfermería. Más adelante tuve algunos problemas con eminentes personalidades del mundo de los diagnósticos enfermeros de nuestro país, precisamente porque no entiendo los dogmas en este asunto y ello me llevó a salir, a conocer qué ocurría en otros países. He participado en 4 Conferencias de la Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería (AFEDI), la primera en 1992. Dos Conferencias Europeas de ACENDIO y también en las tres últimas Conferencias de la NANDA. Bueno, confieso mi culpa, el tema me interesó y cautivó desde el principio, desde luego no soy imparcial...

En el mensaje que enviaste hay una afirmación que respeto pero no comparto en absoluto: *«No comparto*

esa necesidad y menos cuando el razonamiento se basa en que los médicos tienen un lenguaje propio sobre cuya base se entienden y comunican, y por ello las enfermeras necesitamos un lenguaje para entendernos nosotras.» Analicemos las dos cuestiones:

NECESIDAD .- Voy a proponer tan sólo una, que no es la más importante a mi entender, pero sí la más obvia. No se que realidad asistencial vivís cada uno, pero la que yo conozco y os aseguro que es diversa galopa hacia la informatización. ¿Necesitan los programas informáticos un lenguaje unificado? Pues eso... Si este es tan sólo médico, ¿Cómo quedará registrado el trabajo de la enfermera?

RAZONAMIENTO, a mi entender tampoco es válido lo que aduce Victoria Antón. No se trata de copiar algo para ser alguien, en todo caso, es un paralelismo. Los sistemas que son válidos para unas profesiones, también lo pueden ser para otras y en este sentido, identificar y dar nombre a todo aquello que la enfermera detecta y trata desde el campo de su exclusiva responsabilidad, debe ser definido para que pueda ser reconocido por el sistema sanitario. En algunos de los Congresos o Reuniones sobre diagnósticos o Clasificaciones Enfermeras a los que he tenido oportunidad de asistir, se hablaba de la enfermería INVISIBLE, todo aquel trabajo que la enfermera realiza y no queda constancia en parte alguna, quizás fuera un buen ejercicio que cada uno analizáramos que porcentaje de nuestro trabajo no queda registrado y por tanto no existe. Os invito a revisar historias...

Otra afirmación a la que haces referencia es que «*En un lenguaje común nacimos, crecimos, y no acabo de entender la necesidad de crear otro.*» Es cierto que nacimos en un lenguaje común médico- lo que no me parece tan claro es que esto nos haya llevado al crecimiento. Probablemente una de las claves del Sistema de clasificaciones sea precisamente esa, que para crecer profesionalmente nos hace falta el LENGUAJE QUE IDENTIFICA NUESTRO PROPIO ROL ENFERMERO.

Me vais a perdonar, pero voy a cortar aquí la respuesta, porque quizás resulte excesivamente larga y no quiero aburrir, pero prometo continuar punto por punto con el escrito de Carlos Álvarez sobre las opiniones de Victoria Antón.

Mercedes Ugalde 5/11/98

Quisiera colaborar al sosiego y el debate razonable, por ello seguiré con la respuesta a CARLOS Álvarez sobre los escritos de VICTORIA Antón y los diagnósticos enfermeros.

«*El nacimiento de los diagnósticos de enfermería, su identidad americana, su lógica en un sistema de pago por servicios, se ha querido trasplantar a nuestro país y esta creando confusión a la enfermera de base.*» Estoy de acuerdo, aplicar «tal cual» un sistema americano nos esta creando grandes dificultades, pero a mi entender esto tiene al menos dos lecturas.

Por un lado, creo que se debe agradecer que en este mundo en el que todo esta protegido contra las copias y todo tiene derechos de autor, que la NANDA, haya permitido y favorecido la utilización universal de su sistema de clasificación sin más. Esto nos ha proporcionado una base importante, un patrimonio enfermero que nos ha abierto nuevas vías. Seguramente a partir de aquí, es nuestra responsabilidad utilizar el sistema con criterio y llegar a adaptarlo a nuestro lenguaje, cultura y sistema sanitario. Por otro lado, Victoria Antón señala su lógica en un sistema de pago por servicios. Bien, os invito a dar una vueltecita por la CARTERA DE SERVICIOS del Insalud. Ya sabéis, las carteras, entre otras cosas, sirven para guardar los "cuartos" con los que se pagan ciertas cosas... creo que es bastante explícito.

«*Para introducirlo en nuestro país es imprescindible que se demuestre su utilidad real y no teórica, ya que ninguna practica que suponga un esfuerzo del profesional sobrevivirá si este no ve su eficacia.*»

Esto es como la pescadilla que se muerde la cola, vamos a darle la vuelta. Es posible que los profesionales de enfermería no sobrevivamos en un sistema que ni entiende ni conoce nuestro trabajo, sobre todo si nosotros mismos no somos capaces de describir, demostrar y cuantificar nuestra eficacia.

«*Ya en 1992, en el Taller de París, se planteaban críticas a los diagnósticos de enfermería de persona -jes tan fundamentales en la enfermería moderna como Virginia Henderson, quien según las docentes del curso, defendía que se utilizasen los mismos diagnósticos médicos, decisión que comparto.*»

Yo también, en ningún caso se trata de anular o sustituir el diagnóstico médico, esto es un absurdo, ambos son complementarios y diferentes. Respeto las críticas a los DE, pero no me parece justo "utilizar el nombre de Virginia Henderson" para ello. Quiero recordar que allá por 1988, la Sra. Henderson estuvo en España y entre otras actividades, fue nombrada profesora Honoraria de la Universidad de Barcelona. Voy a transcribir textualmente una frase de su discurso de recepción del nombramiento -existe un documento publicado al respecto- (pag. 30) «*Espero haber dicho claramente lo que creo que es la función exclusiva de las enfermeras y sugerido que tienen funciones de diagnóstico y tratamiento que se superponen a las de los médicos y otros terapeutas.*» Son sus palabras, incluso el subrayado es suyo, no sé si son necesarios mas comentarios...

Hay eminentes personalidades del mundo de la Enfermería que están en contra de los DE y también eminentes personalidades que están a favor.

Me parece muy interesante esta confrontación, aunque la encuentro un poco absurda. Es como si nos pusiéramos a discutir sobre si estamos en acuerdo o desacuerdo sobre el uso de la informática en el trabajo clínico de las enfermeras, porque puede deshumanizar los cuidados. Claro que existe ese riesgo, pero resulta imposible luchar contra el progreso. Quizás sería más interesante hablar de la mejor manera de utilizarla, para no perder el aspecto humano que nos caracteriza. Un abrazo.

