

ATIC

UNA TERMINOLOGÍA ENFERMERA DE INTERFASE (II)

MARIA-EULÀLIA JUVÉ-UDINA: Alumna del Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Barcelona. ejuve@ub.edu

Resumen

INTRODUCCIÓN: este artículo es la segunda parte de una tríada en la que se expone la fundamentación filosófico-teórica que sustenta el desarrollo y la validación de una terminología enfermera de interfase como vocabulario normalizado, diseñado para facilitar la entrada de datos en los sistemas de información asistenciales, producir información, y generar conocimiento.

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

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

RESULTADOS: en el primer artículo se presentó ATIC® y su fundamentación en el pragmatismo, el holismo, el postpositivismo y el constructivismo como principales corrientes filosóficas. Este segundo artículo expone la construcción del concepto de «Persona», que implica la integralidad e interacción de las tres dimensiones del ser humano: el «ser físico», el «ser consciente» y «el ser autónomo».

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

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

ATIC®. A NURSING INTERFACE TERMINOLOGY. PART II

Summary

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

GOAL: To present the philosophical and theoretical approaches considered in the development of a new nursing interface terminology called ATIC®.

METHOD: Review, analysis and discussion of the main philosophical orientations, high and mid-range theories and nursing scientific literature to develop an interpretative conceptualization of the metaparadigm concept «Individual».

RESULTS: The first part of this paper introduces ATIC® and its foundation on pragmatism, holism, post-positivism and constructivism as major philosophical approaches. In this second part the construction of the concept "Individual" involves the integrality and the interaction among the three dimensions of the human being: «being physical», «being conscious» and «being autonomous».

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

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

DIMENSIÓN «SER FÍSICO»: COMPONENTES

Ser físico	Conjunto de funciones básicas para la vida orgánica
Cardiocirculatoria	Conjunto de funciones orgánicas que regulan el bombeo y el impulso de la sangre desde el corazón y el flujo sanguíneo a través de los vasos centrales, periféricos y capilares a todo el organismo.
Respiratoria	Conjunto de funciones orgánicas que regulan la ventilación y el intercambio de gases.
Digestiva	Conjunto de funciones orgánicas que intervienen en el proceso de conversión de los alimentos en sustancias que pueden ser absorbidas y asimiladas por el organismo y en la eliminación de secreciones digestivas y residuos alimentarios.
Homeostática-Excretora	Conjunto de funciones orgánicas que intervienen en los procesos de generación y retención o excreción de los productos finales del metabolismo nitrogenado y el mantenimiento del equilibrio de líquidos y electrolitos, así como la regulación de sus presiones para mantener un equilibrio constante.
Inmunoematológica	Conjunto de funciones orgánicas que intervienen en los procesos de generación celular, de protección del organismo contra microorganismos patógenos, agentes tóxicos, cuerpos extraños y que regulan la respuesta inflamatoria y hemostática.
Nutricional-Metabólica	Conjunto de funciones orgánicas que regulan los procesos de aprovechamiento de los nutrientes, la generación de energía, la eliminación de los productos finales y el control hormonal.
Termorreguladora	Conjunto de funciones orgánicas que regulan los mecanismos implicados en el mantenimiento de la temperatura corporal y su adaptación al medio o a las circunstancias.
Integumentaria	Conjunto de funciones orgánicas que intervienen en la protección de las superficies corporales, protegen los tejidos internos y contribuyen a la síntesis de sustancias.
Reproductora	Conjunto de funciones orgánicas que regulan la fertilidad y permiten dar existencia a nuevos seres humanos.
Restauradora	Conjunto de funciones orgánicas que intervienen en los procesos de activación y reducción de la actividad física y regulan los ciclos de sueño.
Multisistémica	Conjunto de funciones orgánicas que regulan o intervienen simultáneamente en varios procesos.

TABLA 1

La consciencia humana sigue siendo un misterio

Introducción

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

Los conceptos que configuran el contenido de la terminología ATIC® han sido generados a partir del estudio y el análisis del lenguaje natural enfermero, pero su estructura se basa en las asunciones filosóficas citadas en la primera parte de esta tríada de artículos y en el análisis interpretativo de los fenómenos esenciales del metaparadigma enfermero descritos por Fawcett: Persona, Salud, Entorno y Enfermería. [2]

La conceptualización interpretativa es la herramienta empleada para facilitar la comprensión del marco general

para el desarrollo y la validación de esta terminología. El proceso de validación incluye también otros estudios cuyos resultados serán publicados próximamente.

El objetivo de este artículo es presentar los resultados del análisis del desarrollo teórico enfermero que han permitido establecer el significado específico del concepto de «Persona» para este proyecto.

Conceptualización interpretativa de la Persona

La comprensión de la naturaleza del ser humano es un fenómeno de estudio esencial para la disciplina enfermera [2-7].

Los modelos o teorías de alto rango orientan la comprensión de este fenómeno desde distintas ópticas y conceptualizan al ser humano, principalmente, desde dos paradigmas: la perspectiva unitaria con la concepción del individuo como campo de energía y el paradigma de la totalidad que recoge la visión holística [3, 8-13].

Desde ATIC® se asume la orientación pragmática y holística genuina, incorporando cualquier desarrollo teórico en este sentido, y se define a la Persona como: «un ser humano integral; el ser, su evolución y su razón de ser en calidad de unir las distintas partes en un todo, integrando sus tres dimensiones: el ser físico, el ser

consciente y el ser autónomo. Estas tres dimensiones interactúan de forma constante en su globalidad, son progresivas y ambievolutivas (evolucionan con el tiempo pero también pueden involucionar), como resultado de su propia naturaleza y de la relación con el entorno y el tiempo, configurando un sistema complejo, con sus atributos específicos que le confieren su particularidad individual.

El ser físico comprende el conjunto de funciones biológicas, fisicoquímicas y genéticas básicas para la vida orgánica.

El ser consciente incluye el conjunto de funciones bio-orgánicas y de facultades psíquicas y psicoemocionales esenciales para la vida humana, la interacción social y ambiental, la concepción de uno mismo, la convivencia, la adaptación al medio y a las circunstancias, la gestión emocional y la relación del yo con aquello que es considerado trascendental.

El ser autónomo comprende el conjunto de facultades físicas y psicológicas necesarias para responsabilizarse de uno mismo y de gobernar la propia vida.

El ser físico

Desde esta conceptualización de la Persona se adoptan las asunciones sobre el ser físico que derivan del estudio, el desarrollo y la incorporación en la disciplina enfermera del conocimiento de las funciones biológicas necesarias para la vida orgánica, generadas desde la propia disciplina y—esencialmente—desde las ciencias naturales, especialmente la medicina y la biología y, a partir de aquí, se definen sus componentes con los significados específicos para este proyecto (tabla 1).

El ser consciente

La consciencia humana sigue siendo un misterio a pesar de la infinidad de estudios realizados desde múltiples disciplinas. Algunos autores postulan su inexistencia, otros la presentan como un constructo abierto alrededor de los estados mentales; para otros es un producto de la actividad bioquímico-eléctrica cerebral. En los debates sobre la consciencia y el cerebro, las posturas opuestas son habituales, pero lo cierto es que el ser humano es «consciente de su consciencia». Resolver la dualidad cerebro-consciencia no es el objeto de este artículo, sino más bien teorizar, a partir de la visión de las distintas ciencias sobre el ser consciente y su integralidad con el resto de dimensiones humanas.

Desde la óptica de la filosofía, autores como Spinoza postulaban la existencia de una única sustancia con dos propiedades: que era consciente y que tenía extensión [14]. El filósofo materialista francés de la Mettrie consideraba que la consciencia era un artefacto de materia y el pensamiento un proceso material [15]. Para B. Russell, filósofo británico, mente y físico eran dos formas de conocer la misma cosa; la primera mediante la consciencia y la

segunda a través de los sentidos [16]. Según este autor la consciencia era un sentido; un sentido que no percibe estímulos externos sino la verdadera naturaleza del cerebro. Para Goodrich, el ser consciente emerge del movimiento [17]. J. Searle defiende que es una característica biológica cerebral, pero que no debe reducirse sólo a esto, porque «ser consciente es un fenómeno subjetivo mientras que los procesos cerebrales son fenómenos objetivos» [18]. El psicólogo norteamericano Kinsbourne propone que el ser consciente no es un producto de la actividad neural, sino que es la actividad neural en sí misma «El cerebro no genera consciencia sino que es consciente» [19]. Eccles lo refiere de esta forma: «la consciencia no es un producto cerebral, existe íntimamente paralela al cerebro como entidad independiente» [20]. Leishman y Koch proponen, desde la neurobiología, que consiste en ser consciente de lo que uno siente o experimenta y tener la capacidad de controlar o coordinar voluntariamente acciones; la actividad cerebral se asocia a la consciencia pero no es su equivalente [21]. En opinión de Gardenfors, lingüista sueco, el ser consciente comprende las sensaciones, las emociones, la atención, la memoria, los pensamientos, la planificación, el yo, el libre albedrío y el lenguaje [22]. Como explica de la Rubia, catedrático español, «la mayoría de mamíferos tienen emociones e incluso pensamientos (...) pero sólo el ser humano tiene consciencia de sí mismo y del lenguaje». Este mismo autor argumenta que, con la evidencia actual, «se cree que en las primeras etapas del desarrollo humano, los bebés tienen buena memoria, (...) el desarrollo del lenguaje coincide con el acceso consciente a los recuerdos y con el desarrollo del auto-concepto» [23].

La consciencia y el ser consciente también han sido objeto de estudio desde las ciencias enfermeras. Hacia los años 60, las enfermeras empezaron a investigar el efecto de la comunicación verbal con los enfermos inconscientes, comatosos o en estados vegetativos persistentes [24]. Budd y Brown en los años 70 y múltiples investigaciones posteriores sobre las experiencias de estos pacientes revelaron el impacto de la comunicación; lo que sentían, lo que comprendían y cómo respondían emocionalmente a los que se les decía, incluso cuando los profesionales asumían que era imposible que tuvieran consciencia alguna. Esto permitió empezar a demostrar su impacto en los resultados clínicos al reducir la incidencia de los síndromes psicoemocionales y de delirio secundarios a las estancias en unidades de cuidados intensivos [25].

Otros ámbitos de estudio de la disciplina enfermera han contribuido a la investigación del ser consciente y de la integralidad de esta dimensión con el resto de dimensiones del ser humano, especialmente en el desarrollo de atributos del autoconcepto y la adaptación, a la consciencia de enfermedad y los estados de salud, el ser

DIMENSIÓN «SER CONSCIENTE»: COMPONENTES

Ser Consciente	Conjunto de facultades bioorgánicas y psicoemocionales esenciales para la vida, la interacción y la adaptación
Neurocognitiva	Conjunto de facultades que regulan el estado mental, los procesos de pensamiento, el procesamiento de la información y la memoria, el envío de órdenes a otros sistemas y el lenguaje.
Neuromotora	Conjunto de facultades que intervienen en los procesos de motilidad y movilidad voluntaria e involuntaria.
Neuroperceptual Neurosensorial	Conjunto de facultades que facilitan la recepción de información, estímulos y sensaciones a través de los órganos de los sentidos y parte de su procesamiento, así como la transmisión de los impulsos de las fibras aferentes al sistema nervioso central.
Neurocomportamental	Conjunto de facultades que regulan las conductas y los comportamientos innatos, adaptativos o adquiridos.
Autoconceptual	Conjunto de facultades que intervienen en el desarrollo y la regulación de la autoestima, la imagen corporal, la identidad personal, los roles y la sexualidad.
Espiritual	Conjunto de facultades que regulan el desarrollo y la regulación de los principios que permiten reflexionar sobre los propios orígenes, la propia identidad y la relación con aquello que se considera trascendental.
Adaptativa	Conjunto de facultades que regulan la capacidad para hacer frente a y gestionar los retos y las transiciones, resituarse frente a un cambio de circunstancias, responder armónicamente a las diferentes condiciones que plantea el entorno y defenderse de las amenazas reales o percibidas.
Emocional	Conjunto de facultades que intervienen en la regulación de los estados de ánimo y de los afectivos.
Interaccional	Conjunto de facultades que contribuyen al desarrollo, intervienen o regulan las formas de vida, las relaciones y lazos existentes entre los miembros de un grupo o más.
Multicomponente	Conjunto de facultades que intervienen en múltiples procesos simultáneamente.

TABLA 2

La autodeterminación implica tomar decisiones por uno mismo, sin intrusión de terceras personas

consciente en el enfermo mental, o las investigaciones sobre las experiencias y los fenómenos relacionados con el dolor y su percepción, con la pérdida de memoria, los recuerdos, las dificultades de comunicación y comprensión, los trastornos de organización o expresión emocional, o la vinculación del ser consciente a la espiritualidad y a la consciencia de lo trascendental [26-37].

Múltiples teorías enfermeras de rango alto y medio han incluido también el ser consciente en su desarrollo. Así, por ejemplo, Orem conceptualiza la persona como un «ser humano que se distingue de otros seres por su capacidad para reflexionar (ser consciente) sobre sí mismo y su entorno» [38a]. Rogers incluye en su definición de persona, que «tiene capacidades para la abstracción, la imaginación, el lenguaje, los procesos de pensamiento, las sensaciones y las emociones» [38b]. King asume el ser humano con sentimientos, percepción, razonamiento, control, orientación a la acción y capacidad de socialización [38c]. Henderson define como componentes del ser humano, las necesidades de comunicación, de aprendizaje, de realización personal, de recreación o de vivir según las propias creencias y valores [11, 38d].

Estas consideraciones permiten establecer los componentes esenciales del ser consciente en su conceptualiza-

ción interpretativa para este proyecto que se sintetizan en la tabla 2.

El ser autónomo

El término Autonomía deriva del griego *Auto* (propio) y *Nomos* (norma, gobierno). El individuo humano es un ser progresivamente autónomo hasta el punto que sea capaz de controlar o gobernar su propia vida.

En la literatura científica, el concepto de autonomía ha sido también estudiado desde múltiples ciencias humanas y sociales: la filosofía, especialmente desde la ética, el derecho, la sociología, la antropología, la psicología y la enfermería.

Como explica Aveyard, en las publicaciones científicas enfermeras existe una cierta ambigüedad sobre este concepto y aparece como sinónimo de: intimidad, capacidad para la toma de decisiones, libertad de elección, libertad individual, autorregulación, independencia moral o autogobierno [39].

La concepción de la autonomía en el desarrollo teórico enfermero se vincula al pensamiento ético y al ideal moral que deriva de la concepción holística de la persona. Pero ya en 1859, Florence Nightingale incluye aspectos dirigidos a la autonomía que posteriormente han sido

DIMENSIÓN «SER AUTÓNOMO»: COMPONENTES

Ser Autónomo	Conjunto de facultades físicas y psicoemocionales necesarias para responsabilizarse de uno mismo, gobernar la propia vida en una relación de respeto con los demás
Autocuidado	Conjunto de facultades que permiten realizar las actividades y tareas de la vida diaria y responsabilizarse de la propia salud.
Desarrollo	Conjunto de facultades que intervienen en los procesos de consecución de las etapas de desarrollo y maduración personal.
Voluntad	Conjunto de facultades que regulan la capacidad de esforzarse para conseguir una tarea u objetivo y endurar, mejorar, mantener o evitar la adopción de una determinada conducta.
Toma de decisiones	Conjunto de facultades que facilitan el desarrollo de juicios y opiniones, la capacidad de escoger entre dos o más opciones identificando la información relevante y evaluando las posibles consecuencias en uno mismo o en el entorno.

TABLA 3

En los debates sobre consciencia y cerebro, lo habitual son las posturas opuestas

mucho más desarrollados por otras teorizadoras: Harmer, Peplau, Orem, Henderson, Rogers o Meleis, entre otras [11, 40-45].

Las teorías enfermeras de la autonomía en la interpretación del autocuidado se centran en la autodeterminación, lo que implica la toma de decisiones por uno mismo sin la intrusión de terceras personas.

Las teorías enfermeras de la autonomía como consecución de objetivos, de autonomía como identificación o las teorías de la autonomía del cuidar se vinculan a la capacidad de la persona de escoger sus propias opciones, dirigir su vida según sus convicciones, razonamientos y objetivos en el contexto de las interacciones con los demás, sin desvincularse del entorno social. Esta orientación las sitúa en el grupo de teorías de la «libertad positiva» [39].

La *Teoría del Autocuidado* de Orem es el principal exponente de las teorías enfermeras sobre la autonomía centrada en la autodeterminación [46].

En 2001, Orem explicita «El autocuidado es una función reguladora humana que permite a la persona actuar por sí misma en función de su razonamiento. (...) El autocuidado es (también) una acción deliberada para conseguir un resultado esperado que va precedido por la búsqueda, la reflexión y el juicio para abordar una situación y razonar sobre la mejor opción a escoger» [43]. Según esta autora, las acciones deliberadas se caracterizan por ser: autoiniciadas, autodirigidas y autocontroladas. En la *Teoría del Autocuidado*, Orem enfatiza en el concepto de agencia de autocuidado¹, que se vincula al desarrollo físico, cognitivo y psicosocial y se manifiesta por la capacidad de adherirse a los dos ejes de la autonomía: toma de decisiones y acciones de autocuidado [43].

En este sentido, otras investigadoras enfermeras han

desarrollado o analizado dicho concepto del mismo modo, considerando la autonomía para la toma de decisiones y la autonomía para su ejecución [46-51].

Entre las teorías enfermeras sobre autonomía vinculadas al enfoque de libertad positiva, destaca la *Teoría de las relaciones interpersonales de Peplau*, exponente de la escuela de pensamiento de la Interacción. Peplau interpreta el ser autónomo como una colaboración mutua para la consecución de objetivos mediante la adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y actitudes; y explicita que durante la mayor parte de la vida toda persona es, hasta cierto punto, dependiente de otras [42].

Posteriormente, Tronto, en la orientación de la autonomía del cuidar y Agich en la *Teoría de la autonomía como identificación*, postulan que sólo puede existir y desarrollarse en situaciones en las que la interdependencia humana y las respuestas mutuas sean la base del contexto social y personal [52-53]. Puesto que se desarrolla en la interacción y las relaciones con los demás, en consecuencia, también es autónomo aquel que es capaz de identificar a las personas, objetos o elementos de quien depende. «La autonomía es la facultad de responder a la contribución mutua que da como resultado la toma y la ejecución de decisiones hechas y nutridas por una y otra parte» [52].

Agich desarrolla su teoría de la autonomía como identificación en el contexto de los centros de larga estancia. Para este autor, lo que hace al ser autónomo está determinado por el desarrollo y la interacción social. Se trata de un conjunto de habilidades para tomar y ejecutar decisiones, en un proceso dinámico influido por el contexto y el entorno, que requiere relaciones de soporte a lo largo de toda la vida; la autonomía es un componente de la propia individualidad [53].

1. «Self-care agency» ha sido tradicionalmente traducido al castellano de forma literal como «Agencia de autocuidados». La autora considera que una traducción más correcta de este concepto es «Centro de control del autocuidados».

Henderson hace implícito el ser autónomo a través de su definición de la enfermería: «La principal función de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte digna), actividades que él realizaría sin ayuda si tuviera la suficiente fuerza, conocimientos o voluntad, y lo hace de manera que le ayude a conseguir su independencia lo más rápidamente posible» [11].

La palabra «independencia» se usa con frecuencia como sinónimo de autonomía, pero su empleo también genera contradicciones en la literatura. En general, se considera una dimensión de la autonomía, vinculada a la capacidad para la realización de las actividades de autocuidado o la ejecución de las acciones de la vida diaria [54]. Por el contrario, en la interpretación erudita del pensamiento hendersoniano que realizan Luis et al. independencia es considerada como «el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer sus necesidades básicas», mientras que autonomía es definida como «la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades mediante acciones realizadas por ella misma» [55]. Como sugiere Paley, el significado de un término se hace específico cuando

entra a formar parte de una teoría: «(...) el mismo término puede tener un significado en el contexto de la teoría A y otro distinto en el ámbito de la teoría B, y esta diferencia puede ser más o menos marcada» [56].

Asimismo, la interpretación del concepto de «voluntad» en el modelo de Henderson se vincula a la autonomía en el sentido de que la voluntad implica una toma de decisiones, su ejecución o puesta en práctica y su mantenimiento en el tiempo [55].

La autonomía también ha sido analizada desde la perspectiva intercultural en la disciplina enfermera. En esta orientación, Hanssen postula que no es sólo un principio ético, sino sobre todo una capacidad inherente al individuo como ser racional, que le permite tomar decisiones y ejecutarlas en términos de su propio sistema de valores y de su contexto. En su análisis, esta autora diferencia la autonomía de primer orden o autodeterminación y la autonomía de segundo orden o parcialmente delegada y explora la influencia de las características culturales en cada una de ellas [57].

De especial interés para este trabajo de fundamentación teórica son también los estudios de las ciencias enfermeras sobre la autonomía desde la visión, las experiencias y las vivencias de las personas enfermas.

Abandona el Colesterol

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

	1 vaso al día mantiene los niveles de colesterol adecuados. (270 ml. aportan 0,8g de esteroides vegetales).
	2 vasos al día reducen el colesterol. (540 ml. aportan 1,6g de esteroides vegetales).

Porque Naturcol funciona.



Opinión científica relativa a las alegaciones de salud referentes a los esteroides vegetales y mantenimiento de las concentraciones de colesterol de acuerdo al artículo 13.1 del Reglamento 1924/2006. EFSA (Autoridad de Seguridad Alimentaria Europea). Parma, Italia.

www.naturcol.es

SÍGUEMOS EN



Biley presenta un estudio de la autonomía tras el alta hospitalaria en pacientes postoperados. Aquí se vincula especialmente a la toma de decisiones. Según este análisis, está condicionada por la gravedad del estado físico, el nivel de conocimientos y el contexto. A mayor severidad menor implicación en la toma de decisiones y menor deseo o voluntad de participar autónomamente en ella. Por otra parte, a mayor nivel de conocimientos, mayor sensación de control y mayor implicación en las decisiones y en el autocuidado. La principal conclusión de su estudio es que los enfermos son autónomos si «están lo suficientemente bien, tienen suficiente información y se encuentran en un contexto poco restrictivo» [58].

McWilliam analiza la autonomía en ancianos después del alta hospitalaria identificando que los pacientes «consiguen mantener/recuperar su autonomía cuando tienen una actitud positiva y tienen claros sus objetivos; a pesar de la gravedad de su condición física, estos aspiran a controlar activamente sus cuidados después del alta». Aun siendo en cierto modo dependientes de sus cuidadores, se consideran autónomos y visualizan a los profesionales y a los cuidadores informales como motores de su autonomía [59].

Moser sintetiza, entre otros, los trabajos de algunos autores germanos y austríacos, como Pool y Heimerl [46]. Según esta revisión, Pool estudia el significado de este término en enfermos crónicos en atención domiciliaria. Su principal estrategia para mantenerla es la adaptación y el mantenimiento del equilibrio entre lo que debe dejar de hacerse, lo que puede conservarse y lo que se debe continuar haciendo, para seguir controlando determinados aspectos de la propia vida. En el estudio de Heimerl, los participantes describen tres tipos de autonomía:

- Las habilidades y capacidades para hacer cosas de forma independiente; uno es autónomo si puede vivir de forma independiente, sin ayuda o con muy poca ayuda de terceros.
- La simbiosis con el cuidador; uno es autónomo si es capaz de organizar la ayuda informal necesaria para mantenerse independiente de la prestación profesional.
- La capacidad para organizar la ayuda necesaria, profesional e informal, para mantener el control de las circunstancias de la propia vida.

Martin concluye de forma similar en su estudio con enfermos terminales [60].

Proot et al. realizan una serie de investigaciones sobre su significado en personas supervivientes de ictus [49, 61-63].

La autonomía depende del entorno personal (cuidadores informales y profesionales) y tiene tres componentes interrelacionados: el autocuidado, que incluye las habilidades y actividades de la vida diaria; la independencia, que implica planificación, responsabilidad y organización de la propia vida; y la autodeterminación, que engloba la toma de decisiones sobre la propia vida y

la salud. Los participantes en estos estudios entienden la autonomía compartida con los cuidadores informales y/o profesionales, en un proceso de toma de decisiones iterativo en el que, en ocasiones, sólo participa el individuo; en otras participan los cuidadores y en otras lo hacen de forma conjunta.

El *Ser autónomo* también ha sido objeto de estudio desde la disciplina enfermera en esta misma línea en relación con la consecución de las tareas de desarrollo durante la infancia y la adolescencia [64-72].

Estas orientaciones permiten delinear sus componentes y su significado específico para este proyecto (tabla 3).

En conclusión, la conceptualización interpretativa sobre el significado de la Persona en este proyecto, que deriva del análisis expuesto, se sintetiza en la siguiente definición: «es un ser orgánico, progresivamente consciente y autónomo, en una constante simbiosis de estas dimensiones y en un flujo de interacción permanente con el entorno, que configuran su totalidad, complejidad y especificidad individual».

Como advierte Schroeder, «las enfermeras no deberán priorizar la faceta psicosocial o espiritual a los aspectos biofísicos, sino considerar el todo y cada una de sus partes sin pormenorizar ninguna» [9].

La tercera parte de esta tríada de artículos recogerá el significado del resto de conceptos metaparadigmáticos: salud, entorno y enfermería, así como las conclusiones generales de los tres manuscritos.

Agradecimientos

La autora agradece a la Dra. María Teresa Icart Isern y al Dr. Jordi Carratalà Fernández, co-directores de la tesis, la revisión y crítica de este artículo. Asimismo, expresa su agradecimiento a las profesoras eméritas María Teresa Luis Rodrigo y Carmen Fernández Ferrín y a las profesoras titulares de la EUE de la Universidad de Barcelona María Victoria Navarro y Nuria Fabrellas sus comentarios y aportaciones.

Declaración de conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses en relación con la autoría de este trabajo y la publicación de este manuscrito.

Este proyecto no ha recibido financiación externa.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Juvé-Udina ME. Terminología enfermera de interfase. Fundamentos filosóficos y teóricos para su desarrollo y validación. *Rev ROL Enf* 2012; 35(4):20-25.
- [2] Fawcett J. Analysis and evaluation of conceptual models in nursing. Philadelphia, Pa. FA Davis; 1985.
- [3] Thorne S, Canam C, Dahinten S, Hall W, Henderson A, Reimer-Kirkham S. Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates. *J Adv Nurs*. 1998; 27: 1257-68.
- [4] Fawcett J. The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Image J Nurs Scholarsh*. 1984; 16(3): 84-87.
- [5] Juvé-Udina ME. Desarrollo de un sistema para la valoración clínica basado en la teoría de la complejidad y la ciencia enfermera. *Nursing (ed. Española)*. 2005; 23 (5): 50-5.
- [6] Fernández-Ferrín C. Valores humanistas en la obra de Virginia Henderson. *Enferm Clin*. 1996; 6(5): 207-211.
- [7] Fealy GM. The theory-practice relationship in nursing: an exploration of contemporary discourse. *J Adv Nurs*. 1997; 25(5): 1061-9.
- [8] Johnson M. The holistic paradigm in nursing: the diffusion of an innovation. *Res Nurs Health*. 1990; 13: 129-139.
- [9] Schroeder C. Nursing conceptual frameworks arising from field theory: a critique of the body as manifestation of underlying field. *Nurs Sci Q*. 1991; 4: 146-8.
- [10] Smith MC. Response: affirming the unitary perspective. *Nurs Sci Q*. 1991; 4: 148-52.
- [11] Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras; 1971.
- [12] Henderson V. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: Ed. Interamericana; 1994.
- [13] Walsh M. Chaos, complexity and nursing. *Nurs Stand* 2000; 14: 39-42.
- [14] Deleuze G. Spinoza: filosofía práctica. Barcelona: Ed. Tusquets; 1984 Cuadernos íntimos 122.
- [15] La Mettrie JO de. L'home màquina. Barcelona: Ed. Laia; 1983.
- [16] Russell B. Analysis of mind. London: Routledge; 1995.
- [17] Goodrich BG. We do, therefore we think: time, motility and consciousness. *Rev Neurosci*. 2010; 21(5): 331-61.
- [18] Searle J. Rediscovery of the mind. Cambridge, MA, MIT Press; 1992.
- [19] Kinsbourne M. New models for old: taking the neural network seriously. *Brain Cogn*. 2000; 42(1):13-6.
- [20] Eccles J. The human brain and the human person. En: *Mind and Brain: the many faceted problems*. Washigton DC, Parangon House; 1982.
- [21] Leisman G y Koch P. Networks of conscious experience: computational neuroscience in understanding life, death and conciousness. *Rev Neurosci*. 2009; 20(3):151-76.
- [22] Gardenfors P. How homo become sapiens. Oxford, Oxford University Press; 2003.
- [23] de la Rubia F. El enigma de la consciencia. (Conferencia del Profesor de la Rubia en la Real Academia Nacional de Medicina el 12 de enero de 2010). Disponible en: <http://www.tendencias21.net/neurociencias/> [Último acceso: 3/7/11].
- [24] Asworth P. Care to communicate. An investigation into problems of communication between patients and nurses in ITUs. London, Royal College of Nursing; 1980.
- [25] Budd D y Brown W. Effect of reorientation technique on post-cardiotomy delirium. *Nurs Res*. 1974; 23(4): 341-8.
- [26] Green A. An exploratory study of patients' memory recall of their stay in an adult intensive therapy unit. *Intens Crit Care Nurs*. 1996; 12: 131-7.
- [27] Lawrence M. The unconscious experience. *Am J Crit Care*. 1995; 4(3): 227-32.
- [28] Elliot R y Wright L. Verbal communication: what do critical care nurses say to their unconscious or sedated patients? *J Adv Nurs*. 1999; 29(6): 1412-20.
- [29] Moyle W y Clinton M. The problem of arriving at a phenomenological description of memory loss. *J Adv Nurs*. 1997; 26: 120-5.
- [30] Clarke L. Schizophrenia: all in the mind or locked in the brain? *J Adv Nurs*. 1998; 28(2): 398-404.
- [31] McCaffery M y Beebe A. Dolor. Manual para la práctica clínica de enfermería. Barcelona: Salvat; 1992.
- [32] Arif-Rahu M y Grap MJ. Facial expression and pain in the critically ill non-communicative patient: state of the science review. *Intens Crit Care Nurs*. 2010 26(6): 343-5.
- [33] McDougall GJ Jr, Becker H, Pituch K, Acee TW, Vaughan PW, Delville CL. The SeniorWISE study: improving everyday memory in older adults. *Arch Psych Nurs*. 2010; 24(5): 291-306.
- [34] Chen JL, Weiss SJ, Heyman MB, Cooper B, Lustig RH. The Active balance childhood program for improving coping and quality of life in Chinese American children. *Nurs Res*. 2010; 59(4): 270-9.
- [35] Newshan G. Transcending the physical: spiritual aspects of pain in patients with HIV and/or cancer. *J Adv Nurs*. 1998; 28(6): 1236-41.
- [36] Mok E, Wong F y Wong D. The meaning of spirituality and spiritual care among the Honk Kong Chinese terminally ill. *J Adv Nurs*. 2009; 66(2): 360-70.
- [37] Hussey T. Nursing and spirituality. *Nurs Phil*. 2009; 10: 71-80.
- [38] George JB (ed). *Nursing Theories. The base for professional nursing practice*. Connecticut, Appleton & Lange 1990. a:97-98 b:219 c:202-3 d:67.
- [39] Aveyard H. Is there a concept of autonomy that can usefully inform nursing practice? *J Adv Nurs*. 2000; 32(2): 352-8.
- [40] Nightingale F. *Notas sobre la enfermería. Qué es y qué no es*. Barcelona: Salvat; 1990.
- [41] Harmer B. y Henderson V. *Textbook of principles and practice of nursing*. New York, Macmillan Co., Inc., 1939.
- [42] Peplau HE. *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Salvat; 1990.
- [43] Orem DE, Taylor G, McLaughlin K. *Nursing, Concepts of practice*. St. Louis, Mosby; 2001.
- [44] Johnson Lutjens LR. *Martha Rogers. The science of unitary human beings*. Thousand Oaks, Ca SAGE Pub. 1991.
- [45] Meleis AI. *Transitions theory. Midrange and situation-specific theories in nursing*. New York, Springer Publishing Co. 2010
- [46] Moser A, Houtepen R, Widdershoven G. Patient autonomy in nurse-led share care: a review of theoretical and empirical literature. *J Adv Nurs*. 2006; 57(4): 357-65.
- [47] Collopy BJ, Boyle P y Jennings B. New directions in nursing home ethics. *Geriatr Nurs*. 1991; 12(4): 197
- [48] Collopy BJ. Autonomy in long term care: some crucial distinctions. *Gerontologist*. 1988; 28(5): 10-7.
- [49] Proot IM, Huijter H, Saad A, Van Oosrouw GGJ, Stevens JJ. Autonomy in stroke rehabilitation: the perceptions of care providers in nursing homes. *Nurs Ethics*. 2002; 9(1): 36-49
- [50] Randers I y Mattiasson AC. Autonomy and integrity: upholding older patients' dignity. *J Adv Nurs*. 2004; 45(1): 63-71.
- [51] Nordgren S y Fridlund B. Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care. *J Adv Nurs*. 2001; 35(1): 117-25.
- [52] Tronto JC. *Moral boundaries: a political argument of an ethic of care*. New York, Routledge; 1993.
- [53] Agich G. *Dependence and autonomy in old age*. Cambridge, Cambridge University Press; 2003.
- [54] Davis S. Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review. *J Adv Nurs*. 1997; 26: 408-17.
- [55] Luis Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro Gomez MV. De La teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson 2005; 49-55.
- [56] Paley J. How not to clarify concepts in nursing. *J Adv Nurs*. 1996; 24: 572-8.
- [57] Hanssen I. An intercultural nursing perspective on autonomy. *Nurs Ethics*. 2004; 11(1): 28-41.
- [58] Biley F. Some determinants that effect patient participation in decision-making about nursing care. *J Adv Nurs*. 1992; 17: 414-421.
- [59] McWilliam CL, Brow JB, Carmichael JL, Lehman JM. A new perspective on threatened autonomy in elderly persons: the disempowering process. *Social Science and Medicine*. 1994; 38(2): 327-38.
- [60] Martin GW. Empowerment of dying patients: the strategies and barriers to patient autonomy. *J Adv Nurs*. 1998; 28(4): 737-44.
- [61] Proot IM, Crebolder HFJM, Huijter Abu-Saad H, Macor THGM, ter Meulen RHJ. Stroke patients'needs and experiences regarding autonomy at discharge from nursing home. *Patient Educ Couns*. 2000; 41: 275-83.
- [62] Proot IM, Crebolder HFJM, Huijter Abu-Saad H, Macor THGM, ter Meulen RHJ. Facilitating and constraining factors on autonomy: the views of stroke patients on admission into nursing homes. *Clin Nurs Res*. 2000; 9: 460-78.
- [63] Proot IM, Huijter Abu-Saad H, De Esch-Janssen WP, Crebolder HFJM, ter Meulen RHJ. Patient autonomy during rehabilitation: the experiences of stroke patients in nursing homes. *Int J Nurs Stud*. 2000; 37: 267-76.
- [64] Sullivan MC, Msall ME. Functional performance of preterm children at age 4. *J Pediatr Nurs*. 2007; 22(4):297-309.
- [65] Bray CO, Nash K, Froman RD. Validation of measures of middle schoolers' self-efficacy for physical and emotional health, and academic tasks. *Res Nurs Health*. 2003; 26(5):376-86.
- [66] Oehler JM, Thompson RJ Jr, Goldstein RF, Gustafson KE, Brazy JE. Behavioural characteristics of very low weight infants of varying biologic risk at 6, 15 and 24 months of age. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1996; 25(3):233-9.
- [67] Rocha SM, Correia CC, Molzahn A, Nascimento LC. Renal replacement therapy for children: a family decision. *Nephrol Nurs J*. 2010; 37(4):403-5.
- [68] Hanna KM, Decker CL. A concept analysis: assuming responsibility for self-care among adolescents with type 1 diabetes. *J Spec Pediatr Nurs*. 2010; 15(2):99-110.
- [69] Whitty-Rogers J, Alex M, MacDonald C, Pierrynowski Gallant D, Austin W. Working with children in end-of-life decision making. *Nurs Ethics*. 2009; 16(6):743-58.
- [70] Beidler SM, Dickey SB. Children's competence to participate in healthcare decisions. *JONAS Healthc Law Ethics Regul*. 2001; 3(3):80-7.
- [71] Hanna KM, Guthrie D. Adolescents' behavioral autonomy related to diabetes management and adolescent activities/rules. *Diabetes Educ*. 2003; 29(2):283-91
- [72] Dickey SB, Deatrick J. Autonomy and decision making for health promotion in adolescence. *Pediatr Nurs*. 2000; 26(5):461-7.