

**Susan Leddy  
J. Mae Pepper**

1a. edición en español

# **BASES CONCEPTUALES DE LA ENFERMERIA PROFESIONAL**



***Bases conceptuales de la  
enfermería profesional***

## **Colaboradoras**

---

**Marie G. Finamore, Enfermera titulada,  
Doctora en Filosofía,**

*Mercy College, Dobbs Ferry, Nueva York.*

**Susan E. Gordon, Enfermera titulada,  
Doctora en Filosofía,**

*Pace University, Pleasantville, Nueva York.*

**Eleanor Rudick, Enfermera titulada,  
Doctora en Filosofía,**

*Mercy College, Dobbs Ferry, Nueva York.*

---

# **Bases conceptuales de la enfermería profesional**

---

**Susan Leddy, Enfermera titulada,  
Doctora en Filosofía,**

*Profesora de Enfermería y Decana, Facultad de Ciencias de la Salud  
University of Wyoming, Laramie, Wyoming*

**J. Mae Pepper, Enfermera titulada,  
Doctora en Filosofía,**

*Profesora y Presidenta, Departamento de Enfermería,  
y Directora del Programa de Graduados  
Mercy College, Dobbs Ferry, Nueva York*

**J.B. LIPPINCOTT COMPANY**  
**FILADELFIA**  
Londres, México, Nueva York, San Luis,  
Sao Paulo, Sidney.

**Copyright © Organización Panamericana de la Salud 1989**  
**ISBN 92 75 32019 5**

**1a. edición en español**

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previo por escrito de la Organización Panamericana de la Salud.

Publicado bajo licencia de: Harper & Row, Publishers, Inc.  
New York, New York, U.S.A.

Copyright © 1985, por J.B. Lippincott Company. Todos los derechos reservados; ninguna parte de este libro se podrá utilizar ni reproducir en forma alguna sin previo consentimiento por escrito, salvo en el caso de citas breves incluidas en artículos y revistas críticas. Para cualquier información, escribir a J.B. Lippincott Company, East Washington Square, Filadelfia, Pensilvania 19105.

35642

**Catalogación de la Biblioteca del Congreso de la Información correspondiente a las publicaciones**

Leddy, Susan

Conceptual bases of professional nursing

Incluye bibliografía e índice

1. Nursing, I. Pepper, J. Mae. II. Title

(DNLM: 1. Nursing. WY 16 L472c)

RT41.L53 1984 610.73 84-7903

ISBN 0-397-54396-4

*"Este libro está especialmente destinado a los estudiantes de América Latina y se publica dentro de los programas de educación de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas, para la promoción de la salud de sus habitantes. Se deja constancia de que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo".*

***A la memoria de dos personas cuyas creencias y valores ayudaron a dar forma a mi identidad profesional: mi padre, Dr. Bert B. Kun, y la directora del programa de licenciatura en el Skidmore College, Srita. Agnes Gelinas.***

***S.L.***

***A Janis H. David, mentora que me enseñó la esencia de la enfermería profesional, me ayudó a convertirme en educadora de enfermería, demostró lo que significa ser una defensora de los pacientes, me sirvió de guía a lo largo de mi desarrollo profesional y sigue siendo una amiga.***

***J.M.P.***

# Prefacio

En los últimos 25 años, la enfermería ha avanzado con decisión para convertirse en una disciplina científica; comenzó a crear y a someter a prueba sus propias bases teóricas, a fomentar el desarrollo académico de las personas que la ejercían a nivel profesional y a aplicar su propia teoría a la práctica. Si bien los progresos realizados para alcanzar el control de su propia experiencia han sido lentos y aún no se han logrado en forma definitiva, sí ha empezado a surgir una imagen clara del servicio especial que presta esta profesión a la sociedad. Es más probable que se obtenga el control completo de la práctica conforme se desarrolle y difunda el conjunto autónomo de conocimientos que se conoce como enfermería, y a medida que la profesión se haga responsable ante el público, exigiendo un nivel de excelencia en la educación de las personas que la practican y en los servicios que presta. Al aceptar la necesidad absoluta de que el ejercicio de la profesión se base en su propio conjunto de conocimientos, reconocemos la necesidad de conceder la importancia debida a las bases conceptuales que sirven de fundamento a la enfermería profesional.

*Bases conceptuales de la enfermería profesional* representa nuestro esfuerzo por presentar un panorama general y un resumen de los conceptos profesionales que consideramos básicos para el desarrollo profesional. En un principio, este libro estaba destinado a ayudar a las enfermeras tituladas, que se dedican a la educación de la enfermería a nivel licenciatura, a volver a socializarse dentro del papel que desempeñan; no obstante, al escribirlo nos pareció que el contenido podría ser de gran utilidad para todos los programas de educación de enfermería profesional, ya que puede facilitar la resocialización en los programas de “segunda etapa”, servir como fuente en diversos aspectos del desarrollo educacional de los estudiantes que cursan programas de licenciatura, y brindar un panorama general, dotado de un esquema congruente, en la primera parte de la educación de estudiantes de posgrado provenientes de diversos programas de licenciatura en enfermería.

El libro se divide en cuatro secciones. La Sección 1 se refiere a la naturaleza de la profesión mediante la exploración de las influencias históricas, perspectivas

filosóficas, factores que determinan la socialización dentro de la profesión, y el surgimiento, en la persona que la practica, de un autoconcepto profesional. La Sección 2 hace hincapié en las bases teóricas de la enfermería profesional y presenta capítulos independientes relacionados con el pensamiento científico y el desarrollo de la teoría, proceso de la investigación, teorías que pueden aplicarse a la enfermería y modelos de enfermería. En la Sección 3 se tratan conceptos importantes para la prestación de servicios profesionales de enfermería, proceso de salud, sistema de servicios de salud y responsabilidad. Por último, la Sección 4 analiza los elementos y papeles de la enfermería profesional, que incluyen proceso de enfermería; relaciones de comunicación y ayuda; liderazgo, y papeles que desempeñan el agente de cambio, el defensor de los clientes y el promotor del papel de la profesión. Las perspectivas para el futuro se describen brevemente.

Esta obra se escribió como un texto integrado con un esquema común y empleo liberal de referencias cruzadas; sin embargo, cada capítulo es "independiente" y, por ende, el contenido puede leerse en cualquier orden. Empero, en caso de que el contenido del libro se presente en una secuencia diferente a la establecida, recomendamos efectuar un examen previo de nuestro esquema conceptual de enfermería, que aparece al final del Capítulo 2.

Hemos tenido la suerte de recibir la colaboración de algunos colegas de la profesión. Deseamos manifestar nuestro reconocimiento especial a Sharron Humenick, Donea Shane, Roanne Dahlen, Carolyn Lansberry, Hanna Jacobson, y Carol Lofstedt, quienes hicieron una crítica de algunas partes del manuscrito; no obstante, aceptamos toda la responsabilidad de las opiniones filosóficas y conceptuales que se presentan.

No hubiéramos podido terminar este libro sin el apoyo ni la tangible colaboración de Ed y Carol, a quienes manifestamos nuestro amor y agradecimiento más profundos.

El contenido de esta obra refleja la síntesis actual de las ideas, conocimientos y valores que comenzamos a articular siete años atrás, cuando nos esforzábamos por elaborar un nuevo plan de estudios. Nuestras concepciones siguen evolucionando y esperamos con entusiasmo la discusión y el diálogo que pensamos suscitará este libro, con el objeto de desarrollar y refinar aún más la ciencia de la enfermería.

Susan Leddy, Enf. Tit., D. en Fil.  
J. Mae Pepper, Enf. Tit., D. en Fil.



# Indice

## SECCION 1

### **Naturaleza de la profesión**

#### **Capítulo 1 · Dinámica del desarrollo de la enfermería profesional 3**

*Influencia del papel desempeñado por la mujer 4*

*Influencia del sistema de servicios de salud 5*

*Creación de diversos patrones para la educación de enfermería 11*

*Desarrollo de las influencias ejercidas por la organización 15*

*Resumen 18*

#### **Capítulo 2 · Perspectivas filosóficas en la educación y práctica de la enfermería 21**

*¿Qué es la filosofía? 21*

*Aspectos de la filosofía que son esenciales para la práctica de la profesión de enfermería 26*

*Una filosofía para la enfermería – El sistema de creencias de este libro 35*

#### **Capítulo 3 · Socialización para el ejercicio profesional 39**

*Socialización profesional 39*

*Criterios para una profesión 47*

*Características del ejercicio profesional 52*

*Dimensiones morales del ejercicio profesional 54*

*Dimensiones legales del ejercicio profesional 57*

*Resumen 60*

#### **Capítulo 4 · Creación del autoconcepto profesional 63**

*Bases teóricas del autoconcepto: Interacción 64*

*El yo profesional 67*

*Identidad e imagen profesionales 82*

*Empleo del yo en las relaciones terapéuticas: Resultados de la práctica de los comportamientos profesionales del yo 84*

## SECCION 2

### Bases teóricas de la enfermería profesional

#### Capítulo 5 · Pensamiento científico y elaboración de la teoría 89

- Panorama general de la historia del pensamiento científico* 90
- Principales conceptos del método científico en la enfermería* 97
- Pasos secuenciales del método científico – Guía para la elaboración de la teoría y la práctica de la enfermería* 103
- Condición de la enfermería como disciplina científica* 105

#### Capítulo 6 · El proceso de la investigación 109

- La necesidad de efectuar investigaciones en enfermería* 110
- Aportación de la investigación en enfermería al sistema de servicios de salud* 115
- Panorama general del proceso de la investigación en enfermería* 119
- La riqueza del potencial de la investigación en enfermería en nuestros días* 127
- Recomendaciones para la investigación en enfermería – responsabilidad profesional* 127

#### Capítulo 7 · La teoría como base de la práctica 135

- Teoría de sistemas* 137
- Teorías de la tensión y la adaptación* 139
- Teorías del crecimiento y el desarrollo* 144
- Teoría del ritmo* 154
- Resumen* 156

#### Capítulo 8 · Modelos de enfermería 159

- Modelo de relaciones interpersonales de Hildegard Peplau* 160
- Modelo del sistema de comportamiento para la enfermería de Dorothy Johnson* 163
- Modelo de enfermería de autocuidado de Dorothea Orem* 165
- Modelo de adaptación de la Hermana Callista Roy* 167
- Modelo de los sistemas de servicios de salud de Betty Neuman* 170
- Ciencia del hombre unitario de Martha Rogers* 172
- Investigación relacionada con los modelos de enfermería* 174
- Resumen* 176

## SECCION 3

### Prestación de servicios de enfermería profesional

#### Capítulo 9 · El proceso de la salud 181

- Relaciones de bienestar y enfermedad* 182
- Determinantes múltiples del bienestar* 189
- Conducta en situaciones de malestar, enfermedad y bienestar* 195
- Resumen* 206

#### Capítulo 10 · La enfermería profesional en el marco del sistema de servicios de salud 211

##### Marie G. Finamore y Eleanor Rudick

- La estructura de la organización del sistema de servicios de salud* 212
- La misión del sistema de servicios de salud* 223

*La responsabilidad legal de la enfermería profesional en una amplia variedad de entornos de atención de la salud* 226

**Capítulo 11 · Responsabilidad ante el público, la profesión, el patrón y el yo** 233

**Susan E. Gordon**

- Definición de responsabilidad y otros conceptos relacionados* 234
- Responsabilidad de una profesión* 236
- El fundamento de la responsabilidad* 241
- El aspecto positivo de la responsabilidad* 245
- Cuestionario sobre la responsabilidad* 245
- Resumen* 247

**SECCION 4**

**La práctica profesional**

**Capítulo 12 · El proceso de enfermería** 251

- Relación entre el proceso y la filosofía de la enfermería* 251
- Normas de la práctica de la enfermería* 253
- Resumen* 266

**Capítulo 13 · Relaciones de comunicación y ayuda** 269

- La comunicación como interacción* 269
- Relaciones de ayuda – La enfermera como persona que brinda ayuda* 280

**Capítulo 14 · Liderazgo** 295

- Teorías sobre el liderazgo* 296
- La enfermera como líder* 304
- Resumen* 310

**Capítulo 15 · La enfermera profesional como agente del cambio** 313

- Tipos de cambio* 313
- Definiciones* 314
- Marcos teóricos* 315
- Resistencia* 322
- El papel de agente del cambio* 325
- Resumen* 332

**Capítulo 16 · El papel de defensor de los usuarios** 333

- Los significados de la defensa* 334
- Ética de la defensa* 337
- Necesidad de defender* 339
- Los retos y recompensas de la enfermera que actúa como defensora de los usuarios* 340

**Capítulo 17 · El promotor del papel de la profesión** 347

- Influencia de la enfermería profesional en el campo de la práctica* 347
- Influencias ejercidas por el personal de enfermería* 358
- Desarrollo de una ciencia de la enfermería* 363
- Resumen* 366
- Apéndice* 367

<b>Capítulo 18 · Perspectivas futuras</b>	<b>373</b>
<i>Cambios en la salud y en la atención de la salud</i>	373
<i>Cambios en la educación</i>	375
<i>Investigación en enfermería</i>	376
<b>Índice analítico</b>	<b>379</b>

***Bases conceptuales de la  
enfermería profesional***

## **Sección 1**

***Naturaleza de  
la profesión***

# Capítulo 1

## *Dinámica del desarrollo de la enfermería profesional*

### **PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR**

1. ¿Qué factores condujeron al establecimiento de la educación en enfermería dentro de un modelo en el que dominaba el servicio? ¿Por qué se perpetuó este patrón educativo durante 80 años?
2. ¿Qué factores llevaron a la fijación de niveles en la educación y práctica de la enfermería?
3. ¿Qué relación existe entre los factores inherentes a la formación de la ANA y de la NLN y en la competencia que existe entre ellas en nuestros días?
4. ¿Qué factores condujeron a la posición dominante de los hospitales como patrones de las enfermeras?
5. ¿Qué puede aprender la enfermería de la medicina sobre cómo lograr una condición profesional?

Con el transcurso de los años se ha llegado a identificar como enfermera a cualquier persona que brinda cuidados; por ejemplo, algunos historiadores señalan que las raíces de la enfermería moderna se encuentran en los cuidados prestados por las soldaderas o las religiosas a los militares enfermos o incluso en las madres que crían a sus hijos. La suposición de que la enfermería es un arte innato a cualquier mujer ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión que cuenta con un conjunto organizado de conocimientos y requiere habilidades especializadas propias.

En Estados Unidos, la enfermería como ocupación organizada se inició en 1873 con la elaboración de programas educativos basados en el modelo británico de Florence Nightingale. Sin embargo, a causa de los tremendos cambios sociales y tecnológicos que se produjeron en aquella época, la enfermería comenzó a ser manipulada casi de inmediato en beneficio de otros grupos. Si se tiene en cuenta la posición dependiente que ocupaban las mujeres en la sociedad victoriana, y la carencia de una base conceptual para la práctica, la educación en enfermería era susceptible de ser controlada por médicos y administradores de hospitales. Estas mismas fuerzas han seguido influyendo en el desarrollo de la enfermería de tal manera que, apenas hoy, más de 110 años después, la enfermería moderna comienza a alcanzar una posición profesional. Este capítulo presenta una perspectiva histórica

de las fuerzas que actualmente ejercen alguna influencia en el crecimiento y desarrollo de la profesión de enfermería.

## **INFLUENCIA DEL PAPEL DESEMPEÑADO POR LA MUJER**

A mediados del siglo XIX las mujeres llevaban una vida muy limitada. Legalmente, se consideraba a la mujer pupila del padre o del marido; no tenía legítimos derechos ya que el código civil establecía: “marido y mujer son uno solo, y ese uno es el marido” (Kalisch y Kalisch, 1978, p. 71).

La “época victoriana” también produjo caballerosidad y etiqueta exageradas; las “damas” eran consideradas frágiles y físicamente débiles. “Más pequeñas y débiles que los hombres, obviamente eran consideradas también inferiores desde el punto de vista mental y físico” (Kalisch y Kalisch, 1978, p. 49). Se esperaba que la mujer estadounidense fuese modesta, humilde, piadosa y casta. La “mujer culta, educada y ‘femenina’ descubrió y apreció en forma intuitiva sus limitaciones y nunca trató de sobrepasarlas” (Kalisch y Kalisch, 1978, p. 184).

El papel de la mujer estaba en el hogar. Su obligación más importante era ser madre. No era conveniente que las mujeres respetables tuviesen una carrera, ni siquiera que recibiesen cierta educación. De hecho, había cierta preocupación de que la educación interfiriera con la capacidad de procrear, ya que concentraría la energía en el cerebro en lugar de hacerlo en los órganos reproductores. Hasta el hecho de trabajar como gobernanta en una casa socialmente respetable se miraba con recelo. Eran pocas las mujeres que pasaban de la escuela primaria, aunque es posible que unas cuantas excepciones asistieran a “escuelas para señoritas” donde aprendían cómo comportarse en sociedad, a tocar el piano y a cantar.

Así pues, en 1870 las mujeres que tenían que trabajar se encontraban en una posición muy difícil. Las opciones de trabajo para las mujeres de clase baja sin alguna capacitación fuera del hogar “se limitaban virtualmente a la venta al por menor, trabajar en una fábrica, el servicio doméstico o la prostitución” (Bullough y Bullough, 1978, p. 118), puesto que la enseñanza o el trabajo de oficina exigían cierta educación. Por estas razones, la capacitación en enfermería pareció una alternativa razonable a las mujeres de modestos recursos que deseaban o necesitaban tener una carrera.

No obstante, hasta esa época la enfermería era considerada una ocupación inferior e indeseable; gran parte de la atención dada a los enfermos en los hospitales era brindada por mujeres indigentes de los asilos y casas de caridad que no contaban con la experiencia ni con el deseo de ser buenas “enfermeras”. En Nueva York, las delinquentes que eran arrestadas por alcoholismo o vagancia eran obligadas a trabajar durante 10 días en el Bellevue Hospital en lugar de cumplir una condena en prisión. Dickens (1910) inmortalizó a Sairey Gamp y a Betsy Prig, dos viejas sucias, descuidadas y perezosas, en su obra *Martin Chuzzlewit*, como una “fiel representación del tipo de personas que se contrataban para atender a enfermos pobres”. No cabe duda de que ninguna mujer decente se hubiera dedicado a la “enfermería” hospitalaria si no hubiese sido por Florence Nightingale.

El ejemplo dado por Florence Nightingale durante la Guerra de Crimea comenzó a cambiar la imagen que tenía el público de la enfermería. “Hizo que la opinión pública comprendiera que la enfermería era un arte que debía adquirir la posición



de una profesión para la cual se requería cierta preparación” (Kjervik y Martinson, 1979, p. 22). Como resultado de su educación inglesa victoriana de clase alta, Florence Nightingale creía que la enfermería guardaba una estrecha relación con la maternidad, ya que en ambas se empleaban las “características naturales femeninas de cuidados, compasión y sumisión” (Kjervik y Martinson, 1979, p. 38). Aunque creó un modelo teórico de enfermería (en el cual el medio ambiente afectaba el estado de salud), creía que la función de las enfermeras debía consistir en seguir las órdenes e instrucciones de los médicos y no tomar decisiones independientes. Consideraba que en la educación de las enfermeras debía hacerse hincapié en el cumplimiento de órdenes. Esta creencia constituyó un antecedente de vital importancia en la definición de las enfermeras como subordinadas de los médicos, incluso en el caso de cuidados básicos de enfermería, área en la que éstos carecían por completo de experiencia.

La decisión de Florence Nightingale por mejorar la pésima reputación que tenía la enfermería la llevó a proponer políticas muy estrictas, apropiadas a aquella época, pero que se prolongaron en detrimento del desarrollo profesional de la enfermería. En la selección de candidatos para estudiar la carrera de enfermería se concedía gran importancia al buen carácter, pero se ignoraban las características intelectuales. La “residencia” de enfermería se creó para proteger y supervisar la moralidad, pero también fomentó la dependencia y el aislamiento de las estudiantes y dió a los hospitales un control casi absoluto sobre todos los aspectos de su vida. La rígida jerarquía del servicio de enfermería, instituida para mantener la disciplina, hizo que se diera mayor importancia a la autoridad que al desarrollo de las cualidades de liderazgo de una persona. Sin embargo, debido al ejemplo de Florence Nightingale, la imagen popular de la enfermera pasó a ser de “dama de la lámpara” con cualidades angelicales de compasión desinteresada y afanes interminables por aliviar el sufrimiento. Casi sin ayuda, Florence Nightingale hizo de la enfermería una profesión respetable y muchas mujeres se sintieron atraídas por ella.

En Estados Unidos, el sistema de capacitación en enfermería fue instituido al mismo tiempo que las mujeres comenzaron a tener acceso a una educación superior. A fines de 1870, la mayor parte de las universidades estatales admitían mujeres. Vassar abrió sus puertas en 1865 y tanto Smith (1871) como Wellesley (1875) se fundaron en la década de 1870. Como estas universidades estaban en el proceso de establecerse ellas mismas, no deseaban asociarse con una ocupación de reputación dudosa; por otro lado, estaban fuera del alcance económico de mujeres de clase baja que se sentían atraídas por la enfermería como una forma de mejorar su posición. Resulta irónico que la enseñanza de enfermería se estableciera como aprendizaje bajo el control de médicos y hospitales al mismo tiempo que la educación médica alcanzaba niveles de posgrado.

## **INFLUENCIA DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD**

### **El hogar como ambiente de atención**

En Estados Unidos se comenzó a capacitar enfermeras por primera vez en la década de 1870. En aquel entonces, los pacientes que podían pagar recibían

atención médica en sus hogares y los miembros femeninos de la familia se encargaban fundamentalmente de brindar los cuidados de enfermería necesarios. Conforme empezaron a graduarse enfermeras en las escuelas de capacitación, se contrataban para que brindaran servicios de enfermería en el hogar bajo la supervisión del médico.

La única alternativa que tenían las personas demasiado pobres para pagar un médico y una enfermera que los atendiera en el hogar consistía en acudir a un hospital, donde estudiantes de medicina sin capacitación y asistentes perezosos y descuidados eran los encargados de proporcionar "atención". Fue en 1886 cuando se crearon en Boston y Filadelfia las primeras organizaciones de enfermería de distrito, para brindar atención a todos los enfermos sin considerar su capacidad de pago. Las enfermeras obedecían las órdenes de los médicos, aplicaban tratamientos, registraban el pulso y la temperatura, y enseñaban higiene al paciente y a su familia (Moore, 1900, pp. 18-20).

En 1893, Lillian Wald y Mary Brewster abrieron en Nueva York la Henry Street Settlement House, y emplearon por vez primera el término "enfermera de salud pública" para describir a sus enfermeras capacitadas. En 1900, habían 20 organizaciones de enfermería de distrito en el país que daban empleo a 200 enfermeras (Roberts, 1954, p. 14).

Comenzaron a hacerse evidentes algunos de los principios básicos de la enfermería de salud pública. Cada vez era más notorio que los servicios de enfermería deberían estar a disposición de todos los enfermos sin importar su capacidad de pago ni sus creencias religiosas; empezó a hacerse una clara distinción entre la enfermería y la beneficencia; las enfermeras comenzaron a reconocer la importancia de llevar registros; las relaciones profesionales entre médicos y enfermeras se protegían y mantenían con sumo cuidado y empezó a subrayarse la importancia de la cooperación con otros grupos de la comunidad para brindar la mejor atención al paciente, reconociéndose que las enfermeras de distrito requerían más preparación de la que recibían en los programas hospitalarios (Tinkham y Voorhies 1972, p. 22).

La enfermería de salud pública continuó progresando desde 1900 hasta el estallido de la Primera Guerra Mundial. Se difundió la conciencia social y se fomentaron las reformas sociales y legislativas. Las organizaciones voluntarias se desarrollaron con rapidez en este clima y, en 1912, se creó la Organización Nacional de Enfermería de Salud Pública, cuya membresía estaba abierta a enfermeras de salud pública, organizaciones de salud pública y ciudadanos interesados. En esta época (1910), se fundó el Departamento de Enfermería y Salud en el Teachers College de Nueva York, primer departamento de enfermería en una universidad, ofreciéndose cursos avanzados de enfermería para la preparación de maestros, administradores y enfermeras de salud pública.

Conforme evolucionaron los hospitales y la profesión médica, el hogar comenzó a perder importancia como centro de atención de salud. Los hospitales se convirtieron en instituciones respetables dentro de la comunidad para todo tipo de pacientes. No obstante, fue hasta principio de los años 30 cuando los hospitales

comenzaron a contratar enfermeras capacitadas en número significativo, ya que, hasta ese momento, las enfermeras privadas y las enfermeras de salud pública brindaban atención a los pacientes en sus propios hogares.

### **El hospital como patrón**

Al iniciarse los últimos 25 años del siglo XIX, dio principio la educación en enfermería en Estados Unidos. Los hospitales eran instituciones “donde se daba cabida a extraños y enfermos pobres” (Kalisch y Kalisch, 1978, p. 24). Muchos hospitales estaban sucios, sin ventilación y contaminados por la infección. Tendrían que transcurrir otros diez años para descubrir las causas de enfermedades infecciosas, como fiebre tifoidea, cólera y difteria. Los guantes de goma para las intervenciones quirúrgicas no se inventaron hasta 1891. El termómetro y la jeringa hipodérmica no fueron de uso común hasta la década de 1880. El principal tratamiento para muchas enfermedades eran las sangrías, que sin duda mataban a más pacientes de los que aliviaban.

Las condiciones hospitalarias era tan miserables que la gente comenzó a exigir reformas. Durante la Guerra de Crimea que tuvo lugar en Europa 20 años antes (1854-1856), Florence Nightingale y su pequeño grupo de autollamadas enfermeras, lograron reducir la mortalidad en un hospital del ejército del 42% a un poco más del 2% (Goodnow, 1938, pp. 95 y 97). Varios años más tarde, durante la Guerra de Secesión en Estados Unidos (1861-1865), mujeres voluntarias demostraron su capacidad de manejar el trabajo pesado y mejoraron las condiciones en los hospitales militares. De esta manera, después de la guerra, se consideró que el movimiento encaminado a crear escuelas de capacitación en enfermería constituía una forma de mejorar las condiciones hospitalarias, al mismo tiempo que proporcionaba una ocupación respetable a las mujeres.

Los extraordinarios descubrimientos científicos y cambios sociales ocurridos durante el último cuarto del siglo XIX propiciaron la evolución de los hospitales. El descubrimiento de radiografías, anestésicos, y el valor de los procedimientos de asepsia, dieron como resultado el nacimiento de la cirugía aséptica, que requería equipo especializado difícil de encontrar fuera de los hospitales. Como consecuencia de la revolución industrial, se produjo un importante flujo de personas a las ciudades, incrementando en forma considerable la demanda de atención médica. Anteriormente, los médicos atendían a los pacientes en sus hogares y sólo aquellos demasiado pobres para pagar los servicios de un médico privado acudían a los hospitales. El mejoramiento de las condiciones hospitalarias, unido a la necesidad de centralizar la atención médica, dio como resultado el rápido crecimiento de los hospitales. De 1873 a 1923, el número de hospitales en Estados Unidos aumentó de 149 a 6 762 (Bullough y Bullough, 1978, p. 132); muchos de ellos eran propiedad de médicos, pero es preciso señalar que ese crecimiento tan grande no hubiera sido posible sin los servicios económicos y eficientes proporcionados por las estudiantes de enfermería de las escuelas de capacitación de los hospitales.

La escuela de hospital continuó siendo la principal fuente de educación para las enfermeras hasta la década de 1960, cuando comenzaron a aumentar en forma espectacular los programas de educación técnica (Cuadro 1-1). Como los hospitales

también han sido los patrones más importantes de las enfermeras desde 1940, siguen ejerciendo en nuestros días una gran influencia en la práctica de la enfermería.

### **Desarrollo de la profesión médica**

Parece increíble la posición que ocupan actualmente la educación y la profesión médicas cuando se compara con la situación que tenían justo después de la Guerra de Secesión de Estados Unidos. Como norma en Estados Unidos, una escuela de medicina otorgaba el título al término de “cursos anuales de cuatro meses de duración en un período de dos años. Los estudiantes de primer y segundo año asistían a las mismas conferencias cada año” (Kalisch y Kalisch, 1978, p. 25). Se esperaba que entre los dos cursos de conferencias los estudiantes dedicaran algún tiempo a observar pacientes con un médico preceptor, pero todavía no existía la enseñanza sistemática en los hospitales.

Las escuelas de medicina de aquella época eran escuelas privadas que no estaban asociadas con una universidad u hospital; las mejores escuelas de medicina comenzaron a estrechar sus relaciones con los hospitales entre 1870 y 1880; la asistencia regular a las clases no era obligatoria y los exámenes solían ser superficiales. Los requisitos de admisión variaban de algunos estudios de secundaria a un grado universitario; un dicho popular de la época decía que “un muchacho inepto para alguna otra cosa debe estudiar para médico” (Kalisch y Kalisch, 1978, p. 25).

Durante el último cuarto del siglo XIX y los primeros años del XX, el núcleo de las reformas efectuadas en la educación médica consistía en mejorar los niveles de admisión, “para nivelar a toda la profesión por encima de una base reconocida en lugar de crear una élite educativa” (Stevens, 1971, p. 38). (Como se verá más adelante, esto es precisamente lo que se trata de subrayar en la educación en enfermería 100 años después). Las reformas efectuadas en Harvard en la década

**CUADRO 1-1. Graduaciones de programas de educación en enfermería a nivel de licenciatura, técnico y de diploma**

Año	Licenciatura		Nivel Técnico		Diploma		Total (No.)
	(No.)	(% del total)	(No.)	(% del total)	(No.)	(% del total)	
1960-1961	4031	13	917	3	25071	84	30019
1965-1966	5488	16	3349	10	26072	74	34909
1970-1971	9856	21	14534	31	22065	48	46455
1975-1976	22579	29	34625	45	19861	26	77065
1981-1982	24523	33	38770	52	11682	15	74975

(Información modificada del Nursing Data Book, pp. 39, 56. Nueva York, National League for Nursing, 1985).

de 1870 que dieron como resultado un plan de estudios graduado, extensión del plan de estudios a tres años, aplicación de exámenes regulares y el requisito de contar con un grado universitario para ser admitido, señalaron el inicio de un nuevo movimiento hacia la institución de una educación médica universitaria auténtica (Stevens, 1971, p. 41). Entre 1900 y 1926, el número de escuelas de medicina se redujo de 160 a 79, y el número de estudiantes que se graduaban cada año disminuyó de 5 214 a 3 962 (Burgess, 1928, p. 35). El rápido incremento de los conocimientos básicos para la práctica de la medicina hizo necesario aumentar los requisitos de admisión y graduación y dar una mayor importancia a la calidad.

De esta manera, gracias a una coincidencia histórica, los últimos años del siglo XIX fueron una encrucijada para la enfermería y la medicina. La creación de programas de formación de enfermeras con base en los hospitales proporcionó estudiantes de enfermería que tenían acceso constante a los pacientes, lo cual resultó una amenaza para los médicos que tenían muy poca capacitación práctica. Todos los esfuerzos por mejorar la educación de las enfermeras fueron combatidos tenazmente por los médicos y por la medicina organizada. La dominación evitaba la competencia de una manera eficaz. Al mismo tiempo, la revolución científica y tecnológica y la rápida urbanización e inmigración “dispararon el desarrollo de los hospitales y de la medicina” (Stevens, 1971, p. 34). La educación médica pasó a la universidad de posgrado, que condujo a la educación profesional verdadera, en tanto que la educación en enfermería siguió siendo la capacitación en un oficio que mantenía la relación de servidumbre con médicos y hospitales.

¿Por qué las enfermeras no rompieron el molde del oficio? ¿Por qué la educación en enfermería no pasó a la universidad como lo hizo la educación en medicina? La respuesta simple es que la enfermería estaba constituida casi en su totalidad por mujeres, y que en los Estados Unidos del siglo XIX las mujeres tenían muy pocas oportunidades. En ausencia de una teoría de enfermería que proporcionara una base de poder independiente de la medicina, a los médicos y hospitales les resultó muy sencillo controlar la enfermería.

### **Crecimiento del “equipo de enfermería”**

Cuando Estados Unidos entró en la Segunda Guerra Mundial, las enfermeras diplomadas graduadas eran aceptadas como parte del personal hospitalario. Muchos hospitales cerraron sus escuelas de enfermería cuando se dieron cuenta que podían contratar enfermeras graduadas con mucho menos dinero que el que les costaban las estudiantes. En consecuencia, cuando un gran número de enfermeras diplomadas graduadas se unió a las fuerzas armadas, se produjo una grave escasez de enfermeras en los hospitales civiles. Las escuelas de enfermería recibieron subvenciones federales para incrementar el número de estudiantes de enfermería y, a petición de la Oficina de la Defensa Civil, comenzaron a capacitar auxiliares voluntarias de enfermería que eran contratadas para ayudar a las enfermeras. Por otra parte, quienes poseían un certificado de las clases de enfermería de la Cruz Roja fueron las primeras que se ofrecieron voluntarias para desempeñar tareas no profesionales y más tarde recibieron una remuneración como trabajadoras auxiliares.

La oportuna preocupación federal en relación con la producción de un número

adecuado de enfermeras, dio como resultado la Ley de Capacitación de Enfermeras de 1964 (P.L. 88-581). "Al agregar el Título VIII a la Ley de Servicios de Salud Pública, autorizó (1) subvenciones para ayudar a la construcción de instalaciones educativas, (2) subvenciones para sufragar los costos de proyectos especiales destinados a reforzar los programas de educación en enfermería, (3) pagos reglamentarios a escuelas de enfermería y (4) ampliación de becas para enfermeras profesionales. Leyes posteriores de 1966, 1968, 1971, 1975 y 1981 volvieron a autorizar y revisar las disposiciones del programa de capacitación de enfermeras. Entre 1965 y 1981 se asignaron alrededor de 1 600 millones de dólares de acuerdo con la Ley de Capacitación de Enfermeras" (Estudio IOM, 1983, p. 231).

Después de la Segunda Guerra Mundial la escasez de enfermeras se intensificó conforme aumentó la demanda de camas en los hospitales. Muchas enfermeras abandonaban la enfermería porque contraían matrimonio o encontraban empleos mejor remunerados, o abandonaban la enfermería hospitalaria para ocupar un puesto de enfermería en la industria o en los servicios de salud pública, que les concedían una mayor autonomía. Los hospitales se habían dado cuenta de que las ayudantes de enfermería y las trabajadoras auxiliares podían desempeñar diversas funciones de enfermería a un costo considerablemente más bajo. Por otra parte, muchos administradores de hospitales y médicos se sentían irritados por las presiones ejercidas por la asociación profesional de enfermería, la American Nurse's Association (ANA) para obtener jornadas laborales de 8 horas y semanas de 40 horas, mejores salarios y voz en la planificación y administración de los servicios de enfermería de los hospitales.

Una forma de obtener servicios a un costo relativamente bajo y de mantener el control sobre los trabajadores constituyó en crear escuelas para enfermeras prácticas. En 1947 habían 36 escuelas de capacitación de enfermeras prácticas; entre 1948 y 1954 se fundaron otras 260, sobre todo en hospitales. Las escuelas públicas locales también crearon programas en asociación con hospitales para aprovechar los fondos federales para la educación vocacional. Para 1950-1952, habían más de 144 000 enfermeras prácticas, que constituían el 52% del personal del servicio de enfermería; sólo cerca de 12 000 estaban capacitadas (Bridgman, 1953, p. 182). Las auxiliares adiestradas en cursos de seis semanas reemplazaron a las trabajadoras auxiliares del tiempo de guerra. Con enfermeras diplomadas, enfermeras prácticas graduadas, estudiantes y auxiliares de enfermería prestando servicio en el mismo entorno, los hospitales comenzaron a utilizar un plan de "equipo" para la atención eficiente de un grupo de pacientes. Muchos hospitales todavía usan este método.

La proliferación de trabajadores que prestaban "servicios de enfermería" hizo posible que los hospitales aumentaran sus beneficios de operación; a las enfermeras diplomadas graduadas se les asignaron cada vez con más frecuencia funciones administrativas que las alejaban de las cabeceras de los pacientes. El público, enfrentado con una extensa variedad de personas que brindaban servicios de enfermería, confundía a las auxiliares con las enfermeras profesionales, empañándose cada vez más la imagen que de la enfermería tenían las enfermeras y el público en general. La creación de distintos niveles de enfermeras diplomadas no hizo más que aumentar la confusión creada por los distintos niveles de trabajadores de la salud.

## **CREACION DE DIVERSOS PATRONES PARA LA EDUCACION DE ENFERMERIA**

---

### **Creación de programas de educación en enfermería en hospitales**

De 1872 a 1873 se establecieron los primeros cuatro programas de educación en enfermería en Estados Unidos: Boston, Nueva Haven y Nueva York (en los hospitales Bellevue, Massachusetts General, New Haven y New England Hospital for Women and Children). El crecimiento de estos programas fue espectacular, en 1880 habían 15 programas y para 1900 la cifra había ascendido a 432 programas con 3 456 graduadas (Burgess, 1928, p. 35).

Las primeras "escuelas" de educación en enfermería eran más o menos independientes respecto al hospital con el que estaban asociadas; no obstante, carecían de dotaciones financieras y de presupuestos independientes, por lo que en poco tiempo comenzaron a depender de los hospitales para mantenerse. Lo que había empezado como programas independientes y relativamente autónomos se convirtió en departamentos de servicios de enfermería de los respectivos hospitales. Como los hospitales controlaban el servicio y la "educación", las estudiantes trabajaban siete días por semana, 50 semanas al año, durante uno o dos años, a cambio de la capacitación en el servicio, unas cuantas conferencias y una pequeña asignación monetaria. No resulta sorprendente que la "escuela de capacitación" fuera esencial para el éxito financiero de los hospitales.

El "antiguo orden" de personas no capacitadas que brindaban atención en hospitales fue pronto reemplazado por estudiantes de enfermería; sin embargo, las enfermeras graduadas tenían pocas oportunidades de trabajar en un hospital. Después de la graduación, el hospital conseguía unas cuantas enfermeras para ocupar puestos de jefatura de enfermería, pero casi todas las estudiantes tituladas trabajaban como enfermeras privadas en los hogares de los pacientes. Por otra parte, muchos hospitales enviaban también estudiantes al domicilio de los enfermos quedándose con el salario percibido por la estudiante, puesto que lo consideraban parte de los ingresos del hospital. La enfermera se mudaba con la familia y estaba en servicio 24 horas al día durante un promedio de tres semanas. En 1920, la remuneración media era de 120 dólares por mes, pero si bien la enfermera estaba sobrecargada de trabajo durante algunos meses, a menudo permanecía ociosa mientras esperaba un nuevo caso. Cuando las enfermeras comenzaban a envejecer, muchas de ellas afirmaban que no podían permanecer despiertas toda la noche ni hacer trabajo pesado (Goldmark, 1923, pp. 168-169).

Durante los siguientes 50 años la mayor parte de enfermeras capacitadas trabajaban en el servicio privado; sin embargo, a fines de los años 20s muchas enfermeras privadas se encontraban en situación financiera desesperada. Debido a la introducción de equipo y servicios especializados, un número cada vez mayor de pacientes recibían tratamiento en los hospitales y no en el consultorio del médico ni en el hogar. La cantidad de hospitales aumentó considerablemente y, por supuesto, se incrementó el número de programas de formación. El número de estudiantes de enfermería que trabajaban en los hospitales crecía constantemente, a pesar de la falta de trabajo para las enfermeras que terminaban su formación. En la época de

la depresión, algunas enfermeras graduadas estaban dispuestas a trabajar en los hospitales a cambio de alojamiento y comida; a pesar de la resistencia ofrecida por algunos hospitales, a las enfermeras graduadas se les “permitía” permanecer en el hospital, a menudo con una remuneración mucho menor que la que recibían como estudiantes. Los hospitales que no contaban con escuelas de enfermería podían contratar enfermeras tituladas por salarios mucho más bajos que los que daban a las “asistentes” no capacitadas. “En 1938, un hospital normal, asociado con una escuela de enfermería, empleaba un promedio de 10 enfermeras tituladas para tareas generales o para prestar servicios de enfermería en la cabecera de los pacientes” (National League for Nursing Education, 1939, p. 898). El movimiento hacia el empleo de enfermeras graduadas en los hospitales se aceleró a medida que los descubrimientos científicos realizados después de la Segunda Guerra Mundial aumentaron el nivel de especialización de la atención médica.

Si bien el programa de diplomas concedidos por los hospitales constituyó el patrón educativo predominante de la enfermería diplomada desde que se inició en 1873 hasta mediados de los años 60, las grandes diferencias en la calidad de los programas causaron honda preocupación sobre la atención que se brindaba al público y sobre el futuro de la enfermería.

### **Influencia de los estudios de enfermería**

Desde el momento en que el informe Flexner sobre educación médica (1910) revolucionó la profesión, quienes ocupaban puestos importantes en la enfermería fomentaron la institución de estudios que, con suerte, mejorarían la calidad de la educación de enfermería. Entre el Informe Goldmark de 1923 y el estudio titulado “Nursing Schools at the Mid-Century” de 1949, diversos estudios y encuestas indicaron que la raíz de muchos problemas relacionados con la enfermería se encontraba en el doble propósito de educación y servicio de las escuelas de enfermería. Sin embargo, todos estos estudios dieron como resultado reformas muy limitadas.

Alrededor de 1950 se publicaron varios estudios que, a la larga, se tradujeron en acciones. En *Nursing for the Future* de Brown (1948) se recomendaba colocar la preparación de las enfermeras profesionales dentro del ámbito de la educación superior; el informe Ginsberg (1949) aconsejaba incluir ésta en los programas de licenciatura, la preparación de enfermeras técnicas en los colegios tecnológicos de enseñanza superior y, después de cierto tiempo, eliminar la educación de enfermeras prácticas (Abdellah y col., 1973, pp. 145-155); en *Collegiate Education in Nursing* de Bridgman (1953) se advertía que el hecho de superponer una educación liberal sobre la base de un diploma no constituía ninguna solución. La autora sostenía que la enfermería debería tener una especialización superior como ocurría con otras disciplinas académicas. La importancia de la inclusión de la educación de enfermería dentro de la educación superior sigue analizándose en la National Commission on Nursing (1983) y en el estudio de enfermería y educación de enfermería del National Institute of Medicine (1983). En el Capítulo 17, “El promotor del papel de la profesión”, se analizan los problemas relacionados con la preparación educativa, su financiamiento y la movilidad educativa, en relación a las recomendaciones de los estudios nacionales antes mencionados.



## El Programa de educación técnica

En 1951, Montag publicó su tesis doctoral, "The Education of Nursing Technicians", en la cual proponía que se diera educación en los colegios tecnológicos de las comunidades para formar a las enfermeras a nivel técnico. El programa debía ser completo en sí mismo (terminal) con el fin de preparar a las enfermeras para que comenzaran a trabajar de inmediato. El concepto se investigó durante 10 años, después de los cuales la educación en enfermería en los colegios tecnológicos de nivel superior floreció gracias al creciente énfasis que hacía la sociedad en la movilidad y acceso a la educación. "En 1962, las estudiantes de programas de educación técnica constituían el 3.7% de las enfermeras tituladas que se graduarían aquel año; para 1972, representaban el 37% de la generación que terminaba ese año" (Facts About Nursing, 1972-73, p. 78) y para 1982 constituían más del 50% de las graduaciones (Vaughn, 1983, p. 463). (Cuadro 1-1).

No obstante, en los años intermedios, se abandonó por completo el concepto original del nivel técnico como una preparación completa y terminal desde todos los puntos de vista y para todos los fines. Un número cada vez mayor de estudiantes comienza sus estudios de enfermería a nivel técnico con la intención de proseguir luego al nivel de licenciatura. Entre 1971 y 1980, la inscripción total en programas de licenciatura casi se duplicó, pero la inscripción de enfermeras diplomadas en programas de licenciatura aumentó en un 338% (información obtenida del Libro de Datos de la NLN, 1981). En el otoño de 1982 más de 35 000 enfermeras diplomadas (en nivel técnico y nivel diploma) se inscribieron en programas de educación de enfermería a nivel licenciatura, un incremento de casi 7% respecto al año anterior (Vaughn, 1983, p. 463).

Los informes Brown y Ginsberg subrayaban la importancia de que la educación de enfermería diplomada pasara a la universidad y que se eliminara a la larga la educación de enfermería vocacional práctica. En lugar de ello, Montag se limitó a sustituir a las enfermeras técnicas diplomadas preparadas en hospitales por enfermeras técnicas preparadas en colegios de nivel superior. Con una visión retrospectiva, podríamos desear que el programa de educación técnica se hubiese propuesto para preparar enfermeras prácticas, ya que esto hubiera mejorado la enfermería práctica y, con los programas hospitalarios obsoletos, toda la educación de enfermería sería a nivel universitario. En cambio, la enfermería titulada se dividió en tres métodos de preparación educativa, mientras que la enfermería práctica siguió floreciendo dentro del marco vocacional y hospitalario.

El rápido crecimiento de los programas de educación técnica de enfermería intensificó la preocupación por problemas tales como diferenciación de los niveles de enfermeras tituladas, educación más apropiada para la enfermería profesional, diferenciación de las expectativas de estudiantes que se gradúan en distintos niveles de educación, aumento de la oferta de enfermeras profesionales, y no de enfermeras técnicas, y cual es la mejor forma de facilitar a las enfermeras diplomadas el acceso a la educación profesional. Todos estos problemas se analizan en el Capítulo 17. "El promotor del papel de la profesión".

## **Documento de posición**

En 1965, la ANA publicó "Educational Preparation for Nurse Practitioners and Assistants to Nurses: A Position Paper"; en este documento se concluía que:

La educación de todas aquellas personas que tienen licencia para practicar la enfermería debe llevarse a cabo en instituciones de educación superior; la preparación mínima necesaria para iniciar la práctica profesional de la enfermería debe ser un título de licenciatura; la preparación mínima necesaria para iniciar la práctica técnica de la enfermería debe ser un diploma de enfermería técnica; la educación de auxiliares en ocupaciones relacionadas con los servicios de salud debe consistir en programas de educación vocacional intensivos y de corta duración y no en programas de capacitación en el trabajo. (American Nurses Association).

Este informe acrecentó el conflicto sobre la función que desempeñarían en el futuro las escuelas de enfermería de los hospitales e hizo más profunda la división existente en la educación de enfermería.

## **Educación de enfermería a nivel licenciatura**

En 1909, la Universidad de Minnesota creó un programa de enfermería de tres años dentro de la Facultad de Medicina. Durante los años siguientes, el patrón más frecuente en las universidades consistía en un curso académico y profesional combinado de cuatro o cinco años de duración, al cabo de los cuales se obtenía un diploma de enfermería y un título de licenciatura en ciencias. Los estudios de enfermería eran totalmente independientes en facultades de ciencias liberales y en hospitales, sistema que reapareció hace poco tiempo y que se promueve por "innovador".

"La primera escuela universitaria establecida sobre una base independiente, con su propio decano, dotación financiera importante, y todos los estudiantes dentro del programa para la obtención del título, se abrió en Yale University en 1923" (Dock y Stewart, 1938, p. 179). En 1929 se exigía un título de licenciatura para ser admitido. Aunque se crearon verdaderas escuelas universitarias en Western Reserve University (1923), Vanderbilt University (1930), y University of Chicago (1925), los médicos se opusieron argumentando que "la inteligencia y el conocimiento profundo de la teoría eran innecesarios y podían resultar perjudiciales para la futura enfermera" (Kalisch y Kalisch, 1978, p. 340). En la mente del público, la educación en enfermería siguió estando asociada con el diploma conferido por las escuelas de los hospitales, y el número de enfermeras que se graduaban en programas a nivel licenciatura continuó constituyendo un pequeño porcentaje del total de graduaciones.

El crecimiento y desarrollo reales de la educación de enfermería a nivel licenciatura se produjo a partir de 1950, incrementándose drásticamente después de 1967 gracias a la evolución de la enfermería como disciplina científica. El informe Brown y el estudio Bridgman, las normas de acreditación formuladas por la National

League for Nursing (NLN) y las subvenciones federales destinadas a incrementar el número de enfermeras que podían aspirar a una educación superior, contribuyeron al crecimiento del sector licenciatura de la educación de enfermería. El documento de posición de la ANA y la aceptación de los colegios tecnológicos de enseñanza superior por parte de la sociedad, son dos factores que han ayudado a acelerar la desaparición de las escuelas que confieren diplomas.

## **DESARROLLO DE LAS INFLUENCIAS EJERCIDAS POR LA ORGANIZACION**

---

Antes de la Guerra de Secesión no existía en Estados Unidos algún tipo de organización nacional de mujeres. Las asociaciones de enfermería fueron los primeros grupos profesionales organizados y controlados por ellas (Bullough y Bullough, 1978, p. 135).

En 1894 se creó una organización llamada Society of Superintendents of Training Schools for Nurses of the United States and Canada (que se convertiría en National League for Nursing Education [NLNE] en 1912). Dos años más tarde, la organización patrocinó una conferencia de representantes de las sociedades, de egresados de escuelas de enfermería, organizada por Nurses' Associated Alumnae of the United States and Canada, que se convertiría, en 1912, en la American Nurses' Association (ANA) (Bullough y Bullough, 1978, p. 136). Así pues, desde el mismo principio de la enfermería organizada, las enfermeras estuvieron separadas en dos organizaciones nacionales de enfermería: una para enfermeras tituladas y otra para el grupo dirigente. En la siguiente sección se describen brevemente estructura y fines de la ANA y de la NLN como son en la actualidad; asimismo, también se trata de manera concisa el tema de la sociedad honorífica nacional de enfermería, Sigma Theta Tau.

### **Liga Nacional de Enfermería**

La Sociedad de Superintendentes se dedicó en forma especial al mejoramiento de la educación de enfermería. Gracias a sus esfuerzos, el Teachers College, de Columbia University, comenzó a ofrecer un curso de economía hospitalaria "para preparar a maestros y administradores potenciales". Más tarde, el curso se amplió a un programa de dos años, siendo durante mucho tiempo la única fuente de educación avanzada a la que tuvieron acceso las enfermeras.

El mejoramiento de los programas de capacitación hospitalarios se concentraba en los requisitos para la admisión (posesión de un certificado de educación media superior), en la limitación de las horas de trabajo de las estudiantes (primero 12 y luego 8 horas diarias) y en actividades tendientes a reducir la brecha que existía entre las buenas y las malas escuelas. No obstante, en 1949, sólo alrededor del 25% de las escuelas autorizadas por el estado satisfacían o estaban cerca de satisfacer las normas establecidas 12 años antes, mientras que el 50% estaba más cerca de los sistemas fijados en los últimos 22 años y el 25% todavía se esforzaba por cumplir estas primeras normas (NLN, 1963, pp. 3-4).

En 1949, el National Nursing Accrediting Service creado por National League

for Nursing Education (NLNE) en colaboración con la Association of Collegiate Schools of Nursing (ACSN) y National Organization of Public Health Nursing (NOPHN), clasificó las escuelas tomando como base los criterios de 1937 y 1942. Sin embargo, no se acreditó ningún programa hasta 1952, fecha en que un servicio de acreditación pasó a formar parte de la nueva NLN, que surgió al fusionarse la NLNE, la ACSN, la NOPHN, el Comité Mixto de Enfermeras Prácticas y Trabajadores Auxiliares en los Servicios de Enfermería, el Comité Mixto de Carreras de Enfermería, el Comité Nacional para el Mejoramiento de los Servicios de Enfermería y el Servicio Nacional de Acreditación de Enfermería. El proceso de acreditación ejerció una gran influencia en el mejoramiento de la calidad de la educación, que sigue siendo una de las principales funciones de la NLN.

En Estados Unidos, la NLN se reconoce como el organismo nacional de acreditación de todos los programas de educación básica de enfermería, así como de los programas de enfermería a nivel maestría. Por otra parte, la NLN patrocina, en colaboración con American Public Health Association, un programa voluntario de acreditación para organismos nacionales de salud y servicios comunitarios de enfermería. Además de las actividades que realiza relacionadas con la acreditación, la NLN proporciona servicios de asesoría, programas de educación continua, análisis de información estadística sobre educación de enfermería y recursos humanos, diversos servicios de exámenes y pruebas, y una variedad de paquetes informativos sobre reclutamiento, imagen y asuntos legales. La membresía de la NLN para organismos está abierta a instituciones de educación de enfermería y dependencias que brindan atención de enfermería y otros servicios para el cuidado de la salud. La membresía individual está abierta a todas aquellas personas interesadas en la enfermería y en el mejoramiento de la atención de la salud.

### **The American Nurses' Association**

La Sociedad de Egresados dedicó sus primeros esfuerzos a obtener la titulación estatal de las enfermeras en un intento por diferenciar a las enfermeras diplomadas de aquellas que no poseían adiestramiento formal. En cada estado se llevaron a cabo movimientos independientes de titulación, aprobándose las primeras leyes en 1903 en Carolina del Norte, Nueva Jersey, Nueva York y Virginia. Una "enfermera titulada" se definió como alguien que había cursado un programa autorizado o matriculado de enfermería (aunque muchos estados no impusieron restricciones sobre la calidad o extensión de los programas y una gran mayoría de enfermeras fueron "benignamente admitidas" sin tener un adiestramiento formal) y, en algunos estados, que hubiese aprobado el examen de un panel. Ninguna de las primeras leyes de titulación definía el alcance de la práctica profesional de la enfermería (Am. J. Nurs, 1903, pp. 562-564).

En 1938, el Estado de Nueva York inició una nueva fase al establecer que quienes pretendieran prestar servicios de enfermería deberían tener licencia. Esta ley hizo ilegal que cualquiera practicara la enfermería y fue la primera ley sobre el ejercicio de enfermería que definió la práctica de la misma (Hicks, 1938, p. 563).

Por desgracia, las nuevas leyes sobre la práctica establecían condiciones estrictas en cuanto a horas y asignaturas que debían cumplirse. El sistema de educación se reglamentó legalmente y la rigidez de la ley hizo prácticamente imposible la experimentación con los planes de estudio.

Muchos estados incluyeron en sus leyes sobre prácticas de enfermería el lenguaje de una “definición modelo de enfermería”, publicada por ANA en 1955, que incluía la siguiente afirmación: “No debe considerarse que lo anterior incluye actos de diagnóstico ni prescripción de medidas terapéuticas o correctivas” (ANA, 1955, p. 1474), que suscitó muchos problemas cuando comenzaron a aumentar las responsabilidades de la enfermería. La tercera etapa de la licencia para ejercer principió en 1971 cuando el estado de Idaho revisó su ley con el fin de brindar protección legal para el diagnóstico y la responsabilidad terapéutica de la enfermería. Hoy en día, gran número de estados están revisando sus leyes sobre el ejercicio de la enfermería para que se adapten al modelo de ley creado en 1982 por el National Council of State Boards of Nursing. La práctica de la enfermería se definió como “prestación de servicios a individuos o grupos para conservar o alcanzar una salud óptima a lo largo de toda la vida evaluando su estado de salud, estableciendo un diagnóstico, planificando y poniendo en práctica una estrategia de atención encaminada a lograr las metas definidas y evaluando las respuestas a la atención y al tratamiento” (National Council of State Boards of Nursing: Ley de Práctica Modelo, 1983, p. 4). Este tipo de definición distingue el diagnóstico de enfermería del diagnóstico médico y constituye una pauta clara para el desarrollo de la práctica y la ciencia de enfermería.

La ANA es una federación de asociaciones de enfermeras de los 50 estados y del Distrito de Columbia, Guam, y las Islas Vírgenes. La ANA es la organización profesional de enfermeras tituladas de Estados Unidos, que se unen a ella a nivel estatal. Los fines de la ANA son “trabajar para el mejoramiento de los niveles de salud y disponibilidad de servicios de atención de la salud para todas las personas, fomentar elevados niveles de enfermería, y estimular y promover el desarrollo profesional de las enfermeras, mejorando su posición económica y su bienestar general” (ANA, 1984, p. 366).

La ANA acredita programas de educación continua, se ocupa de la certificación de las enfermeras tituladas, proporciona información para la investigación y el análisis, realiza estudios de las políticas públicas y de la educación política, mantiene relaciones con el gobierno, lleva a cabo un programa de bienestar económico y general, publica una amplia variedad de documentos entre los que cabe mencionar *The American Nurse*, celebra conferencias y una convención cada dos años. A través de sus seis oficinas, crea normas para la educación y práctica de la enfermería, investigación, servicios organizados de enfermería, seguridad económica y empleo, y fija prioridades en relación con los derechos humanos. A través de sus 14 consejos, los miembros de las asociaciones estatales de enfermeras pueden participar a nivel nacional para analizar y comunicar problemas y asuntos importantes para áreas especializadas de enfermería (por ejemplo, enfermeras dedicadas a la investigación, administración en enfermería, especialistas en enfermería clínica, práctica de la enfermería medicoquirúrgica, etc.).

## **Sigma Theta Tau**

Cuando en 1922 seis estudiantes de la Escuela de Capacitación para Enfermeras de Indiana University fundaron Sigma Theta Tau, la enfermería fue reconocida como una especialidad igual a otras disciplinas académicas. El nombre se eligió usando las iniciales de las palabras griegas *storga*, *tharos* y *tima*, que significan amor, valentía y honor. En 1922, la organización contaba con seis miembros y un capítulo, en 1983 tenía más de 65 000 miembros y 161 capítulos, y hoy en día forma parte de la Asociación de Sociedades Honoríficas Universitarias.

Sigma Theta Tau se organizó para fomentar y reconocer los logros importantes realizados en el ámbito académico y de liderazgo en los niveles pre y posgrado de la enfermería. La membresía se obtiene por invitación mediante capítulos activos que se basan en la demostración de excelentes logros académicos, pruebas de potencial de liderazgo profesional o logros notables en el campo de la enfermería. Pueden ser miembros las estudiantes de programas de enfermería a nivel licenciatura o posgrado o las enfermeras líderes en la comunidad que posean por lo menos un título de licenciatura. La organización nacional contribuye al progreso de la enfermería a través de la investigación por medio de pequeñas subvenciones, conferencias y publicación de informes en la revista profesional *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. Por otra parte, la organización nacional patrocina seminarios de escritores, un programa de desarrollo de los medios de comunicación y otorga premios en reconocimiento de contribuciones destacadas en la práctica, investigación, educación, creatividad, liderazgo, metas profesionales y programación de capítulos. Algunos capítulos presentan programas educativos y becas como recompensa.

## **RESUMEN**

---

Diversas fuerzas que han afectado el desarrollo de la enfermería profesional continúan ejerciendo influencia en asuntos importantes que se analizan en este libro. Estas fuerzas incluyen las imágenes que se forma la sociedad y las expectativas de las enfermeras, grado de control de la cantidad y calidad de los practicantes, efecto de la tecnología y de la teoría sobre las funciones y entornos de la práctica, financiamiento de los servicios de atención de la salud e imagen que tienen las enfermeras de sí mismas.

En Estados Unidos, la enfermería moderna ha evolucionado por más de 110 años. Los factores que le dieron forma en un principio también limitaron el desarrollo de la enfermería como profesión durante más de 80 años. No obstante, en los últimos 30 años se realizaron grandes progresos que pueden relacionarse con el mejoramiento de la autoimagen y el surgimiento de una base teórica para la práctica. Si bien quedan todavía problemas residuales relacionados con factores en las raíces de la enfermería, existen numerosas indicaciones de que la enfermería está, finalmente, adquiriendo una condición profesional.

## BIBLIOGRAFIA

- Abdellah FG, Beland IL, Martin ycol.: *New Directions in Patient Centered Nursing*. Nueva York, Macmillan, 1973.
- Am J Nurs 3:562-564, abril 1903.
- ANA Board Approves a Definition of Nursing Practice. Am J Nurs 55, 1955.
- American Nurses' Association's First Position on Education for Nursing. Am J Nurs 66, marzo 1966.
- Bridgman M: *Collegiate Education for Nursing*. Nueva York, Russell Sage Foundation, 1953.
- Brown EL: *Nursing for the Future*. Nueva York, Russell Sage Foundation, 1948.
- Bullough V, Bullough B: *The Care of the Sick: The Emergence of Modern Nursing*, ed 3. Nueva York, Prodist, 1978.
- Burgess MA: *Committee on the Grading of Nursing Schools: Nurses, Patients and Pocketbooks*. Nueva York, Commonwealth Fund, 1928.
- Dickens C: *Martin Chuzzlewit*. Nueva York, Macmillan, 1910.
- Dock LL, Stewart IM: *A Short History of Nursing*, ed 4. Nueva York, GP Putnam's Sons, 1938.
- Education Preparation for Nurse Practitioners and Assistants to Nurses: A Position Paper. Nueva York, Asociación Norteamericana de Enfermeras, 1965.
- Facts About Nursing 1972-73. Kansas City, Asociación Norteamericana de Enfermeras, 1974.
- Facts About Nursing 1982-83. Kansas City, Asociación Norteamericana de Enfermeras, 1984.
- Flexner A: *Medical Education in the United States and Canada*. Nueva York, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
- Ginsberg M: *Committee on the Function of Nursing: A Program for the Nursing Profession*. Nueva York, Macmillan, 1949.
- Goldmark J. (Secretaria): *Nursing and Nursing Education in the United States*. Nueva York, Macmillan, 1923.
- Goodnow M: *Outlines of Nursing History*. Filadelfia, WB Saunders, 1938.
- Hicks EJ: A crusade for safer nursing. Am J Nurs 38:563-566, mayo 1938.
- Institute of Medicine: *Nursing and Nursing Education: Public Policies and Private Actions*. Washington, DC, National Academy Press, 1983.
- Kalisch PA, Kalisch BJ: *The Advance of American Nursing*. Boston, Little, Brown, 1978.
- Kjervik DK, Martinson IM: *Women in Stress: A Nursing Perspective*. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1979.
- Montag ML: *The Education of Nursing Technicians*. Nueva York, GP Putnam's Sons, 1951.
- Moore EJ: Visiting nursing. Am J Nurs 1:17-21, octubre 1900.
- National Council of State Boards of Nursing: *Model Nurse Practice Act*, 1983.
- National League for Nursing Education: *More graduate general duty nurses*. Am J Nurs 39:898, agosto 1939.
- Nursing Data Book. Nueva York, National League for Nursing, 1982.

- Roberts MM: American Nursing: History and Interpretation. Nueva York, Macmillan, 1954.
- The School Improvement Program of the National League for Nursing 1951-1960. Nueva York, National League for Nursing, 1963.
- Stevens R: American Medicine and the Public Interest. New Haven, Yale University Press, 1971.
- Tinkham CW, Voorhies EF: Community Health Nursing: Evolution and Process. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1972.
- Vaughn J: Educational preparation for nursing – 1982. Nurs Health Care: 460-464, octubre 1983.



## Capítulo 2

# *Perspectivas filosóficas en la educación y práctica de enfermería*

### **PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR**

1. Explicar en que forma el proceso de enfermería incluye las tres áreas fundamentales de la filosofía: conocimiento, valores y existencia.
2. ¿Por qué es importante para la enfermera contar con una filosofía propia de la enfermería?
3. Mencionar tres criterios de la lógica en enfermería.
4. ¿Qué importancia tiene la percepción en la relación entre enfermera y usuario?  
¿Qué brinda poder de percepción?
5. ¿Cómo puede argumentarse que la enfermería es un arte moral?
6. ¿Qué relación existe entre bienestar y sentido percibido de equilibrio?
7. ¿Cómo puede justificarse la creencia de que la enfermería es un proceso?

La filosofía de las enfermeras respecto a la enfermería es de vital importancia para la práctica profesional. La filosofía comprende el sistema de creencias de la enfermera profesional e incluye también una búsqueda de conocimientos. El sistema de creencias y la comprensión determinan su forma de pensar sobre un fenómeno o situación, y la forma de pensar define en gran medida su manera de actuar. Como la enfermería profesional puede definirse como un proceso de acciones que tienen un propósito entre la enfermera y el usuario, la enfermera debe comprender la definición, objetivos, importancia y elementos de la filosofía con objeto de elaborar en forma completa una filosofía personal de enfermería. En consecuencia, en este capítulo se presenta un análisis de los principales elementos de la filosofía, se examinan las cuestiones filosóficas esenciales para la práctica de la enfermería y se ofrece una breve presentación de las creencias filosóficas que sirvieron de base a este libro.

### **¿QUE ES LA FILOSOFIA?**

En términos generales se acepta que la filosofía abarca tres aspectos: preocupación por el conocimiento, los valores, y el ser, o las creencias que tiene el individuo

sobre la existencia. En todos estos aspectos, la filosofía emplea como método los procesos intelectuales. El conocimiento es importante para la enfermería porque ésta es una ciencia y su proceso se basa en la lógica y en el método científico. La importancia concedida a los valores es esencial para la enfermería porque las enfermeras efectúan de manera constante declaraciones de actitud, preferencia y valores conforme se comprometen en la relación que existe entre la enfermera y el cliente. Como la enfermería ha participado activamente en el desarrollo de una teoría propia durante los últimos 20 años, resulta evidente que está comprometida con sus propias creencias respecto a su existencia profesional. Las tres áreas de la filosofía pueden relacionarse con el proceso de enfermería como se indica a continuación:

*Áreas de la filosofía*

Conocimiento

Valores

Existencia

(metafísica)

*Proceso de enfermería*

Basado en el pensamiento lógico y en el método científico

Regidos por un código ético

Se ocupa de la enfermera y el cliente como seres humanos y de la evolución de la práctica basada en la teoría.

La integración de la filosofía dentro del proceso de enfermería y la suposición de que la filosofía de una persona determina sus actos, respaldan la necesidad que tienen las enfermeras profesionales de elaborar y reflexionar sobre su propia filosofía.

**Definición de la filosofía**

La definición literal de la filosofía es “amor a la sabiduría”, que se deriva de la combinación de los sustantivos griegos “philia”, que significa amor, y “sophia” que quiere decir sabiduría, es decir, amor a lo sabio o a la sabiduría (Diccionario de la Real Academia Española, 1970, p. 620). La definición dada por el Diccionario de la Real Academia indica que la filosofía es la “ciencia que trata de la esencia, propiedades, causas y efectos de las cosas naturales” (Diccionario de la Real Academia Española, 1970, p. 620). Definida de esta manera, la filosofía es una ciencia que abarca la lógica, ética, estética, metafísica y teoría del conocimiento.

Teniendo en cuenta las definiciones de filosofía y la suposición de que los seres humanos tienen una inagotable sed de conocimientos, definimos la “filosofía de la enfermería” como los resultados intelectuales y afectivos de los esfuerzos profesionales que realizan las enfermeras para (1) comprender las razones y relaciones fundamentales de los seres humanos y el medio ambiente, (2) enfocar la enfermería como una disciplina científica y (3) elaborar un sistema personal de creencias sobre los seres humanos, medio ambiente, salud y enfermería como un proceso.

**Propósitos de la filosofía**

Se ha señalado que la filosofía se distingue de todas las demás ciencias por sus fines: la búsqueda de las razones fundamentales de todo aquello que es susceptible

de ser conocido. Silva (1977) indica que este fin formal fue en realidad posible desde los tiempos de su origen griego hasta la revolución industrial, afirma que: "Designar todos los conocimientos como filosofía fue posible porque el conjunto de conocimientos que poseíamos era relativamente pequeño y no se hacía distinción alguna entre los distintos tipos de conocimientos" (Silva, 1977, p. 59). No obstante, a partir de la revolución industrial, se ha producido una explosión de conocimientos y han surgido ciencias específicas, cada una de las cuales plantea preguntas específicas. Silva concluye que cada disciplina arroja luz sobre aspectos específicos de los seres humanos, al mismo tiempo que crea un nuevo problema: el de dividir a los seres humanos en compartimientos. Conforme surgen ciencias independientes se hace evidente la necesidad de "unificar los descubrimientos científicos de manera que el hombre pueda surgir como un ser holístico" (Silva, 1977, p. 60). Las preguntas relativas a la naturaleza y a los fines justifican los siguientes objetivos de la filosofía: ocuparse de la teoría y límites del conocimiento, estudiar el propósito de la vida, específicamente de la vida humana, y ocuparse de la naturaleza del ser y de la realidad (Silva, 1977, p. 60).

### **Importancia de la filosofía para los sistemas humanos**

Se considera que el discernimiento intelectual constituye una mejor protección contra los grandes errores que la ignorancia. Por ende, el estudio de la filosofía a lo largo del tiempo ha brindado inmensos beneficios a individuos, sociedades y, en especial, a las distintas ciencias. Al tratar de lograr los objetivos de la filosofía, el individuo recibe la oportunidad de ejercer tanto la comprensión como los juicios de valor. La comprensión se obtiene mediante la búsqueda de razones; los juicios de valor se logran por indagación de decisiones éticas y estéticas. La sociedad mejora cuando sus miembros alcanzan un mayor conocimiento de las "verdades". Las ciencias se benefician de la filosofía esencialmente porque la filosofía rige sus métodos a través de la lógica y la ética. Si bien es cierto que existen diferencias entre los fines específicos de la filosofía y los de las distintas ciencias, tanto la filosofía como las ciencias "comparten la meta de incrementar los conocimientos de la humanidad" (Silva, 1977, p. 60). En el caso de una disciplina joven, en desarrollo, como la enfermería, la participación activa en la creación de una "filosofía de enfermería" sirve para recordar a la profesión su sistema de creencias, guiarla en la obtención de metas éticas dentro de la educación, práctica e investigación de la enfermería, y regir el desarrollo de la base teórica de la práctica de enfermería. Sin duda todas estas consecuencias darán como resultado el mejoramiento de la salud y de sus cuidados al alcance de todos los seres humanos.

### **Base para tomar decisiones éticas**

Existen dos sistemas teóricos que constituyen la base de casi todas las decisiones éticas. La *teoría teleológica* se ocupa exclusivamente del producto final de las acciones. El argumento es que "lo correcto o erróneo de los actos humanos es *únicamente* una función de la bondad o maldad de las consecuencias que resultan directa o indirectamente de tales actos" (Mappas y Zembaty, 1981, p. 4); en otras

palabras, “el fin justifica los medios”. Los juicios sobre decisiones morales que se basan en este fundamento teórico suelen hacerse mediante un “acuerdo consensual sobre qué cuestiones son importantes y qué razones son aceptables” (Thompson y Thompson, 1981, p. 9).

Otro sistema teórico posible es la *deontología*, que “establece (la norma) correcta o errónea, sin tomar en consideración a la persona, su situación personal, el tiempo, ni las circunstancias” (Thompson y Thompson, 1981, p. 8). Algunos estiman que existen ciertas decisiones morales que son correctas o erróneas en forma absoluta, en cuyo caso, los juicios relativos a tales decisiones son obvios y no presentan problemas. Sin embargo, en la práctica, las decisiones morales suelen exigir un equilibrio entre los principios de lo correcto y lo erróneo, que se deriva de la teoría deontológica, y las consideraciones de utilidad y eficacia, que se derivan de la teoría teleológica.

### **Importancia de la filosofía para la enfermería**

La enfermería necesita líderes que sean filósofos en su profesión. En un documento titulado “A Brave New Nursing World – Exercising Options for the Future”, Schlotfeldt afirma:

En nuestra sociedad pluralista, cada vez más compleja y rápidamente cambiante, existe una necesidad acuciante sin precedentes de que cada uno de los grupos que forman parte de ella trabajen por el bien común; con objeto de satisfacer esa necesidad, se requiere también de un tipo especial de liderazgo. Es precisa la dirección de visionarios que puedan juzgar la importancia social de los descubrimientos científicos, decidir cómo se pueden y deben usar los avances tecnológicos para alcanzar los fines de los seres humanos y lograr el progreso social, y que sean capaces de convertir en mejoras para la humanidad, los adelantos realizados en su propio campo de conocimientos especializados (Schlotfeldt, 1982, p. 2).

Hace más de 15 años, Kahn y Weiner afirmaron: “La tecnología cambia y la población crece con tanta rapidez que los fundamentos de la vida social y la adaptación de los seres humanos al medio ambiente material y social tendrán, en el siglo XXI, muchos aspectos diametralmente diferentes a lo que conocemos hoy en día... es posible que la evolución de la sociedad produzca la degeneración del hombre” (Kahn y Wiener, 1967, pp. 345-347). En el mejor de los casos se pondrá a prueba todo el sistema de valores humanos.

Estimamos que la enfermería debe preparar enfermeras que tengan una visión de su profesión como disciplina científica, que se preocupen por el bien fundamental de la humanidad y que posean un sistema de creencias que revele su firmeza ética. Estas practicantes deben desarrollar una filosofía personal de la enfermería que refleje una creencia en el liderazgo “como interacción recurrente entre la personalidad privada y la actuación pública” (Rustow, 1968, p. 683). Tales líderes dedican más tiempo a dar nueva forma a las instituciones de atención de la salud para beneficio de la humanidad que a dirigir instituciones: Se preocupan más por crear

nuevos sistemas de pensamiento que por desarrollar dogmas para dirigir la práctica, la investigación y la educación de enfermería. Un paso importante para el desarrollo de este tipo de líder de enfermería es la comprensión y la participación en todos los componentes esenciales de una “filosofía de enfermería”.

### **Elementos de una filosofía de la enfermería**

Con objeto de crear una “filosofía de la enfermería”, la enfermera profesional debe mostrar interés en la naturaleza de los seres humanos y en la ciencia del ser. Desde la perspectiva de la enfermería, cada enfermera debe tratar de responder las siguientes preguntas que reflejan los elementos fundamentales de la enfermería:

1. ¿Qué es una sociedad, quiénes la componen y cuál es la naturaleza de la relación que existe entre sus componentes?
2. ¿Cuál es su creencia fundamental sobre el individuo y su potencial?
3. ¿Qué constituye el medio ambiente?
4. ¿En qué forma interactúan sociedad, individuo y medio ambiente?
5. ¿Cuál es su opinión sobre la salud, se trata de un proceso continuo, de un fenómeno unidireccional?
6. ¿Cómo se relaciona la enfermedad con la salud?
7. ¿Cuál es la razón fundamental de la existencia de la enfermería?
8. ¿Quién es el beneficiario de la enfermería?

Desde el punto de vista de la preocupación de un filósofo respecto al conocimiento, la enfermera debe tratar de dar respuesta a las siguientes preguntas que reflejan los elementos esenciales de la disciplina científica:

1. ¿Cuál es el proceso de la enfermería?
2. ¿Cuál es la base cognoscitiva con la que opera la enfermera profesional?
3. ¿Cómo se lleva a cabo el proceso de enfermería? ¿Qué es necesario en la aplicación del conocimiento?
4. ¿Cómo se obtiene la base teórica de la enfermería?
5. ¿Cuál es el marco teórico de la profesión?
6. ¿Cuáles son los conceptos esenciales para la práctica de la enfermería profesional?
7. ¿Cuáles son los fines y procesos de la investigación en enfermería?

Desde la perspectiva de la preocupación del filósofo por la ética y la estética, la enfermera profesional debe procurar responder a las preguntas que reflejan los elementos de evaluación de la enfermería:

1. ¿Cuáles son los derechos y responsabilidades más importantes de la enfermera profesional?
2. ¿Cuáles son los derechos y responsabilidades esenciales de los usuarios de la enfermería?
3. ¿Cuáles son los principios éticos que rigen la atención de enfermería y la conducción de investigaciones en enfermería?

4. ¿Qué piensa sobre los requisitos académicos para el ejercicio de la profesión?
5. ¿Qué piensa del proceso enseñanza-aprendizaje?
6. ¿Qué piensa de las funciones esenciales para poner en práctica el proceso de enfermería?

La experiencia educativa de la enfermera brinda la mayor oportunidad de comenzar a generar respuestas para todas las preguntas anteriores. Sobre la base de la experiencia de toda su vida y del conocimiento de su educación profesional, la enfermera desarrolla un autoconcepto dentro del cual es posible integrar una filosofía dinámica de la enfermería.

## **ASPECTOS DE LA FILOSOFIA QUE SON ESENCIALES PARA LA PRACTICA DE LA PROFESION DE ENFERMERIA**

La filosofía se ocupa de algunos problemas fundamentales en su búsqueda por comprender el procedimiento correcto del razonamiento, certeza de la verdad, comprensión de la realidad y de la verdad absoluta acerca de los seres humanos, deidades, y del mundo, y la determinación de la forma correcta de vivir. Los cinco aspectos esenciales que pueden relacionarse directamente con la enfermería se organizan en torno a lógica, ontología, cosmología, psicología filosófica y ética o filosofía moral (Glenn, 1947).

### **¿Qué es lógico? (Lógica)**

La lógica nos ayuda a comprender el procedimiento del razonamiento. La función o acto del razonamiento constituye el elemento crítico de la mente, que se considera como la fuente de capacidad que tienen los seres humanos para aprender. La mente demuestra esta capacidad de razonamiento a través de su habilidad para atender, abstraer, juzgar e inferir. “El razonamiento es el proceso de pensar las cosas” (Glenn, 1947, p. 164).

#### Ideas

A fin de comprender el razonamiento, debemos aceptar que una idea es la “representación de la esencia de una cosa en la mente” (Glenn, 1947, p. 168). Las personas poseen una gran tendencia a expresar sus ideas; por lo general, dicha expresión se transmite a través del lenguaje. Como es posible que las ideas no estén muy claras en la mente de quien desea transmitir las o en la manera en que se expresan a otra persona, existen dos formas de esclarecerlas: definición y división lógica, ambos elementos de la lógica. La enfermería como disciplina científica y como proceso interpersonal con los clientes, destaca la importancia de las *definiciones claras* y de las *clasificaciones exactas de un número infinito de ideas*.

#### Juicios y proposiciones

En términos lógicos, *juicio* es el proceso intelectual de manifestar el acuerdo o desacuerdo de dos o más ideas por comparación y análisis. Si el juicio que se hace

está de acuerdo con la realidad, se dice que es una verdad lógica; cuando el juicio no cuadra con la realidad, se le llama falsedad lógica (Glenn, 1947, p. 175). Los juicios se expresan exteriormente como proposiciones; una proposición es “una fórmula de términos que expresa el acuerdo o desacuerdo de una idea predicada con una idea sujeto” (Glenn, 1947, p. 176). Las enfermeras suelen expresar juicios por medio de proposiciones como: “Su respuesta a los estímulos dolorosos indica que todavía está inconsciente”. Si la enfermera tiene razón sobre ambas ideas (respuesta a los estímulos dolorosos y nivel de conciencia), el juicio será una verdad lógica, pero si la enfermera está equivocada en cualquiera de las dos ideas, es más probable que se tenga una falsedad lógica.

#### Proceso de la razón

El razonamiento es el último paso y más complejo del funcionamiento de la lógica; constituye una forma mediata de llegar a un juicio que no puede hacerse inmediatamente o el proceso en el que se infiere la relación existente entre dos ideas a partir de la relación respectiva con una tercera idea común. El razonamiento requiere tres juicios, los dos juicios que relacionan dos ideas con una tercera idea común reciben el nombre de antecedentes, y el juicio que está latente en el antecedente es la consecuencia o conclusión. Por ejemplo:

Dos premisas:

Antecedente... “Un signo de ansiedad es la hiperirritabilidad”.

Observación... “María es hiperirritable”

Conclusión:

Consecuencia... “María está ansiosa”.

Las reglas del razonamiento establecen que si el antecedente es verdadero (congruente con la realidad), la conclusión debe ser verdadera; estas reglas también afirman que si el antecedente es falso, la conclusión puede ser verdadera o falsa. Para que las conclusiones sean válidas, deben derivarse de premisas que se sabe son ciertas. “El razonamiento es deductivo cuando va de lo general a lo particular e inductivo cuando va de lo particular a lo general” (Glenn, 1947, p. 183). La expresión del razonamiento se conoce como argumento. Argumentar la realidad de que en todos los pacientes preoperatorios aumenta la ansiedad, al hecho de que un paciente presente una mayor preocupación, es deducción. Argumentar que un enfermo preoperatorio siente más ansiedad, a la conclusión de que todos los pacientes preoperatorios ven incrementada ésta, es inducción. Si las conclusiones se derivan de premisas que no son válidas, se presenta una situación de falsedad lógica (Glenn, 1947).

En consecuencia, lo lógico en enfermería debe satisfacer los siguientes criterios:

1. Las ideas deben poseer una definición clara y una categorización correcta.
2. Los juicios y proposiciones deben contar con el acuerdo entre sujetos y predicados.

3. En el razonamiento, las conclusiones deben derivarse únicamente de premisas válidas.

### **¿Qué es el ser? (Ontología)**

El espíritu de la filosofía es el interrogante de la realidad en su sentido más profundo. La *esencia* de algo es su estructura fundamental y su carácter básico. La *naturaleza* de algo define lo que se puede o no hacer. La palabra griega *ontología* significa “ciencia de ser”, por lo tanto la ontología es la parte de la metafísica que trata del “ser” como tal. El término *ser* indica cosa o realidad. “Significa cualquier cosa que existe o que puede pensarse que existe” (Glenn, 1947, p. 232). Los seres humanos suelen entender el término “ser” comparándolo con su opuesto, no ser o nada; en ese sentido, “ser” se define como “lo que es”.

#### Categorías del ser

Desde una perspectiva clásica, la filosofía identifica cuatro tipos de ser, *ser real*, *ser lógico*, *ser verdadero* y *ser potencial*, que se definen de la siguiente manera:

1. Ser real. Cualquier cosa que existe en la realidad independientemente de la mente (por ejemplo, los seres humanos).
2. Ser lógico. Algo que para existir depende de la mente (por ejemplo, la muerte).
3. Ser verdadero. Ser real que existe (por ejemplo, un estudiante que razona).
4. Ser potencial. Ser real que puede existir, pero que no lo hace. Una vez más, un ejemplo puede ser el estudiante que razona. (Glenn, 1947, pp. 234-235).

#### Conceptos de ser y llegar a ser

La idea de cambio se basa en la relación que existe entre el ser verdadero y el ser potencial. El cambio, al que algunas veces se hace referencia en términos filosóficos como llegar a ser, es la transición del poder ser al ser. Los primeros filósofos distinguían cuatro tipos de cambio (Glenn, 1947, p. 235):

1. Cambio de sustancia, como cuerpo vivo a cuerpo muerto.
2. Cambio de cantidad, como la altura de un niño, crecimiento.
3. Cambio de calidad, como de saciado a hambriento.
4. Cambio de lugar, como pasar del este al oeste.

Las enfermeras tratan sobre todo con *seres* humanos, de todo tipo (reales, lógicos, verdaderos o potenciales), aunque especialmente con el ser verdadero y el ser potencial. Todos los modelos conceptuales de la enfermería convienen en que uno de sus propósitos fundamentales consiste en ayudar a los seres humanos a alcanzar niveles más altos de salud, es decir, en potenciar la salud de los humanos. La enfermería tiene tanto que ver con la existencia real de los seres humanos que no resulta sorprendente que muchos programas de educación profesional preparen



intencionadamente a las enfermeras para actuar como agentes del cambio. Los cuatro tipos de cambio son importantes para el proceso de la enfermería en todas y cada una de las relaciones que existen entre enfermera, usuario y medio ambiente. Al concentrarse en las respuestas de los seres humanos a las amenazas a la salud, se identifica con claridad el “ser” del cual la enfermera es responsable como toda persona/ambiente y no la amenaza en sí misma (como un agente nocivo, una enfermedad). Esto no quiere decir que la enfermera no se ocupe de aspectos específicos del ser humano en su conjunto; de hecho, la enfermera se concentra en partes, pero siempre en el contexto de tratar de cambiar el ambiente del usuario.

### Causa y efecto

Llegar a ser es un proceso de causa y efecto. “Causa es aquello que contribuye de una u otra forma a la creación o conservación de una realidad” (Glenn, 1947, p. 253). Los seres o estados de ser que “llegan a ser” por motivo del cambio son “efectos”; éste es un importante concepto que la enfermería debe considerar porque las enfermeras suelen tener como meta la conservación o el cambio de alguna realidad del usuario (ser). Sin embargo, es necesario no igualar el “agente del cambio” con el “agente causante”. Si se cree que el cambio ocurre a través de la relación que existe entre enfermera y usuario, en la cual ambos comparten la responsabilidad, entonces la enfermera y el usuario son seres “causantes” y seres “efecto” (seres cambiados). Los primeros esquemas de la enfermería solían presentar a la enfermera como el agente causante y al estado del usuario como el efecto. En muchos de los esquemas que existen, se cree que ambos “llegan a ser” o convierten en realidad su potencial.

Como los seres humanos viven dentro del contexto de un medio ambiente, la enfermera en un ambiente profesional y personal y el usuario en su ambiente, la enfermera debe comprender la naturaleza del mundo. Ese conocimiento debe abarcar los principios del medio ambiente terrenal y, quizá en un futuro no muy lejano, del medio ambiente de otros planetas y del espacio intergaláctico.

### **¿Cuál es la naturaleza del mundo? (Cosmología)**

En cuanto al aspecto cosmológico, el filósofo se ocupa de la “naturaleza material, su constitución final, origen primario, desarrollo y objetivo” (Glenn, 1947, p. 258). La cosmología estudia los cuerpos como seres reales materiales con o sin vida. Así pues, un cuerpo es una sustancia material que se extiende en el espacio en varias dimensiones (por ejemplo, largo y ancho). Aunque la enfermería se ocupa fundamentalmente de los cuerpos vivos, debe interesarse por todos los seres materiales; sin importar el modelo conceptual que elijan. Los teóricos de la enfermería prestan gran atención a la interacción que existe entre todos los cuerpos en una perspectiva de espacio y tiempo.

### Características de los cuerpos

El mundo en sí mismo y todos los cuerpos materiales que existen en él poseen características de composición, capacidad de cambio y contingencia. *Composición*

significa que todos los cuerpos están constituidos por materia o sustancia; los cuerpos más grandes están compuestos de cuerpos más pequeños o partes. Todo aquello que está formado por sustancia es susceptible de cambio y ese cambio se produce de manera constante. El *cambio* puede considerarse como un proceso emergente, es decir, cuando una sustancia deja de ser, otra emerge generando una nueva sustancia. Un ejemplo típico es el proceso de comer los alimentos, que se transforman en carne viva. Otros cambios que se producen en los cuerpos son de cantidad y calidad; aumentar o disminuir constituyen modificaciones de cantidad, mientras que un cambio de calidad implica alteración de la forma. La característica de *contingencia* significa que todos los seres dependen de cierto grado de causas para producir su ser y de factores para conservarlo. Todos los teóricos de la enfermería respaldan la característica de la contingencia al reconocer la relación dependiente o interdependiente que existe entre los seres humanos y el ambiente. Todos los esquemas conceptuales de enfermería consideran la composición, capacidad de cambio y contingencia de enfermeras, usuarios, y su medio ambiente (Glenn, 1947, pp. 258-261).

#### Dinámica de los cuerpos

Al describir los seres materiales que hay en el mundo, ya sean vivos o inanimados, es preciso tener en cuenta las siguientes cualidades dinámicas: cantidad y actividad. "*Cantidad* es la propiedad de la sustancia material que hace que se extienda hasta determinados límites" (Glenn, 1947, p. 261). Esta extensión se refiere en primer lugar a la sustancia corporal y, en segundo, al lugar que ocupa normalmente la sustancia material o, para simplificar el concepto de extensión, los seres humanos tienen tamaño, movimiento y lugar, todas características que pueden cuantificarse. *Actividad* significa que el cuerpo hace algo, funciona o responde. Todos los teóricos de la enfermería aceptan la premisa de que los seres humanos son activos en forma constante e interactivos con el medio ambiente.

La filosofía, y en particular la cosmología, desempeñan una función importante en el desarrollo de la teoría de la enfermería. El medio ambiente es elemento esencial de todos los modelos conceptuales. La cosmología ayuda a las enfermeras a observar la naturaleza del medio ambiente y las relaciones que existen entre todos los cuerpos materiales.

Si bien los teóricos de la enfermería describen su percepción de los seres humanos, Rogers ha sido el único en explicar las características del proceso de la vida, por lo que sus suposiciones, que aparecen en los siguientes párrafos, podrían integrarse sin dificultad a todos los modelos de enfermería.

#### **¿Qué es la vida? ¿Vivir? (Psicología filosófica)**

En términos filosóficos, puede pensarse en la vida tanto en la capacidad como en el hecho de ejercer una actividad (Glenn, 1947, p. 295). Rogers considera que el "hombre y el medio ambiente intercambian materia y energía en forma constante" y que esto es la esencia del proceso de la vida, que evoluciona "irreversible y unidireccionalmente a lo largo del tiempo y del espacio" (Rogers, 1970, pp. 54 y

59). Los filósofos ven la “vida” en tres formas diferentes: como fenómeno biológico, fenómeno de sensibilidad y fenómeno intelectual.

#### Vida biológica

Un cuerpo vivo está constituido por células, crece gracias a la multiplicación de las mismas, se caracteriza por un proceso de nutrición, y tiende a reproducirse (Glenn, 1947, p. 298). Rogers respalda las características de crecimiento a lo largo del proceso de la vida y la capacidad de la existencia para trascender más allá de sí misma, es decir, para que surjan nuevas formas de vida (Rogers, 1970, p. 56).

#### Vida sensible

Los seres humanos poseen la capacidad de sentir y de tener conciencia, así como de experimentar sentimientos. Estas aptitudes hacen de los humanos seres sensibles. Rogers (1970) atribuye sólo a los seres humanos la capacidad de sentir o de estar conscientes de su propia mortalidad; sugiere que los sentimientos son una fuerza integrante tan importante para la vida como el pensamiento racional. Afirma que “la capacidad del hombre de sentirse a sí mismo y sentir su mundo identifica su calidad de humano” (Rogers, 1970, p. 72). Con objeto de respaldar la idea de que los humanos son seres sensibles, Rogers asume que “el hombre se caracteriza por su capacidad de abstracción e imaginación, lenguaje y pensamiento, sensación y emoción” (Rogers, 1970, p. 73). En la medida en que los individuos participan en el proceso de enfermería, necesitan prestar atención consciente a la influencia que ejercen sus propios sentimientos y conocimientos percibidos. Rogers estima que la capacidad de pensar y sentir explica la habilidad de los seres humanos para comprender y percibir relaciones (Rogers, 1970, p. 71), por esto, la sensibilidad brinda a la enfermera información esencial y la sensación de satisfacción o insatisfacción. El poder de percepción es muy grande en la conformación de la propia experiencia. Como el proceso de enfermería es interpersonal, los sentimientos y pensamientos humanos son factores críticos determinantes en la eficacia de las relaciones entre enfermera y cliente. Los pensamientos y sentimientos determinan la creación, conservación y terminación de las relaciones entre enfermeras y clientes. En consecuencia, la sensibilidad es característica de los humanos que respalda la absoluta necesidad de que sea la enfermera-persona quien brinde atención de enfermería y no la enfermera-máquina.

#### Vida intelectual

El *intelecto* es “poder de conocimiento” de la vida (Glenn, 1947, p. 320). Rogers (1970, p. 71) afirma: “La creciente capacidad de percibir relaciones entre los acontecimientos y formular hipótesis sobre nuevas relaciones marca la evolución del hombre a través del tiempo. La elaboración de conceptos –ordenamiento del pensamiento– es fundamental para la acción organizada”. Inteligencia es la facultad de comprender (Diccionario de la Lengua Española, 1970). La inteligencia concede a los seres humanos la habilidad de hacer frente a cualquier situación, especialmente

a actitudes nuevas, con éxito, mediante la adaptación de su comportamiento. El intelecto permite comprender las relaciones entre los hechos de manera que guíe las acciones hacia una meta deseada.

La pregunta filosófica, “¿qué es la vida?” puede responderse por la deducción de que la vida es un estado de existencia de los seres humanos caracterizado por condiciones biológicas, de sensibilidad e intelectuales, ninguna de las cuales puede separarse de las demás, ya que la persona responde como una unidad. En consecuencia, al asumir la responsabilidad del proceso de enfermería, la enfermera profesional debe ser capaz de considerar al cliente como una unidad que piensa, conoce y siente (Curtin, 1979, p. 3). Es posible que el “ser” esté compuesto de cuerpo, sentidos e intelecto, pero el “ser” no puede fragmentarse ni verse en forma aislada. Esta suposición sobre el “ser” constituye el elemento básico de la enfermería profesional. Con el surgimiento de la enfermería como disciplina científica, las enfermeras profesionales tienen la obligación de examinar las relaciones que existen entre el cuerpo biológico, los sentidos y el intelecto del ser humano; de hecho, una mayor comprensión de estas relaciones ayudaría a las enfermeras profesionales a encontrar sus propias respuestas a las preguntas como: “¿Qué es la vida y cómo pueden responder las enfermeras al proceso de la vida de una manera útil?”.

### **¿Qué es correcto? (Ética – Filosofía moral)**

El problema de la ética es la duda de lo *correcto*, lo *incorrecto* y el *deber*; es el problema de la moralidad en los seres humanos cuando toman decisiones y llevan a cabo las tareas que les corresponden. Curtin considera que la enfermería es un arte moral y afirma que: “El propósito final de la enfermería es el bienestar de otros seres humanos. Este fin no es científico sino, por el contrario, moral, es decir, incluye la búsqueda del bien y la relación que tenemos con otros seres humanos” (Curtin, 1979, p. 2). La salud es el “bien” convenido por mutuo acuerdo en la relación entre enfermera y usuario.

#### Principios de conocimiento, libertad y capacidad de elección

La acción constituye la clave del proceso de enfermería; en realidad, el hecho de que la enfermera y el usuario compartan la acción en el proceso de enfermería la convierte en un arte moral, es decir, una cuestión de ética. Algunos filósofos consideran que hay tres aspectos fundamentales de todo acto humano: conocimiento, libertad y capacidad de elección (Glenn, 1947, p. 368). Los principios generalmente aceptados son:

1. En la medida en que uno es capaz de comprender, es responsable de sus actos. Curtin afirma, “Una persona puede estar equivocada... pero debe actuar con integridad... de acuerdo con los conocimientos que posea para cumplir con sus obligaciones... en busca de un resultado satisfactorio” (Curtin y Flaherty, 1982, p. 59). En su modelo de análisis ético crítico, Curtin considera el conocimiento como una etapa importante, vital para examinar la información base, seleccionar datos importantes y analizar la capacidad de

las personas encargadas de tomar las decisiones (Curtin y Flaherty, 1982, pp. 60-62).

2. En la medida en que uno es libre, posee derechos y privilegios al mismo tiempo que responsabilidades. En cierto grado, la libertad también significa que somos responsables de los actos sobre los cuales no ejercemos control. Curtin reconoce que la libertad es elemento esencial del análisis ético al identificar una etapa en la que se establecen derechos, deberes, autoridad y capacidad de las personas encargadas de tomar las decisiones (Curtin y Flaherty, 1982, p. 61). En el proceso de enfermería, la enfermera profesional debe conceptualizar la libertad para comprender y ejercer los derechos de usuarios y enfermera, las responsabilidades y capacidades de los usuarios, las obligaciones y deberes de la enfermera, el compromiso que tiene cada uno ante sí mismo, ante el otro y frente al equipo de salud, y el establecimiento de la autoridad sobre diversas acciones planificadas, implementadas y evaluadas dentro de la relación.
3. En ocasiones el usuario necesita y debe tener capacidad total de elección para tomar decisiones; asimismo, hay circunstancias en que la enfermera debe tener más alternativas al asumir resoluciones. No obstante, muchas veces, enfermera y cliente pueden y deben compartir su responsabilidad en las determinaciones. Como las enfermeras poseen conocimientos especializados, deben desempeñar un papel importante en los acuerdos, sin embargo, debido a que el usuario tiene control sobre sí mismo y solicita ayuda profesional, también tiene una gran responsabilidad al tomar las decisiones.

#### Normas, derechos y responsabilidades sociales

Una norma social aceptada es que los derechos humanos de libertad, respeto e integridad son esenciales para el pleno desarrollo de los seres humanos. La sociedad comenzó a propugnar recientemente estos derechos para "todas las personas, jóvenes y viejas, de raza negra, blanca, cobriza y amarilla; saludables y enfermas" (Curtin, 1979, p. 3). Curtin afirma que estos derechos se derivan de necesidades humanas reales y fundamentales, y hace una clara distinción entre el deseo (lo que una persona quiere) y la necesidad. Las necesidades reales son la base de los derechos humanos. "Si los hombres poseen algún derecho natural, es el de ser reconocidos y respetados como seres humanos" (Curtin y Flaherty, 1982, p. 7). Los derechos se relacionan con el concepto de libertad del cual Curtin manifiesta que no es realmente absoluto en todas las condiciones: Por ejemplo, no se justifica la forma en que una persona tenga de expresar la libertad si pone en peligro los derechos fundamentales de otros. "Si existe algo semejante a la libertad humana, debe incluir una opción, una elección, de ejercer o abstenerse de ejercer determinados derechos" (Curtin y Flaherty, 1982, p. 9). Los seres humanos tienen derecho a elegir un curso determinado de acción si están dispuestos a aceptar las consecuencias. En ocasiones se piensa que los derechos y valores humanos son el resultado de una opinión colectiva o que es la sociedad la que los determina; por ejemplo, una parte de la sociedad considera que la atención de la salud es un derecho de todos.

Algunas veces los derechos humanos son el resultado de las leyes; en cuyo caso,

los derechos humanos se convierten en derechos legales porque proceden del estado y porque los seres humanos están protegidos por la ley. Curtin cree que no es probable que las enfermeras quebranten en forma evidente los derechos humanos de los clientes desde un punto de vista legal; sin embargo, afirma que: "Es en el contacto diario con los pacientes o clientes cuando tenemos más probabilidades de no respetarlos como seres humanos; estamos demasiado ocupadas o atrapadas en tecnicismos 'importantes' para dedicar el tiempo necesario a descubrir y respetar la humanidad de cada individuo" (Curtin y Flaherty, 1982, p. 15).

Un gran número de enfermeras se han referido a las responsabilidades éticas inherentes a las tareas especiales que lleva a cabo la enfermera profesional para satisfacer las necesidades de salud de los seres humanos. Curtin considera que la responsabilidad profesional de las enfermeras consiste en aplicar en todo momento los principios de protección de la humanidad, deben "...como defensoras de los seres humanos, ayudar a los pacientes a encontrar un significado o un propósito a su vida o a su muerte... Cualquier cosa que los pacientes definan como su meta, es el significado que ellos le dan y no el que nosotras consideramos, sus valores y no los nuestros, su vida o su muerte y no de las nuestras" (Curtin, 1979, p. 7). Carper estima que la responsabilidad primaria de la enfermera profesional es realizar el proceso de atención dentro de la relación terapéutica (Carper, 1979) y afirma que la atención plantea cuatro problemas éticos:

1. Naturaleza de la relación que existe entre la persona que brinda atención de salud y el paciente.
2. Consentimiento fundado.
3. Determinación de la calidad de vida.
4. Definición de la participación ética al tomar decisiones (Carper, 1979, pp. 15-16).

Al manejar cada uno de estos temas éticos, la responsabilidad primaria de la enfermera profesional que brinda atención al usuario es respetar siempre al ser humano como un ser unificado, es decir, como una unidad o un todo. Bandman y Bandman (1979) consideran que una responsabilidad importante de la enfermera profesional es proteger el derecho del paciente a la vida o la muerte. Afirman que esto "...debe hacerse de manera formal, racional y abierta al nivel que el paciente y su familia lo deseen, sin dejar de tener en cuenta las consideraciones médicas de factibilidad y pronóstico ni los principios universales de justicia como la equidad" (Bandman y Bandman, 1979, p. 34). Pardue señala que la responsabilidad fundamental de la enfermera profesional es la de asumir el mayor impulso del cambio. Al obtener dicho control, la enfermera "podría planificar y trabajar para conseguir metas profesionales específicas e identificables, así como trabajar con un grupo más grande de enfermeras en la realización de metas para la profesión de enfermería" (Pardue, 1980, p. 19). DeMaio (1982, p. 15) sostiene que dado que la autodeterminación es uno de los derechos de una profesión, los profesionales de hoy deben "elaborar estrategias que protejan el derecho de la enfermería a su propia determinación y permitir que la práctica avance sin impedimentos". A pesar de las diferencias que existen para definir la responsabilidad de la enfermería, es probable

que todos los líderes estén de acuerdo en la estructura de la responsabilidad de la enfermera profesional ante ella misma, los usuarios y la profesión, siempre con el fin de mejorar la salud de la gente.

### Moralidad

“Moralidad es la relación que tienen los actos humanos con la norma o regla de lo que deberían ser” (Glenn, 1947, p. 376). Como las decisiones de enfermería siempre abarcan elecciones que deben tomar enfermeras y usuarios, la moralidad constituye una característica importante. Decir que una enfermera actúa en forma moral implica que la enfermera actúa “de acuerdo con las normas de la conducta correcta” (Sigman, 1979, p. 41). Las decisiones que deben tomarse son cuestión de conciencia. “Tratar de resolver un problema moral hace que surjan situaciones que reafirman una norma por medio de la cual puede juzgarse ‘lo correcto’ y ‘lo erróneo’ de un acto y de los valores inherentes a los objetos del acto” (Sigman, 1979, p. 42). Glenn define el factor determinante de la moralidad como “el acto realizado y las circunstancias de dicho acto” (Glenn, 1947, p. 378). Algunos hechos poseen una moralidad propia, es decir, son intrínsecamente buenos o malos; un ejemplo sería matar, que siempre es malo y, por lo tanto, nunca permisible. Si el acto en sí mismo no lo hace, las circunstancias definen su moralidad; algunos ejemplos de las circunstancias son la persona que ejecuta el acto, su intensidad, lugar, tiempo, forma e intención. La profesión de enfermería establece reglas relativas a práctica, educación e investigación aceptables; en realidad, tales normas sirven para determinar la moralidad de los actos de enfermería en sí mismo y las circunstancias que participan en la conducta de la enfermería.

## **UNA FILOSOFIA PARA LA ENFERMERIA – SISTEMA DE CREENCIAS DE ESTE LIBRO**

---

A continuación se ofrece una breve presentación de una filosofía para la enfermería. Esta exposición de creencias sobre los elementos esenciales de la enfermería (seres humanos, medio ambiente, salud, enfermera y enfermería) constituye la base de una posterior organización y desarrollo de este libro.

### **Seres humanos**

Este libro se basa en la premisa de que la preocupación fundamental de la enfermería es la interacción de los seres humanos con el medio ambiente en su lucha holística por alcanzar el equilibrio y una sensación de bienestar. Los seres humanos son organismos integrados que reflejan la capacidad de existir como seres biológicos, pensantes y capaces de sentir.

### **Sociedad – Medio ambiente**

La sociedad humana está constituida por seres individuales, familias y sistemas comunitarios. Todos los elementos de los seres humanos, así como la sociedad en

que viven forman el medio ambiente. Conforme los sistemas aumentan en tamaño y función, se producen interacciones cada vez más complejas. Gracias a la continua interacción e intercambio de energía dentro del medio ambiente interno y entre los ambientes interno y externo, los individuos, familias, y sistemas comunitarios generan patrones de comportamiento cuyo objetivo es conservar el equilibrio.

## **Salud**

La conservación o el restablecimiento satisfactorio del equilibrio en las interacciones entre seres humanos y medio ambiente constituyen el bienestar y son elementos de salud. Estados inferiores de bienestar (que algunos podrían denominar enfermedad) se producen cuando se perturba el equilibrio de cualquier sistema. En un estado de bienestar, el ser humano conserva o restablece el equilibrio, liberando así la energía necesaria para la interacción de los sistemas. Cuando los seres humanos se encuentran en un estado inferior de bienestar, se restringe la energía para la interacción. Existen varios factores que determinan el estado de bienestar de los seres humanos, ya que éste es una percepción subjetiva de equilibrio, armonía y vitalidad.

## **Enfermera**

La enfermera es la profesional responsable de la atención de enfermería, que promueve, conserva o restablece la salud de individuos, familias y comunidades en una amplia variedad de entornos. La enfermera colabora en las funciones de liderazgo dentro de un sistema cambiante de atención de la salud. La enfermera se socializa en una imagen profesional al incrementar la conciencia que tiene de sí misma y al fomentar el respeto hacia sus capacidades como enfermera, al apreciar y reconocer la necesidad de la educación continua y al integrar los elementos cognoscitivo e interpersonal del yo profesional en los papeles de la enfermería.

## **Enfermería**

La enfermería es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación, promoción o restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos. El proceso de enfermería se lleva a cabo gracias a la relación de colaboración que existe entre enfermera y usuario, que incluye la comunicación interpersonal entre ellos, con otras personas importantes para el usuario, y con quienes forman parte del sistema de servicios de salud. Los nuevos papeles importantes que desempeñan las enfermeras profesionales son, entre otros, agente del cambio, defensora, y colaboradora de la profesión. Estos papeles se basan en la suposición filosófica de que la meta de la enfermera profesional es fomentar la salud, que deben producirse cambios para promover el bienestar y que el liderazgo es un proceso mediante el cual la enfermera y el usuario llevan a cabo el cambio. En consecuencia, enfermera y usuario comparten la responsabilidad en el proceso de enfermería.

En los siguientes capítulos se describen las bases conceptuales que sirven para poner en práctica esta filosofía.



**BIBLIOGRAFIA**

---

- Bandman EL, Bandman B: The nurse's role in protecting the patient's right to live or die. *Adv Nur Sci* 1: 21-35, 1979.
- Carper BA: The ethics of caring. *Adv Nur Sci* 1: 11-19, 1979.
- Curtin LL: The nurse as advocate: A Philosophical foundation for nursing. *Adv Nur Sci* 1: 1-10, 1979.
- Curtin LL, Flaherty MJ: *Nursing Ethics-Theories and Pragmatics*. Bowie, Maryland, Robert J. Brady, 1982.
- DeMaio D: Self-determination – The right of a profession. *JNYSNA* 13: 8-17. 1982.
- Diccionario de la Lengua Española, 19a. ed., Real Academia Española, 1970.
- Glenn PJ: *An Introduction to Philosophy*. St. Louis, B. Herder, 1947.
- Kahn H. Wiener AJ: *The Year 2000 – A Framework for Speculation on the Next Thirty. Three Years*. (The Hudson Institute). Nueva York, MacMillan, 1967.
- Mappas TA, Zembaty JS: *Biomedical Ethics*. Nueva York, MacMillan, 1981.
- Pardue SF: Translating professional potential into action. *Image XII*: 17-19, 1980.
- Rogers ME: *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. Filadelfia, FA Davis, 1970.
- Rustow DA: Introduction to the issue "Philosophers and kings: studies in leadership". *Daedalus* 97: 683-694, 1968.
- Schlotfeldt R: *A Brave, New Nursing World – Exercising Options for the Future*. Washington, DC, Am Assoc Coll Nur, 1982.
- Sigman P: Ethical choice in nursing. *Adv Nur Sci* 1: 37-52, 1979.
- Silva MC: Philosophy, science, theory: Interrelationships and implications for nursing research. *Image* 9:59-63, 1977.
- Thompson JB, Thompson HO: *Ethics in Nursing*. Nueva York, MacMillan, 1981.



## Capítulo 3

# *Socialización para el ejercicio profesional*

### **PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR**

1. ¿En qué forma difiere la socialización inicial en la enfermería de la resocialización en un entorno laboral o académico?
2. ¿Cuáles son las características del ejercicio profesional?
3. ¿Cómo afecta el Código de Enfermería al ejercicio de la enfermera?
4. ¿Qué factores determinan los parámetros legales del ejercicio de la enfermería profesional?

### **SOCIALIZACION PROFESIONAL**

---

La socialización en la enfermería profesional implica un proceso de aprendizaje, contenidos y habilidades, así como la incorporación de una autoidentidad adecuada a funciones específicas. La mayoría de los estudiantes comienzan la carrera de enfermería con una orientación al servicio, en la que se ven haciendo cosas que ayudarán a los enfermos a recobrar la salud; por el contrario, “la imagen educativa profesional de la enfermera suele ser la de alguien que (1) define a los usuarios en términos de salud y su conservación, (2) ve la relación entre enfermera y usuarios desde un punto de vista terapéutico y analítico, (3) enfoca el dominio técnico de herramientas y procedimientos desde la perspectiva de los principios de conocimiento que guían su utilización, (4) emplea procesos de cuestionamiento crítico para manejar en forma creativa el conocimiento relacionado con las preocupaciones de los usuarios, y (5) acepta la responsabilidad de las decisiones relativas a la atención del paciente” (Hinshaw, 1976, p. 5). Resulta evidente que el proceso de socialización implica cambios en el conocimiento, actitudes, valores y habilidades, que se asocian con conflictos y fuertes reacciones emocionales.

#### **Socialización inicial en enfermería**

Gran parte de la literatura que trata de la socialización presta gran atención al desarrollo infantil de normas y valores del grupo social. La socialización se considera

un proceo temprano y terminal, en el cual la familia ejerce una influencia primaria a través de su papel como modelo de comportamiento y del reforzamiento de conductas adecuadas; no obstante, en la actualidad se presta una atención cada vez mayor a la socialización de los adultos como un proceso continuo y recurrente con importantes implicaciones en el desarrollo de actitudes respecto a una carrera profesional.

Brim (1966) identificó cuatro diferencias fundamentales entre la socialización del niño y la del adulto:

*Socialización del adulto*

*Socialización del niño*

- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. El propósito consiste en aprender nuevos comportamientos de sus papeles sociales</li><li>2. Nueva síntesis de material ya aprendido</li><li>3. Se ocupa del realismo</li><li>4. Aprender cómo intervenir en conflictos y entre diferentes expectativas de funciones</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>1. El objetivo es aprender los valores y motivos de la sociedad</li><li>2. Adquisición de nuevo material</li><li>3. Se ocupa del idealismo</li><li>4. Aprender las expectativas de las funciones básicas</li></ol> |
|--|--|

Knowles popularizó el término *andragogía* como “arte y ciencia de ayudar a los adultos a aprender, en comparación con el término pedagogía como arte y ciencia de enseñar a los niños” (Knowles, 1980, p. 43). Consultar el Cuadro 3-1 para comparar las hipótesis de Knowles sobre andragogía y pedagogía. Knowles supone que los adultos que aprenden poseen un *concepto de sí mismos* que se mueve hacia el de un ser humano guiado por voluntad propia, tienen *experiencia* acumulada que constituye un rico recurso para el aprendizaje; poseen *disposición para aprender* orientada a las tareas destinadas a desarrollar sus funciones sociales, y cuentan con una *orientación al aprendizaje* encaminada a la aplicación inmediata en la actuación (Knowles, 1980, pp. 44-45).

A continuación se presentan algunas sugerencias para la educación de los adultos (Knowles, 1980, pp. 45-58; Cooper y Hornback, 1973, pp. 63-79; Merrit, 1983, pp. 367-372):

1. El clima de aprendizaje debe basarse en una atmósfera de respeto y reciprocidad entre maestro y alumno. El ambiente físico debe ser informal y agradable.
2. El alumno debe participar en el diagnóstico de las necesidades de aprendizaje, en la planificación del proceso y en la autoevaluación de la eficacia del mismo, (nuevo diagnóstico de las necesidades). El maestro debe ser un recurso y una guía.
3. La retroalimentación y la concesión de límites razonables de tiempo para alcanzar los objetivos fijados deben ayudar al alumno a superar el temor al fracaso y la posible percepción de no ser muy inteligente como resultado de experiencias infantiles de aprendizaje.

4. El apoyo de compañeros y maestros puede ayudar a superar los posibles sentimientos de culpa derivados del hecho de abandonar a la familia mientras estudian o la falta de confianza en la capacidad de aprendizaje.
5. Es necesario hacer hincapié en la aplicación práctica de la información. Los contenidos deben estar de acuerdo con las necesidades del alumno.
6. Hay que fomentar la participación en el aprendizaje. Es preciso emplear técnicas como discusión, ejercicios de simulación, experiencias de campo y situaciones de resolución de problemas.
7. Los alumnos deben agruparse sobre la base de las necesidades y no de los contenidos. La programación y secuencia del material tienen que ser congruentes con las tareas del desarrollo de los estudiantes.
8. Tal vez se requiera cierto "desentumecimiento" antes de que el individuo esté listo para aprender. Es necesario fomentar el aprendizaje derivado de la experiencia.

**CUADRO 3-1. Comparación de las hipótesis de la pedagogía y la andragogía**

Respecto a:	Pedagogía	Andragogía
Concepto del estudiante	El papel del estudiante es dependiente. El maestro determina cuándo, cómo y qué debe aprenderse, así como si se aprendió.	El movimiento de la dependencia hacia una mayor autonomía se produce a distintas velocidades en diferentes personas. Los maestros fomentan y alimentan este movimiento.
Función de la experiencia del estudiante	La experiencia tiene poco valor. Las técnicas educativas primarias transmiten conocimientos.	Conforme se desarrollan, las personas acumulan un rico acervo de experiencia importante para ellas. Las técnicas relacionadas con la experiencia son más eficaces que los métodos pasivos.
Disposición de aprender	Las personas de la misma edad están dispuestas a aprender las mismas cosas. El aprendizaje debe organizarse en un plan de estudios normalizado.	Las personas están dispuestas a aprender cuando sienten necesidad de ello. El aprendizaje debe programarse de acuerdo con la disposición del estudiante por aprender.
Orientación para el aprendizaje.	Las personas se interesan por las materias. La educación es un proceso de adquisición de conocimientos que se utilizarán más adelante. El plan de estudios se debe organizar en cursos que sigan el desarrollo lógico de la materia.	Las personas se interesan por el desempeño. La educación es un proceso de desarrollo de una mayor competencia. El aprendizaje se debe organizar en torno a categorías de obtención de competencia.

(Tomado de *The Modern Practice of Adult Education*, copyright 1980 por Malcolm Knowles. Nueva York: Cambridge, The Adult Education Company. Reproducido con permiso del editor).

9. Los alumnos poseen diversos estilos de aprendizaje, orientaciones y disposiciones para aprender. Las experiencias de aprendizaje deben individualizarse hasta donde sea posible.
10. Los maestros deben estar conscientes de las exigencias impuestas a los alumnos por las tareas de la vida cotidiana y las expectativas personales. Es posible que, en ocasiones, los recursos (físicos, intelectuales, sociales y económicos) no sean suficientes para satisfacer estas exigencias y las impuestas por la situación de aprendizaje.

Simpson sugiere que la socialización de un adulto en una función ocupacional constituye un proceso secuencial y formuló una hipótesis sobre tres fases diferentes: "Durante la primera fase, la persona cambia su atención de las amplias metas derivadas de la sociedad que la condujeron a elegir la profesión, al objetivo de alcanzar destreza y perfección en tareas laborales específicas. En la segunda etapa, algunas personas importantes en el medio de trabajo se convierten en su principal grupo de referencia. En la tercera, la persona internaliza los valores del grupo ocupacional y adopta los comportamientos prescritos por éste" (Simpson, 1967, p. 47).

Davis (1966, citado por Hinshaw) propuso un modelo de seis etapas para el proceso de socialización educativa. En la etapa uno, llamada de la inocencia inicial, los individuos comienzan un programa educativo. Tienen una imagen de lo que esperan llegar a ser y de la forma en que "deben" comportarse; no obstante, las experiencias educativas (teoría y clínica) suelen dirigirse a comportamientos que difieren de las expectativas de los estudiantes. Por ejemplo, en algunas escuelas, las primeras experiencias de aprendizaje se refieren a la comunicación con clientes relativamente saludables. Es posible que los estudiantes que esperaban dar un baño en la cama a pacientes enfermos, experimenten desilusión y frustración, cuestionando el valor de la experiencia educativa.

En la etapa dos, se identifican, articulan y comparten entre los estudiantes las incongruencias que existen entre las imágenes iniciales y las supuestas expectativas del sistema educativo. Es posible que en este punto los alumnos se planteen si desean o no seguir en el programa. Los estudiantes que deciden continuar pasan a las etapas tres y cuatro, donde identifican qué conductas se esperan de ellos para mostrar por "intuición" su aptitud y, después, a través de la simulación de funciones, iniciar la práctica de los comportamientos. Con el paso del tiempo, estas conductas pasan a formar parte del individuo; sin embargo, puede haber un sentimiento de "estar jugando" y no ser "auténtico con uno mismo", que puede dar como resultado sentimientos de culpa y confusión.

En la etapa cinco, los estudiantes vacilan entre el compromiso y la ejecución de comportamientos que reflejan tanto la nueva imagen profesional como la antigua imagen secular de la enfermería. Se espera que la creciente identificación con los modelos de funciones profesionales, como el profesorado y la creciente habilidad para usar un lenguaje especializado, den por resultado el reforzamiento de la imagen profesional. A continuación, el estudiante pasa a la etapa seis, consistente en la internalización estable del modelo profesional y educativo aprobado. No

obstante, como lo indica Hinshaw (1976, pp. 6-7), la preparación del estudiante para el ambiente de trabajo no es más que el proceso inicial de socialización.

### **Resocialización en el ambiente de trabajo**

Cuando el profesional llega al ambiente de trabajo, se produce un nuevo proceso de socialización. La enfermera tiene que hacer frente a la necesidad de poner en práctica sus valores profesionales en medios fundamentalmente burocráticos. Kramer (1974) describe un modelo de resocialización al término de un programa de posgrado para resolver el conflicto de valores y funciones que existe entre los conocimientos generalizados y las habilidades adquiridas en el programa educativo y los comportamientos específicos que exige el ambiente de trabajo.

La etapa uno consiste en el dominio de las habilidades y rutinas. Los recién graduados llegan al lugar de trabajo provistos de "principios" y tienen que hacer frente a la necesidad de funcionar en una forma específica. En un principio, el recién graduado se siente deficiente y frustrado, y responde "lanzándose" al dominio de habilidades y técnicas específicas. No cabe duda de que la obtención de experiencia técnica es conveniente, sin embargo, un problema potencial en esta etapa es que la enfermera puede concentrarse en las habilidades técnicas y ser incapaz de prestar la debida atención a los demás aspectos importantes de la atención de enfermería.

La segunda etapa es la de integración social; en ella, la preocupación fundamental de la enfermera es llevarse bien con los compañeros de trabajo y ser aceptada en el grupo. Tal vez esto requiera superar las habilidades y ser considerada como competente y eficiente. El problema potencial en esta etapa es que la enfermera teme que si comienza a aplicar los conocimientos y la orientación recibidos en el entorno educativo alejará a sus nuevos compañeros.

La etapa tres se expresa en forma de indignación moral. Es entonces cuando surgen las incongruencias entre la imagen profesional y educativa sobre cómo "deben" comportarse las enfermeras y la conducta real en el ambiente de trabajo. El recién graduado se siente enfadado, frustrado y mal preparado. En la etapa cuatro, correspondiente a la resolución de conflictos, los individuos o se rinden ante su comportamiento, sus valores o logran integrarse a los sistemas profesionales y burocráticos. Los que se dan por vencidos ante el comportamiento, cambian su forma de actuar, pero conservan sus valores, suelen abandonar por completo la enfermería o eligen un trabajo fuera del entorno del servicio organizado. Otra forma de resolver los conflictos consiste en valorar la capitulación aceptando los valores del sistema burocrático y rechazando los obtenidos en el programa educativo. Un tercer tipo de resolución es abandonar tanto los valores como los comportamientos y conformarse simplemente con conservar el puesto de trabajo. Existe un cuarto tipo de resolución, al cual Kramer llamó biculturalismo que se considera la solución de conflictos más saludable y con mayor éxito (Kramer, 1974, p. 162). La enfermera comprende que no es sólo el blanco de la influencia y presión ejercidas por otros, sino que también es capaz de influir en otras personas. "En esencia, estos recién graduados son capaces de identificar y emplear los valores y compor-

tamientos de los sistemas de trabajo profesional y burocrático de una manera políticamente astuta” (Hinshaw, 1976, p. 8).

Durante algún tiempo se ha discutido el problema de si los recién egresados de cualquier programa educativo básico están bien preparados para el ambiente laboral; los educadores sostienen que los estudiantes están capacitados para comenzar la práctica de la profesión, pero los patrones afirman que los nuevos graduados no son competentes sino hasta después de un costoso período de orientación que suele durar un año. Todos están de acuerdo en que el “antiguo programa de diploma” no ha podido igualarse en cuanto a la preparación de enfermeras para las responsabilidades reales de trabajo que existen en el medio hospitalario, pero también hay un consenso creciente sobre el hecho de que los graduados a nivel licenciatura funcionan a un “nivel más complejo” que los egresados de programas técnicos o que han recibido un diploma después de pasar por un período de orientación en el servicio.

¿Cuáles son los criterios empleados para decidir que los recién egresados no son aptos para el ambiente de trabajo? ¿Se valoran las habilidades psicomotoras por arriba de las cognoscitivas y afectivas? ¿Tienen los estudiantes tiempo suficiente de práctica educativa para ser competentes en las habilidades psicomotoras? ¿Interfiere la percepción de insuficiencia psicomotora que tienen los recién graduados con la socialización profesional derivada del programa educativo? Los educadores y los administradores de servicios de enfermería deben colaborar en la elaboración de estrategias destinadas a resolver estos problemas, de lo contrario este callejón sin salida seguirá dividiendo a la profesión.

### **Resocialización a través de la educación**

Un número cada vez mayor de estudiantes elige actualmente un método de “movilidad educativa” hacia la educación en enfermería (ver Capítulo 17, “El promotor del papel de la profesión”), que puede consistir en pasar de la enfermería práctica a un estudio técnico de enfermería general o a la educación a nivel licenciatura después de cursar la preparación técnica o un programa que concede un diploma. En todos los niveles es necesaria la resocialización para ayudar al estudiante a sintetizar la base de la teoría modificada y las expectativas del nuevo papel. No obstante, es posible que la resocialización no sea del todo eficaz, y que el estudiante termine el programa con más conocimientos, pero sin cambios en el comportamiento que reflejen su identificación con una autoimagen profesional.

Kelman (1961) identificó tres procesos de influencia social: cumplimiento, identificación e incorporación. En el proceso de cumplimiento, el individuo no ha aceptado todavía los valores o expectativas de la persona o grupo que ejerce influencia sobre él, pero se comporta de la manera esperada con el fin de obtener respuestas positivas. En el proceso de identificación, se produce una adopción selectiva de algunos comportamientos percibidos como aceptables porque se asocian con una relación de funciones que forman parte de la propia imagen de la persona. Sin embargo, esto no incluye necesariamente una aceptación de los valores, ya que sólo en el proceso de incorporación el individuo acepta las normas y estándares del nuevo papel porque cree en ellos y han pasado a formar parte de su propio



sistema de valores. Un aspecto que requiere más estudio es el efecto que tiene el nivel del cambio de opiniones sobre el proceso y alcance de la resocialización posterior.

Shane (1980) describe los estados emocionales positivos y negativos que experimentan las enfermeras tituladas que regresan a la escuela para recibir una educación a nivel licenciatura. Llama a estos estados “síndrome del regreso a la escuela” y señala que la primera fase, la luna de miel, es en extremo positiva, ya que la enfermera se da cuenta de las similitudes que existen entre su educación anterior y la experiencia presente, y estas semejanzas tienden a reforzar su identidad con su papel original como enfermera. No obstante, antes de que termine el semestre del primer curso de teoría o práctica de enfermería, finaliza esta etapa.

La siguiente fase, el conflicto, se caracteriza por la presencia de emociones negativas turbulentas; la enfermera se siente cada vez más incapaz de satisfacer las nuevas exigencias profesionales porque ya no puede confiar en que su experiencia y conocimientos le brinden las respuestas apropiadas; está consciente de que las antiguas reglas ya no son válidas, pero todavía no ha comprendido ni aceptado las nuevas. A menudo se relaciona esta etapa con depresión y exabruptos de ira, sentimientos de desaliento y dificultades académicas.

El comienzo de la reintegración se caracteriza por un fuerte rechazo de “la nueva cultura”, el programa de licenciatura. El comportamiento más frecuente en esta etapa es la hostilidad, que en su forma más extrema puede dar por resultado que el estudiante “abandone” el programa para regresar a la “cultura” familiar. Shane señala que, “el tiempo dedicado por cada individuo a la etapa de hostilidad y el modo en que la resuelve, dependen probablemente de la flexibilidad global, de la intensidad de sus emociones y experiencias, y de la interpretación y guía que le brinden las personas importantes (profesores, compañeros, familia) que lo rodeen” (Shane, 1980, p. 123).

La solución positiva del síndrome del regreso a la escuela consiste en la habilidad de integrar la cultura laboral original con la nueva cultura de la escuela. La estudiante reconoce su propia fuerza y crecimiento y acepta que, cuando se gradúe, funcionará en forma diferente. Su sentido de “lo que es la enfermería” se modifica para siempre, pero incluye elementos de ambos mundos; no niega sus valores originales ni su orientación, pero está ahora decidida a obtener los mejores resultados de su experiencia académica.

Por desgracia, existen dos puntos muertos de inadaptación en los cuales quedan atrapados algunos individuos al tratar de resolver la etapa de conflicto. El primero es la “falsa aceptación”, cuando la estudiante pretende, ante profesores y ante sí misma, creer en el valor, importancia o validez del programa de licenciatura con el fin de terminar el curso. En el otro, “hostilidad crónica”, la estudiante no abandona la escuela, pero continúa luchando enérgicamente por defender su propia identidad como enfermera. Esta estudiante rechaza la oportunidad de efectuar un crecimiento real y un cambio positivo.

Se dispone de cierta información obtenida mediante la investigación que documenta la eficacia de la resocialización en programas de licenciatura para enfermeras tituladas. Brian (1980, p. 51), en un estudio de graduadas de seis cursos, encontró que “aparentemente los programas cumplieron su objetivo de mejorar la orientación

profesional de sus egresadas". Los programas se relacionaron con una diferencia significativa ( $p = .001$ ) en las egresadas que asistían a reuniones o talleres, actuaban como personas de recursos, líderes o coordinadoras, leían revistas especializadas de enfermería, llevaban a cabo investigación en enfermería, se interesaban en organizaciones de enfermería o pertenecían a ellas, y escribían artículos sobre enfermería.

Leddy (1982) descubrió que un programa de licenciatura para enfermeras titulas se asociaba con un cambio significativo ( $p = .01$ ) en cinco variables de la personalidad: menor necesidad de envilecimiento, mayor necesidad de cambio, dominio, capacidad de sentir y deseo de evitar el daño. Las modificaciones producidas en la personalidad persistieron cuando las enfermeras volvieron a ser sometidas a prueba de dos a cuatro años después de terminar el programa.

Hace falta información sobre los factores que facilitan al proceso de socialización. Wysocki (1982) encontró que el reforzamiento era más importante que los modelos del rol o el compromiso profesional percibido como factor causal. De ser así, ¿el reforzamiento de las habilidades técnicas y de los conocimientos constituye una base adecuada de la socialización profesional? (Estok, 1977). En el Capítulo 17, "El promotor del papel de la profesión", se analiza el problema de la movilidad educativa.

Las enfermeras generales que regresan a la escuela para obtener un título de licenciatura tienen que hacer frente a la necesidad de aprender y hacer suyos nuevos conocimientos, formas de pensar y funciones; además, muchas tienen empleos de tiempo completo y responsabilidades familiares y pueden haber estado lejos de la escuela durante cierto tiempo. Por otra parte, muchas enfermeras tienen que hacer algo respecto a su percepción de la enfermería como un "buen trabajo para una mujer". "La enfermería ha brindado ocupación a un gran número de mujeres y una carrera a unas cuantas" (Yeaworth, 1978, p. 73). Existe la creencia de que la enfermería constituye una buena preparación para tener una familia y que las enfermeras pueden reincorporarse a la fuerza de trabajo. Muchas enfermeras conceden la misma importancia a las responsabilidades de matrimonio y familia que a las profesionales. Es posible que las mujeres estadounidenses se preparen para desempeñar una ocupación e incluso una carrera, pero se socializan en forma eficaz para ser esposas y madres" (Yeaworth, 1978, p. 71). En consecuencia, se ven afectadas por los puntos de vista que prevalecen sobre el comportamiento femenino "apropiado".

Las así llamadas características femeninas incluyen brindar cuidados, ser tierna y compasiva, poseer la supuesta capacidad intuitiva de relacionarse con la gente, apoyar las necesidades y deseos de los demás y, de este modo, tener una habilidad especial para cuidar a otros, ser sumisa, pasiva, subjetiva y emocional. Todos estos atributos contrastan con las características masculinas de ser decidido, capaz de tomar la iniciativa, objetivo, perseverante, agresivo, racional, valiente y dominante (Heide, 1973). Asimismo, se han institucionalizado las funciones de hombres y mujeres en el ámbito de la atención de la salud. La ocupación de curar (masculina) implica el diagnóstico y la prescripción, es activa, manipuladora e intelectual; la función de brindar cuidados (femenina), atender a una persona y ser compasivo, es pasiva (Kjervik y Martinson, 1979, p. 39). "Las mujeres que se conforman

conceden gran importancia a los comportamientos de colaboración, trabajo de equipo y mutuo acuerdo y no al predominio, su tremendo poder potencial, ni al cambio" (Kjervik y Martinson, 1979, p. 40).

Existen pruebas de que las expectativas de los demás contribuyen a compartir las actitudes y las creencias y dan por resultado una identidad ocupacional, tanto colectiva como individual (Moore, 1969). Para que la socialización a nivel licenciatura tenga éxito, el proceso debe incluir una nueva conceptualización de lo que significa ser un profesional. En la siguiente sección se estudia este tema.

## **CRITERIOS PARA UNA PROFESION**

---

Si bien a la enfermería se le ha dado el nombre de profesión durante muchos años, su evaluación, relacionada con los criterios para ejercerla, indica que sería más exacto afirmar que la enfermería es una "profesión que está surgiendo". Se han propuesto diversas opiniones para evaluar la calidad de profesión, que pueden categorizarse en características intelectuales, elementos prácticos, elementos de servicio a la sociedad, y autonomía.

### **Características intelectuales**

En realidad, la categoría de las características intelectuales consta de tres elementos diferentes: un conjunto de conocimientos en el que se fundamenta la práctica de la profesión, educación especializada para transmitir el conjunto de conocimientos y empleo de los mismos en el pensamiento crítico y creativo.

#### Conjunto de conocimientos

La práctica profesional se basa en un conjunto de conocimientos; esta base contribuye a tener un juicio y un fundamento para modificar los actos de acuerdo con la situación. No obstante, la educación en enfermería suele hacer hincapié en el método de "ensayo y acierto" para responder en determinados tipos de situaciones. Este método educativo tal vez pueda explicar porqué muchas enfermeras no están dispuestas o son incapaces de aplicar los conocimientos a la resolución de problemas clínicos; tratan de encontrar la "respuesta correcta" y hacen las cosas como siempre, por ello los pacientes son dados de alta sin instrucciones porque "el médico no escribió una orden" y no se aplican medicamentos contra el dolor porque "todavía no han pasado cuatro horas".

Hay quienes cuestionan si la enfermería posee un conjunto de conocimientos inherentes a ella o si la ciencia de la enfermería es una aplicación de conocimientos tomados de las ciencias físicas, del comportamiento y de la medicina. En el pasado, la enfermería obtuvo su base de conocimientos mediante la intuición, y experimentación, y adquiriendo experiencias de otras disciplinas, pero en años recientes han surgido teóricos que han elaborado esquemas especialmente relevantes para la enfermería. En el Capítulo 8, "Modelos de enfermería", se estudian algunos de éstos.

## Educación especializada

La enfermería transmite conocimientos a través de la educación especializada; no obstante, existen cinco niveles de educación básica para la enfermería general, los cuales preparan a las estudiantes para un examen de licenciatura, el Examen de Licenciatura como Enfermera titulada del Consejo Nacional, en Estados Unidos (National Council Licensure Examination for Registered Nursing – NCLEX). Tres de los cinco niveles (diploma, grado técnico y licenciatura) aceptan egresados de educación media superior, en tanto que los otros dos (maestría y doctorado) admiten graduados universitarios con especialización en humanidades. La capacidad esperada de los egresados de un programa nuevo que concede un diploma es semejante a la de los graduados de un programa técnico. Algunas de las aptitudes que se esperan de los egresados de un curso de licenciatura son semejantes a las que poseen los graduados de programas técnicos o que conceden un diploma, pero muchas son completamente diferentes.

Las escuelas de enfermería que conceden un *diploma* están controladas por el consejo de directores del hospital. Este tipo de programas tiene una duración de dos a tres años y toda o casi toda la experiencia práctica se realiza en el hospital donde se lleva a cabo la capacitación. Como muchas escuelas que conceden un diploma no pueden otorgar créditos universitarios en los cursos de enfermería, están afiliadas a una universidad para proporcionar los títulos correspondientes a las áreas de humanidades y ciencias. Otras escuelas incluyen en sus cursos de enfermería temas relacionados con las ciencias físicas y del comportamiento. En ciertos estados de la Unión Americana existen programas de nivel técnico o licenciatura que tienen como base un hospital; en estos casos, el estado concede un permiso legal al hospital para que pueda otorgar el título académico. En las escuelas que conceden diplomas se hace hincapié en que los estudiantes posean las habilidades necesarias para la atención hospitalaria de pacientes gravemente enfermos.

Las capacidades mínimas (NLN, 1982, p. 18) esperadas de los recién egresados de programas que conceden un diploma incluyen:

1. Crear una base de datos de enfermería para individuos que tengan necesidades de salud bien definidas con resultados predecibles o impredecibles.
2. Elaborar planes individuales de atención de enfermería mediante el empleo de la base de datos incorporando principios de organización y administración.
3. Ejecutar medidas independientes de enfermería incluyendo medidas preventivas, de habilitación y de rehabilitación, de acuerdo con las necesidades manifestadas por individuos y familias.
4. Iniciar esfuerzos para mejorar la práctica mediante la evaluación de la eficacia de la atención de enfermería y tomar las medidas más convenientes.

Muchos *programas técnicos* se encuentran en colegios tecnológicos de nivel superior, aunque algunos forman parte de una universidad. Se trata por lo general de cursos académicos de dos años de duración y los estudiantes obtienen alrededor de 60 créditos universitarios, de los cuales, aproximadamente la mitad, correspon-

den a la enfermería y la otra mitad a humanidades y ciencias. El estudiante tiene experiencia práctica en diversas instituciones (agudas y a largo plazo) y se concede gran importancia a la atención de individuos con necesidades predecibles de restablecimiento de la salud.

Las capacidades mínimas (NLN, 1982, p. 18) de los egresados de programas a nivel técnico incluyen:

1. Establecer una base de datos de enfermería para individuos que tengan necesidades comunes de salud bien definidas con resultados predecibles.
2. Desarrollar planes individuales de cuidados de enfermería mediante el empleo de la base de datos y consultando con otros miembros del personal de enfermería.
3. Cumplir con la atención de enfermería implantando planes de cuidados de acuerdo con la prioridad de las necesidades y los procedimientos establecidos de enfermería.
4. Participar en la evaluación y reorientación del plan global de atención de enfermería, haciendo uso de los criterios establecidos.

Los *programas de licenciatura* tienen una duración de cuatro o cinco años académicos (120-140 créditos). Entre la mitad y dos terceras partes del plan de estudios corresponden a humanidades, ciencias y cursos complementarios, mientras que el resto pertenece a la enfermería. Se prepara al egresado para atender individuos, familias y grupos en una amplia variedad de entornos institucionales y comunitarios con el fin de prevenir enfermedades, conservar la salud y también restablecerla.

Las mínimas aptitudes (NLN, 1982, p. 18) que deben tener los egresados de programas de licenciatura son:

1. Sintetizar una base de datos de enfermería para determinar necesidades y potencial de salud de individuos y grupos sociales.
2. Elaborar planes individuales de atención de enfermería utilizando la base de datos en ambientes estructurados y no estructurados para individuos y grupos sociales sanos o enfermos, en colaboración con otros miembros del equipo de salud.
3. Poner en práctica la atención de enfermería de acuerdo con la condición actual y el potencial futuro de salud de los individuos o grupos sociales sobre la base de teoría e investigación de enfermería.
4. Evaluar la eficacia de los planes de atención y de las medidas de enfermería, y revisar o considerar, si es conveniente, otros métodos.

Poder, autoridad, y nivel profesional suelen relacionarse con una educación de posgrado, aunque en 1980 menos del 30% de las enfermeras en ejercicio poseían una educación a nivel licenciatura o superior.\*

\* En 1980, de todas las enfermeras practicantes, un 51% tenían preparación tipo diploma, el 29% a nivel licenciatura y el 20% a nivel técnico. La proyección para 1990 es que el 36% de las enfermeras practicantes poseerán diploma, el 28% nivel técnico y el 36% educación a nivel licenciatura o superior (Institute of Medicine Study, p. 77).

¿Podrá considerarse la enfermería como una actividad verdaderamente profesional mientras un certificado de educación media superior baste para ingresar en tres diferentes programas educativos cuando la mayoría de egresados cuentan tan sólo con un nivel técnico o inferior? Sin embargo, la comparación de las expectativas sobre los egresados presenta muchas semejanzas. Se han suscitado controversias respecto a la supuesta calidad de los distintos tipos de modelos educativos en vez de hacerlo sobre las diferencias de sus objetivos. Las enfermeras deben refutar la suposición persistente de que “una enfermera es una enfermera...” y pasar a la aceptación definitiva de la naturaleza del ejercicio profesional, distinta de la práctica de apoyo en las funciones de enfermería. En el Capítulo 17, “El promotor del papel de la profesión” se trata más a fondo el tema de la educación necesaria para ingresar al ejercicio de la enfermería.

### Pensamiento crítico y creativo

La esencia de la práctica profesional es un proceso de pensamiento lógico y crítico. El “proceso de enfermería” es en realidad el método de resolución de problemas, un sistema para recopilar y organizar información, decidir qué se necesita, seleccionar y poner en práctica un método entre varios posibles, y evaluar los resultados del proceso. La mayoría de las enfermeras resuelven problemas todos los días; no obstante, la principal falla parece consistir en “lanzarse” a actuar sobre la base de una información inadecuada y carencia de ideas para seguir otros métodos.

Por ejemplo, **PROBLEMA:** ¿Qué haría (la enfermera) con un paciente hospitalario que mantiene la televisión encendida después de “apagar las luces”? **PRIMERA ACCION POSIBLE:** Decirle que debe apearse a las políticas del hospital y apagar el televisor. **SEGUNDA ACCION POSIBLE:** Permitirle mirar el televisor tanto tiempo como quiera, siempre y cuando no moleste a nadie. **DISCUSION:** Las dos acciones se llevaron a cabo antes de recopilar suficiente información para saber *por qué* el paciente mantiene el televisor encendido. Si se siente ansioso, la intervención de la enfermera debe dirigirse a aliviar su ansiedad o, por lo menos, ayudarlo a relajarse y dormir a pesar de ella, en lugar de prestar atención al síntoma (la televisión). Si el paciente no está cansado porque su ciclo de sueño y vigilia difiere de la política del hospital, puede permitirse la televisión y hacer un esfuerzo para que el paciente duerma un poco más por la mañana. La cuestión es que la medida apropiada depende de la causa del problema (para un análisis más detallado, consultar el Capítulo 5, “Pensamiento científico y elaboración de la teoría”).

### Elementos prácticos

No existe duda de que la enfermería incluye “habilidades especializadas que son esenciales para el desempeño de una función profesional única” (Normas de ANA sobre Educación de Enfermería, 1975, p. 3), aunque es cierto que las habilidades que constituyen la práctica de la enfermería han cambiado con el transcurso de los años. Algunas de las destrezas requeridas para desempeñar las responsabilidades profesionales actuales incluyen coordinación de la atención prestada por una amplia gama de trabajadores de la salud; pensamiento y juicio críticos en ambientes de

atención ambulatoria y de cuidados intensivos; comunicación y colaboración con usuarios, sus familias y los miembros del equipo de atención de la salud; actuar como defensor y líder para lograr que se produzcan los cambios necesarios en el sistema de atención de la salud, mayores habilidades de valoración para determinar cuál es la información básica para el proceso de enfermería, y competencia en las técnicas de diagnóstico y terapéutica.

### **Servicio a la sociedad**

Desde tiempos de Florence Nightingale, la enfermería se ha relacionado con la prestación de servicios a otras personas. Muchas estudiantes siguen ingresando en la enfermería “para ayudar a la gente”, imagen de la enfermera que también comparte el público. Esta imagen altruista constituye un recurso no aprovechado que la enfermería podría convertir en poder legislativo para incrementar la autonomía legal y proveer lo necesario para el reembolso de terceras partes por servicios de enfermería (consultar el Capítulo 17, “El promotor del papel de la profesión”).

El servicio profesional a la sociedad exige integridad y responsabilidad en la práctica ética y un compromiso de toda la vida. Muchas practicantes consideran la enfermería como un trabajo y no una profesión. Las estadísticas de The American Nurses Association (ANA) de 1980 indican que el 75% de las enfermeras tituladas trabajan activamente en la enfermería (Johnson y Vaughn, 1982, p. 499). Muchas enfermeras “abandonan” para dedicarse a su familia o trabajan fundamentalmente para complementar el ingreso familiar. En estas circunstancias, la tendencia es buscar la seguridad en el trabajo y evitar “hacer zozobrar el bote”. Las instituciones que emplean enfermeras explotan sin mayor problema esta actitud. No obstante la alta proporción de pacientes por enfermera, rotación de turnos, asignaciones temporales para “cubrir” otras unidades (flotación) y constantes cambios en la asignación de los pacientes, algunas enfermeras se organizan para conservar el *status quo*; en estos casos, la orientación del servicio ha pasado del bienestar de los pacientes al bienestar de la institución que les da empleo.

Servir a la gente implica responsabilidad ética; en otras palabras, la enfermera debe poseer la integridad necesaria para hacer lo correcto, a menudo en situaciones que producen verdaderos dilemas morales. El International Council of Nurses y la ANA han elaborado códigos para las enfermeras. La creencia de que el beneficiario de la atención de enfermería tiene derechos básicos y que las enfermeras son ante todo responsables frente a los usuarios, es inherente a todos estos códigos. Más adelante, en este mismo capítulo, se analiza el código de la ANA.

### **Autonomía**

Autonomía significa que los practicantes de una profesión controlan sus propias funciones en el ambiente de trabajo. La autonomía implica independencia, disposición a correr riesgos y responsabilidad de los propios actos, así como autodeterminación y autorreglamentación.

La mayoría de enfermeras trabaja en entornos institucionales donde la autoridad se encuentra en puestos administrativos dentro de una organización jerárquica,

muy diferente de la medicina que conserva poder político y credibilidad profesional a través de la competencia técnica y de los conocimientos especializados. Las enfermeras tratan de conseguir una posición ocupando cargos superiores en la jerarquía en vez de lograrlo a través de la experiencia práctica.

La enfermería carece de una identidad profesional colectiva. La actuación unida de más de un millón de practicantes representa un inmenso poder potencial, pero la enfermería ha sido fragmentada por los desacuerdos internos y la rivalidad. En lugar de presentar un frente común, cada subgrupo se encierra en sí mismo dando como resultado la impotencia política e ineficacia profesional.

En esta sección nos hemos referido al carácter compuesto de la profesión. La siguiente sección analiza las características del individuo como miembro de la profesión de enfermería, lo que Styles (1982, p. 8) denomina "calidad de profesional".

## **CARACTERÍSTICAS DEL EJERCICIO PROFESIONAL**

Para algunas enfermeras el trabajo es una labor que les brinda remuneración económica y cierto grado de satisfacción. Por otra parte, el ejercicio profesional exige "una profunda y permanente conciencia de propósito y dirección en lugar de un conjunto determinado de objetivos o normas" (Styles, 1982, p. 57). Para un profesional, el trabajo es un elemento del plan de una carrera y una parte integral del ser.

Styles exploró la idea de que participación, compromiso y motivación constituyen elementos distintos del sentido de vocación de un individuo. La *participación* se considera una medida cuantitativa; por ejemplo, ¿cuánto tiempo o energía dedica el individuo a la enfermería? La *motivación* es la fuerza motora, es decir, ¿qué encuentro en ello? Los motivos pueden ser prestigio, beneficio económico o "mantenerse ocupado", o pueden incluir la oportunidad de expresarse y alcanzar la excelencia. El *compromiso* se ve como la "intimidad de las percepciones hacia la enfermería con lo más profundo del yo" (Styles, 1982, p. 107). Es poco probable alcanzar autoidentidad profesional sin participación importante y sin pensar que la enfermería constituye un elemento valioso en la vida de las personas.

Styles propone que es tiempo de "volver a colocar el ideal de servicio en el lugar que le corresponde, por un lado, a la ciencia y la práctica de la enfermería y, por otro, a nuestras legítimas aspiraciones a la autodeterminación y recompensa" (Styles, 1982, p. 60). Los elementos del ideal de servicio incluyen sentimientos de propósito y de capacidad, y la preocupación por los demás, que se demuestra cuidándoles. Según Griffin (1980, p. 265), brindar atención es la "emoción moral de respetar la dignidad y autonomía de otro ser humano". Esto es expresivo y consiste en atender, ayudar, confortar y guiar (Bates, 1970, p. 129). La preocupación por los demás es fundamental para un ideal de servicio; no es suficiente en sí mismo para formar el propósito profesional, aunque es cuestionable si alguien podría ser enfermera profesional sin poseer un entusiasmo auténtico y si no se preocupara por los demás.

El concepto de profesional implica *responsabilidad* legal y moral en cuanto a los actos del individuo. Responsabilidad significa que la persona debe responder



de su comportamiento. Este concepto se encuentra estrechamente ligado al de *obligación*, que representa la expectativa de hacer o no hacer algo que se ha ordenado. (Fiesta, 1983, p. 24). El sentimiento de la propia obligación es de vital importancia para el ejercicio de la autonomía profesional. *Autonomía* quiere decir que el individuo tiene libertad y autoridad para actuar en forma independiente, por ejemplo, una enfermera autónoma haría un juicio sobre el posible problema de salud del usuario y trabajaría con él para resolverlo valiéndose del proceso de enfermería. Autonomía significa “identidad (forma, no sombra), independencia (capacidad de actuar por uno mismo) y autoridad (teoría y fundamento de la práctica reconocidos y aceptados por los demás)” (Fiesta, 1983, p. 1).

“Desde el punto de vista funcional, autonomía significa poder” (Fiesta, 1983, p. 1). El poder se define como “grado de influencia que una persona ejerce sobre otras, en la medida que obtendrá obediencia o conformidad” (Shiflett y Mc Farland, 1978, p. 19); no obstante, colectivamente, las enfermeras se han caracterizado por sentimientos de insuficiencia, impotencia, frustración y pesimismo. La competencia encarnizada por alcanzar una posición ha interferido con el espíritu de *cuerpo colegiado* y de respeto mutuo y, en consecuencia, la enfermería es en gran medida una fuerza de trabajo y no una influencia importante en el sistema de atención de la salud.

Se ha formado la *colaboración* con los miembros de las distintas profesiones relacionadas con la salud, en especial con médicos, como una forma apropiada del trabajo en equipo. La verdadera colaboración implica posibilidad de aportar lo mismo, tener la misma capacidad de dirección y el mismo valor (Fiesta, 1983, p. 23); sin embargo, el plan de estudios normal de medicina brinda al médico muy poca experiencia o conocimiento de las posibles contribuciones que pueden realizar sus colegas de otras disciplinas. La mayoría de las enfermeras tienen menos educación que los médicos y, por ello, no suelen ser consideradas como colegas en términos de igualdad; en tales circunstancias, “por más convenientes que sean la coordinación, cooperación o colaboración, no constituyen soluciones duraderas en las luchas de poder” (Shiflett y Mc Farland, 1978, p. 22). Al hacer hincapié en la “cooperación” y en la “colaboración”, las enfermeras han utilizado su poder potencial para “mantener el estado de cosas que oprime... no que ayuda a cambiar el sistema” (Ashley, 1973, p. 638).

Las enfermeras no se muestran muy dispuestas a “correr riesgos”. Tratar de cooperar con otros profesionales de la salud suele representar un riesgo menor que el ejercicio profesional autónomo, pero los profesionales deben ser capaces de manejar la ambigüedad y la diversidad para poder hacer juicios acertados y tomar buenas decisiones en la práctica; asimismo, requieren conocimientos y habilidades para emplear el proceso político y obtener el poder. La falta de voluntad para correr riesgos (basada en conocimientos sólidos) y hacer uso del poder político constituyen los principales obstáculos para la práctica autónoma y segura de la enfermería.

## **DIMENSIONES MORALES DEL EJERCICIO PROFESIONAL**

### **Sistemas éticos**

La ética es el estudio filosófico de la moralidad. Si morales son los “deberes y obligaciones de la sociedad, éticas son los principios fundamentales de las obligaciones, los por qué del código o sentencia moral” (Thompson y Thompson, 1981, p. 1). Las éticas son normas para determinar lo correcto y lo erróneo y para formar juicios sobre qué debería hacerse a o en beneficio de otros seres humanos; como no existe una norma arbitraria de lo correcto y lo erróneo, el estudio de la ética ayuda a cada enfermera a identificar sus propias posiciones y desviaciones morales (Thompson y Thompson, 1981, p. 3) y las prepara para tomar decisiones en dilemas éticos.

Como a menudo no hay una respuesta clara y definida para un problema moral determinado y como las personas pueden no estar de acuerdo sobre cuál es la “mejor” solución, muchas decisiones morales requieren una dolorosa elección personal entre varias alternativas imperfectas. “Las categorías básicas de la vida moral son conflicto, elección y conciencia; el conflicto y la elección constituyen los dos factores interdependientes del proceso moral en su etapa avanzada; ninguno de estos factores puede funcionar adecuadamente sin el otro, y el proceso moral en sí mismo es precisamente el producto de ambos” (Romanell, 1977, p. 852).

### **Normas para la ética**

Es importante recordar que “la preocupación moral básica (de la enfermería) se refiere al bienestar de otros seres humanos” (Curtin, 1978; pp. 4-5). “Los practicantes deben ver la atención como el objetivo primordial de servicio y al usuario como la fuente última de legítima autoridad” (Fenner, 1980, p. 47). Este principio puede resultar de gran utilidad al considerar decisiones morales controvertidas que surgen con relación a las políticas institucionales y órdenes de los facultativos sobre la atención médica. Constituye también la base del Código de las Enfermeras, publicado por primera vez por la ANA en 1950, y revisado periódicamente desde entonces. Este código “sirve para informar a las enfermeras y a la sociedad de las expectativas y requisitos profesionales sobre aspectos éticos” (ANA, 1976, p. 1).

Código de las Enfermeras

El Código de las Enfermeras publicado por la ANA (1976) manifiesta lo siguiente:

1. La enfermera brinda sus servicios respetando la dignidad humana y el carácter único del usuario, sin restricción alguna derivada de la posición económica y social, las características personales, ni la naturaleza de los problemas de salud.
2. La enfermera salvaguarda el derecho del usuario a la privacidad protegiendo en forma legal toda la información que se considere confidencial.

3. La enfermera actúa para proteger al usuario y al público cuando la atención de la salud y la seguridad se ven afectadas por la práctica incompetente, poco ética o ilegal de cualquier persona.
4. La enfermera asume la responsabilidad de sus juicios y actos de enfermería.
5. La enfermera mantiene competencia en enfermería.
6. La enfermera emite juicios fundamentados y emplea su competencia y calificaciones personales como criterios al buscar asesoría, aceptar las responsabilidades, y delegar actividades de enfermería en otras personas.
7. La enfermera participa en actividades que contribuyen al desarrollo constante del conjunto de conocimientos profesionales.
8. La enfermera colabora en los afanes de la profesión por poner en práctica y mejorar las normas de la enfermería.
9. La enfermera participa en los esfuerzos de la profesión por crear y conservar condiciones de empleo que den por resultado una atención de enfermería de gran calidad.
10. La enfermera colabora en los esfuerzos de la profesión por proteger al público de la información falsa y la tergiversación y por conservar la integridad de la enfermería.
11. La enfermera coopera con miembros de las profesiones relacionadas con la salud y con otros ciudadanos para promover los esfuerzos comunitarios y nacionales destinados a satisfacer las necesidades de salud del público (ANA, 1976, p. 1-20).

Las Declaraciones de Interpretación que se distribuyen con el Código hacen hincapié en ocho temas éticos fundamentales:

*El derecho del usuario a:*

1. Participar en forma activa en la planificación e implementación de su propia atención de la salud.
2. Atención de enfermería basada en la necesidad, sin tener en cuenta posición económica y social, características personales ni naturaleza del problema de salud.
3. Privacidad y carácter confidencial de la información.
4. Protección contra la práctica de atención de la salud insegura o poco ética.

*La responsabilidad de la enfermera de:*

5. Asumir la obligación y la responsabilidad de brindar atención segura y competente, delegar actividades en otras personas y conservar la integridad de la enfermería.
6. Participar en la investigación sin dejar de proteger los derechos de los seres humanos.
7. Crear y conservar condiciones de empleo que proporcionen atención de enfermería de gran calidad.
8. Fomentar la colaboración en la planificación para lograr que todos los ciudadanos tengan acceso y disponibilidad a servicios de salud de buena calidad.

### Nuevo examen de las reglas éticas

El Código y las Declaraciones de Interpretación “constituyen un marco para que la enfermera tome decisiones éticas y descargue responsabilidades en el público, en otros miembros del equipo de salud, y en la profesión (ANA, 1976, p. 1). Un código ético define las normas profesionales, pero no proporciona pautas específicas sobre cómo debe actuar la enfermera en una situación determinada ni tiene fuerza legal. Las decisiones individuales, si son morales, se basan en principios éticos y sólo pueden ser impuestas por la conciencia del individuo.

### Principios éticos

Uno de los principios éticos básicos es la *autonomía* del individuo; una persona autónoma es capaz de tomar decisiones racionales y libres y actuar de acuerdo con ellas. Creer en la autonomía significa que la enfermera respeta al usuario y a las elecciones que éste puede hacer como ser racional.

Se dice que un individuo es racional cuando es capaz de elegir los mejores medios para alcanzar un fin determinado (Mappas y Zembaty, 1981, p. 8). La racionalidad de una persona puede disminuir por un sinnúmero de factores, como temor, pereza, falta de inteligencia, dolor, fármacos que afectan la capacidad de razonar, y enfermedades. Sin embargo, sin tener en cuenta la racionalidad, algunas personas consideran que existen situaciones que justifican la restricción de la autonomía. Las situaciones aceptadas con más frecuencia son evitar hacer daño a otra persona (principio de daño privado), impedir ofender a otra persona (principio de ofensa) y evitar poner obstáculos a prácticas institucionales que son de interés público (principio de daño público). Algunas situaciones en las que se cuestiona la legitimidad moral incluyen prevenir que alguien se lesione a sí mismo (principio de paternalismo), beneficio para la persona a quien se impone una restricción (principio de paternalismo extremo), y para favorecer a otros (principio de bienestar social) (Mappas y Zembaty, 1981, p. 11). La interferencia en la autonomía de un individuo, cualquiera que sea la razón, recibe el nombre de *paternalismo*.

Una persona puede ser obligada a actuar en forma autónoma tanto por falta de conocimiento como mediante la fuerza coercitiva; en consecuencia, la enfermera tiene la obligación de compartir toda la información importante y las alternativas de acción con el usuario para que éste pueda hacer una elección con fundamento. Asimismo, la enfermera está obligada a respetar las decisiones tomadas por el usuario incluso aunque no esté de acuerdo con ellas. Esto significa que la enfermera puede verse forzada a elegir entre hacer lo que considera mejor para el paciente o respetar su decisión para actuar de otro modo.

Otro principio ético se refiere a la *beneficencia*, relacionado con la obligación de la enfermera de ayudar al usuario a favorecer sus intereses legítimos dentro de los límites de la seguridad. Este principio se asocia en gran medida al principio de *justicia*, el cual afirma que debe brindarse a todos los pacientes una atención de enfermería de buena calidad sin importar su posición económica y social, atributos personales, o naturaleza del problema de salud (Fry, 1982, p. 365).

Los principios anteriores se basan en la suposición de que todas las personas poseen ciertos derechos éticos; Smith describió tres tipos:

1. Un derecho ético convencional es aquel que se deriva de las costumbres, tradiciones y expectativas; un ejemplo es el derecho del usuario a que se considere confidencial su información.
2. Un derecho ético ideal es el que se relaciona con lo que debería ser, pero que tal vez no exista en la realidad; un ejemplo sería el derecho de todos los ciudadanos a tener acceso a una atención excelente de la salud.
3. Un derecho ético consciente es aquel que se basa en principios de conciencia. Es posible que otras personas no acepten estos derechos como válidos; por ejemplo, retirar todo tipo de vida artificial a una persona que está “cerebralmente muerta” (Smith y Davis, 1980, p. 1465).

Los derechos individuales se relacionan con una gran cantidad de aspectos, como, ¿qué clase de entidades tienen derechos y qué clase no los tienen (es decir, ¿el feto tiene derechos?) Cuando existe un conflicto de derechos, ¿cómo debe resolverse? La obligación con los pacientes puede parecer conflictiva con los deberes para con los médicos o la institución. No se trata en realidad de un dilema moral, pero tal vez sea difícil tomar una decisión. Hay una clara distinción entre hacer lo que es correcto desde el punto de vista moral y hacer lo que resulta menos difícil desde el punto de vista práctico. Como profesional, la obligación ética primaria de la enfermera es para con el usuario; no obstante, puede tener obligaciones legales hacia el cliente y la institución. En la siguiente sección se estudian las obligaciones legales.

## **DIMENSIONES LEGALES DEL EJERCICIO PROFESIONAL**

### **Licenciatura**

El gobierno de Estados Unidos define la concesión de una licencia como “proceso mediante el cual una dependencia del gobierno otorga permiso a determinadas personas para dedicarse a una profesión u ocupación, certificando que quienes posean una licencia han alcanzado el nivel mínimo de competencia necesario para garantizar que se protejan en forma razonable salud, seguridad y bienestar del público” (USDHEW, 1971, p. 7). Así pues, la licencia es un documento legal que certifica se han cumplido los requisitos mínimos de practicantes calificados para una profesión u ocupación.

En la ley del ejercicio de la enfermería de cada estado de la Unión Americana se incluyen los requisitos para obtener la licencia como enfermera titulada. Cada ley “contiene una definición de la enfermería profesional; describe los requisitos que deben cumplirse para obtener la licenciatura e indica qué deben hacer las personas que hayan obtenido una licencia en otro estado; especifica las exenciones a la concesión de licencias; menciona las causas por las que pueden revocarse las licencias; proporciona un consejo de examinadores y describe sus responsabilidades; y establece sanciones para quienes ejercen sin licencia” (Kelly, 1974, p. 1314).

El consejo estatal de examinadores también suele recibir el nombre de “consejo estatal” o “consejo de enfermería”. Este tribunal establece los requisitos y concede aprobación estatal a las escuelas de enfermería, aplica exámenes, expide y renueva

licencias, certifica el registro, procesa a los infractores, y revoca licencias y certificados (Creighton, 1981, p. 20). Todos los estados utilizan el Examen del Consejo Nacional para obtener una Licencia. Para ser apto, el estudiante debe haberse graduado en una escuela de enfermería aprobada por el estado. Este examen se aplica el mismo día y a la misma hora en numerosos lugares del país, por lo que "pasar" el examen permite no sólo obtener la licencia y el registro en el estado que representa, sino que otorga también el registro posterior (inclusión en la matrícula oficial) en otros estados si así se desea. Si bien la licencia tiene carácter permanente (a menos que se revoque por comportamiento ilegal o inmoral), el registro debe renovarse periódicamente (por lo general cada uno o dos años) mediante el pago de una tarifa a cada uno de los estados en los que se desea estar registrado; el único requisito es llenar unos formularios y pagar la tarifa estipulada para obtener una licencia por "endoso".

Los 50 estados exigen la licencia; esto significa que quienes ejercen la enfermería de acuerdo con la definición de ejercicio que aparece en la ley, deben poseer una licencia, excepto los estudiantes que están cursando sus estudios, los empleados del gobierno federal, y cuando se actúe como enfermera en una situación de emergencia.

En 1983, 11 estados comenzaron a requerir la educación continua como requisito para renovar la licencia de enfermeras tituladas. En otros cinco estados, la educación continua sólo era obligatoria para enfermeras en ejercicio. El número de horas exigidas para el nuevo registro de enfermeras tituladas variaba de un mínimo de 5 horas al año a un máximo de 30 horas cada dos años (CE, 1982, p. 1668). La supervisión de la educación continua ha resultado sumamente costosa, por lo que ha disminuido en forma considerable el interés por hacerla obligatoria desde el punto de vista legal.

La mayor parte de los estados han revisado varias veces sus leyes sobre el ejercicio de la enfermería desde que se promulgaron por vez primera a principios del siglo XX. En 1982, el National Council of State Boards elaboró un modelo de ley sobre la práctica de enfermería que probablemente sirva de base al siguiente conjunto de revisiones; por ejemplo, en 1983, Wyoming revisó su ley de ejercicio de la enfermería usando como guía el modelo de ley. La Wyoming Nursing Practice Act define el ejercicio de la enfermería como "ayudar a individuos o grupos a conservar o alcanzar una salud óptima a lo largo del proceso de la vida mediante la evaluación de su estado de salud, estableciendo un diagnóstico de enfermería, planificando e implementando una atención de enfermería que tenga por objeto alcanzar las metas definidas, y evaluando las respuestas a la atención y al tratamiento".

### **Responsabilidad legal**

Obtener una licencia como enfermera titulada implica la responsabilidad de practicar la profesión en forma competente y segura. La enfermera puede ser legalmente responsable en caso de producirse un daño, sufrimiento innecesario, o fallecimiento como resultado de la atención brindada por ella. La *negligencia* se define como "la omisión de hacer algo que una persona razonable, guiada por las

consideraciones normales que suelen regir los asuntos humanos, haría, o hacer algo que una persona razonable y prudente no haría” (Creighton, 1981, p. 154). Por otra parte, la práctica poco ética se define como “mala conducta profesional, falta no razonable de habilidad o fidelidad en las obligaciones profesionales o legales, práctica perversa, o conducta ilegal o inmoral” (Creighton, 1981, p. 154).

Algunos de los actos más comunes de negligencia cometidos por enfermeras incluyen quemaduras, caídas, dosis incorrectas, abstracción, o tipo de medicamento equivocado; errores de identidad, administración de sangre, incapacidad de comunicarse en forma adecuada con el usuario, su familia, o los miembros del equipo de salud; ineptitud de observar y tomar las acciones apropiadas, defectos en el equipo, e incompetencia para emitir juicios razonables.

La enfermera es legalmente responsable de sus actos; sin embargo, como en muchos casos es también empleada de una institución, suele plantearse la pregunta de si de la misma manera son responsables del paciente, la institución y el médico. Esto se debe a la norma legal de “*respondeat superior*” (superior-subordinado) que establece que el superior es responsable de los actos de las personas que están a sus órdenes. Cualquiera que sea el patrón de las enfermeras, también se hace responsable de los actos de éstas.

Una persona se convierte en empleado cuando “desempeña un servicio por otra que tiene ‘derecho a controlar’ lo que se hace y cómo se hace. Un empleado es alguien que trabaja por un salario o remuneración y está al servicio de un patrón” (Creighton, 1981, p. 75). La enfermera titulada, que es también estudiante, suele considerarse como empleada, debe “actuar como una persona razonable y prudente de acuerdo con las circunstancias. El nivel de experiencia y educación que posea, su expediente y las calificaciones que obtenga son algunos de los aspectos que se toman en cuenta. La responsabilidad aumenta conforme la enfermera adquiere mayores conocimientos y experiencia profesionales” (Creighton, 1981, pp. 74-75).

En ocasiones se superponen los aspectos ético y legal; el caso Tuma, narrado en la literatura a principios de la década de los 80, constituye un buen ejemplo. La Sra. Tuma era una enfermera titulada que trabajaba como instructora en un programa de enfermería a nivel técnico. Se le asignó a una estudiante el cuidado de una paciente quien el día anterior su médico le había dicho que estaba muriendo de leucemia y que la única esperanza de prolongar su vida consistía en someterse a quimioterapia. La paciente consintió y la Sra. Tuma y la estudiante se dispusieron a iniciar el tratamiento.

La paciente estaba muy perturbada, ya que había vivido con la enfermedad durante 12 años con la ayuda de la oración y de los alimentos naturales. Durante el tratamiento, la Sra. Tuma discutió con la paciente los diversos tratamientos posibles, pero ésta le pidió que volviera esa noche para continuar la discusión con sus hijos. La Sra. Tuma regresó, pero no informó al médico sobre su conversación con la paciente y pidió a la estudiante que “olvidara” la discusión que había escuchado. Los hijos informaron al médico, quien se quejó de que la enfermera había interferido en la relación que existía entre la paciente y el médico. Como resultado de la queja, la Sra. Tuma fue suspendida de su trabajo y también se le retiró la licencia para practicar la enfermería durante seis meses; la Sra. Tuma apeló su caso ante la suprema corte del estado, que aceptó la apelación con el

argumento de que la ley estatal referente a la práctica no definía la conducta no profesional.

Este caso provocó un gran interés porque parecía indicar que la enfermera no tenía derecho legal a suministrar información sobre el tratamiento médico a un paciente, aunque éste lo hubiese solicitado; sin embargo, ese no era el problema en este caso, ya que la Sra. Tuma no sólo dio la información solicitada, sino que en forma deliberada no lo comunicó al médico; estaba consciente de que el consentimiento que la paciente había dado no era bien documentado y fundado, pero no puso sobre aviso al médico sobre las preocupaciones de la enferma ni tampoco se negó a iniciar el tratamiento. La enfermera debe conocer y ejercer sus funciones dentro de los parámetros legales de la práctica en su estado. Si tiene alguna duda moral o legal sobre el tratamiento médico, debe comunicar sus preocupaciones y las causas de las mismas al médico y, si fuera necesario, a las autoridades de enfermería, médicas y hospitalarias. La enfermera puede negarse a aplicar un tratamiento, pero no debe intentar tender una trampa al médico interfiriendo con el tratamiento sin su conocimiento. El objetivo es la colaboración, no la competencia.

## **RESUMEN**

---

El proceso de "llegar a ser" una enfermera profesional implica cambiar y crecer en diversas etapas de la carrera. La enfermera se socializa y vuelve a socializarse mediante las experiencias educativa y ocupacional, creencias, conocimientos y habilidades que, al integrarse a las normas legales y morales, caracterizan el servicio profesional competente y comprometido.

## **BIBLIOGRAFIA**

---

- American Nurses Association Commission on Nursing Education: Standards for Nursing Education. Kansas City, American Nurses' Association, 1975.
- American Nurses Association: Code for nurses with interpretive statements. American Nurses Association Pub. No. G-56, 1976.
- Ashley J: This I believe about power in nursing. *Nurs Outlook* 21:637-641, octubre 1973.
- Bates B: Doctor and nurse: Changing roles and relations. *New England J Med.* 283:129-134, 16 de julio 1970.
- Brian S: The bottom line: Graduates and careers. En Jako K (ed): *Proceedings of Researching Second Step Nursing Education*, pp. 45-54. Rohnert Park, Sonoma State University, marzo 1980.
- Brim OG Hijo: Socialization through the life cycle. En Brim OG Hijo, Wheeler S (eds): *Socialization After Childhood: Two Essays*, pp. 24-33. Nueva York, John Wiley & Sons, 1966.
- CE Now Required for Relicensure in Sixteen States. *Am. J Nurs* 82:1668, noviembre 1982.
- Cooper SS, Hornback MS: *Continuing Nursing Education*. Nueva York, Mc Graw Hill, 1973.



- Creighton H: Law Every Nurse Should Know. Filadelfia, WB Saunders, 1981.
- Curtin LL: Nursing ethics: Theories and pragmatics. *Nurs Forum* 17: 4-11, 1978.
- Estok P: Socialization theory and entry into the practice of nursing. *Image* 9:8-14, 1977.
- Fenner KM: Ethics and Law in Nursing Professional Perspectives. Nueva York, Nostrand, 1980.
- Fiesta J: The Law and Liability: A Guide for Nurses. Nueva York, John Wiley & Sons, 1983.
- Fry ST: Ethical principles in nursing education and practice. *Nurs Health Care*: 363-368, septiembre 1982.
- Griffin AP: Philosophy and nursing: J. *Adv Nurs* 5:261-272, 1980.
- Heide WS: Nursing and women's liberation: A parallel. *Am J Nurs* 73: 824-827, mayo 1973.
- Hinshaw AS: Socialization and resocialization of nurses for professional nursing practice, pp. 1-15. National League for Nursing Pub. No. 15-1659. noviembre 1976.
- Institute of Medicine: Nursing and Nursing Education: Public Policies and Private Actions. Washington DC, National Academy Press, 1983.
- Johnson WL, Vaughn JC: Supply and demand relations and the shortage of nurses. *Nurs Health Care*: 497-507, noviembre 1982.
- Kelly LY: Nursing practice acts. *Am J Nurs* 74:1310-1319, julio 1974.
- Kelman H: Processes of opinion changes. *Pub. Opin Quar* 25:57-78, 1961.
- Kjervik DK, Martinson IM: Women in Stress: A Nursing Perspective. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1979.
- Knowles MS: The Modern Practice of Adult Education: From Pedagogy to Andragogy. Chicago, Association Press, 1980.
- Kramer M: Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing, pp. 154-164. St Louis, CV Mosby, 1974.
- Leddy S: Personality changes associated with baccalaureate education for registered nurses (Res). *J Nurs Ed* 21:45-46, octubre 1982.
- Mappas TA, Zembaty JS: Biomedical Ethics. Nueva York, Macmillan, 1981.
- Merritt S: Learning style preferences of baccalaureate nursing students. *Nurs Res* 32:367-372, noviembre-diciembre 1983.
- Moore WE: Occupational socialization. En Goslin DA: Handbook of Socialization Theory and Research, pp. 861-883. Chicago, Rand McNally 1969.
- National League for Nursing: Competencies of Graduates of Nursing Programs, p. 18. National League for Nursing Pub No. 14-1905, 1982.
- Romanell P: Ethics, moral conflicts and choice. *Am J Nurs* 77:850-855, mayo 1977.
- Shane DL: The returning-to-school syndrome. En Mirin S (ed): Teaching Tomorrow's Nurse, pp. 119-126. Wakefield, Nursing Resources, 1980.
- Shiflett N, McFarland DE: Power and the nursing administrator. *J Nurs Adm* 8:19-23, marzo 1978.
- Simpson IH: Patterns of socialization into professions: The case of student nurses. *Socio Inquiry* 37:47-54, invierno 1967.
- Smith S, Davis A: Ethical dilemmas. *Am J Nurs*: 1463-1466, agosto 1980.
- Styles MM: On Nursing: Toward a New Endowment. St. Louis, CV Mosby, 1982.

- Thompson JB, Thompson HO: Ethics in Nursing. Nueva York, Macmillan, 1981.
- USDHEW: Report on Licensure and Related Health Personnel Credentialing, p. 7. DHEW Pub No (HSM) 72-11, Washington DC, Oficina de Prensa del Gobierno de Estados Unidos, 1971.
- Wysocki AB: Role modeling in the socialization process of baccalaureate nursing students (Res). *J Nurs Ed.* 21:62-63, octubre 1982.
- Yeaworth RC: Feminism and the nursing profession. En Chaska NL (ed): *Views Through the Mist*, pp. 71-77. Nueva York, McGraw-Hill 1978.

## Capítulo 4

# *Desarrollo del autoconcepto profesional*

### **PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR**

1. ¿Cuáles son las tres hipótesis que se utilizan para justificar la naturaleza evolutiva del desarrollo del yo personal o profesional?
2. ¿Qué importancia tienen las apreciaciones reflejadas en el desarrollo del autoconcepto profesional?
3. Explicar la influencia que ejerce la imagen que tiene la sociedad de la profesión sobre el autoconcepto profesional de una enfermera.
4. ¿Qué metas se asocian con cada una de las etapas del desarrollo del yo profesional?
5. Si la enfermera no considera el yo como un ser profesional independiente, ¿cuáles podrían ser algunos de los resultados en el autoconcepto profesional?
6. ¿Qué relación existe entre el autoconcepto personal, el profesional y la calidad del proceso de enfermería?

El interés fundamental de la enfermera es el hombre (Rogers, 1970, p. 41). En esta sección y en todo el libro, el vocablo hombre se emplea en sentido genérico, con el significado de seres humanos. Los seres humanos experimentan el proceso de la vida junto con otros sistemas vivos; sin embargo, el hombre es el que presenta mayor complejidad en el desarrollo secuencial del comportamiento y posee una característica que no se cree exista en otros sistemas vivos: la capacidad de darse cuenta, en forma consciente, de sí mismo y del mundo; esta conciencia constituye la base de la racionalidad, creatividad y humanidad del hombre. “Las personas son seres que piensan y sienten” (Rogers, 1970, p. 41). Esta conciencia del yo constituye la base del autoconcepto.

Conforme el ser humano genera patrones de comportamiento, el sistema del yo se organiza y lucha por mantenerse a sí mismo a pesar de los constantes cambios que sufre, de ser remodelado y de ver afectado su medio ambiente en forma significativa; estas experiencias interactivas con el ambiente suministran la sustancia de la cual emerge la forma de ver el yo, es decir, el autoconcepto. La enfermera, en su calidad de persona, interactúa constantemente con el ambiente personal; como profesional, interactúa con el medio profesional. Como el ser humano

desarrolla primero el yo personal, ese conjunto de comportamientos organizado forman las bases del yo que conducen a una profesión. En consecuencia, el yo personal ejerce una gran influencia sobre el naciente yo profesional.

Pueden hacerse algunas suposiciones sobre el desarrollo de los sistemas del yo en los seres humanos.

1. El ser humano es un sistema abierto, que afecta y es afectado de continuo por otros seres humanos y no humanos de su mundo (su ambiente).
2. "El hombre interactúa con el ambiente en su totalidad" (Rogers, 1970, p. 44).
3. Como sistemas abiertos, los seres humanos demuestran interacción continua con su entorno, y constantemente están intercambiando materia y energía. El sistema humano comparte y toma energía y materia del ambiente (Rogers, 1970, p. 49).
4. "Las transacciones entre el hombre y el medio ambiente se caracterizan por la creación continua de nuevos patrones tanto en el hombre como en el ambiente que lo rodea" (Rogers, 1970, p. 53).
5. "La evolución se produce en la acción mutua de cambiar y ser cambiado" (Rogers, 1970, p. 54).
6. El proceso evolutivo es análogo o describe el desarrollo de los sistemas del yo, tanto personal como profesional.

## **BASES TEORICAS DEL AUTOCONCEPTO: INTERACCION** \_\_\_\_\_

Conocido como el padre de la escuela interpersonal de pensamiento en la psiquiatría, Sullivan atribuía un gran poder al proceso de interacción que se da entre la persona en desarrollo y la que "actúa como madre". Postuló la teoría de que el sistema del yo, "sistema que se ocupa de mantener la seguridad interpersonal que siente el individuo" (Sullivan, 1953, p. 109) surge de la cooperación interpersonal en la aculturación y del proceso de socialización del ser humano. "El sistema del yo... es una organización de experiencias educativas derivada de la necesidad de evitar o reducir al mínimo los incidentes de ansiedad" (Sullivan, 1953, p. 165). En los seres humanos, la ansiedad se ve como "valoración anticipada desfavorable de la actividad que desempeña la persona, por parte de alguien cuya opinión es importante para ella" (Sullivan, 1953, p. 113). El autoconcepto puede considerarse como la opinión personal de sí mismo y que es el resultado de la interacción con otras personas importantes.

Valiéndose del punto de vista de Sullivan sobre el desarrollo, Lancaster y Lancaster afirman que el yo se formula a través de percepciones conscientes e inconscientes de las propias experiencias, incluyendo logros, fracasos, conflictos, situaciones embarazosas y éxitos. El yo se refuerza constantemente gracias a la retroalimentación recibida de personas importantes que forman parte del propio ambiente (Lancaster y Lancaster, 1982, pp. 72-77). Cuando el mensaje recibido es de valoración positiva, la parte del yo que se refuerza es el "yo bueno"; cuando la comunicación percibida es de evaluación negativa, la parte del yo fortalecida es el "yo malo", y cuando el mensaje se asocia con una gran ansiedad, la parte del yo que se refuerza es el "no yo" (Sullivan, 1953, pp. 161-164).

## **Importancia de las valoraciones reflejadas**

Como se mencionó anteriormente, la opinión del yo personal se relaciona en forma directa con las valoraciones que se producen en la relación del individuo con otras personas importantes. Conforme se desarrollan los seres humanos a lo largo de la vida, cambian las otras personas importantes. En la infancia, el progenitor más dedicado a la atención del niño es la persona importante; posteriormente, en la niñez, cambia a ambos padres y luego a otros adultos; después a camaradas del mismo sexo, compañeros del sexo opuesto y, por último, a los amigos del adulto maduro. En todas las etapas de la vida, la relación entre el individuo y las demás personas importantes para él es esencial para la aculturación y socialización puesto que el aprendizaje es dependiente de la opinión que se tenga del yo y del nivel de ansiedad. Existe una relación inversa entre la conciencia del yo y el nivel de ansiedad experimentado en otras relaciones con la persona importante. La ansiedad advertida intensamente o en patrones continuos, conduce a percibir el yo como "malo". Quienes tienen una mala opinión de sí mismas han internalizado esa opinión mediante patrones de relación establecidos con personas importantes para ellos en circunstancias de gran ansiedad. Las valoraciones positivas dan por resultado la percepción del yo como "bueno". Los individuos que tienen un buen concepto de sí mismos han adquirido ese concepto a través de normas de relación establecidas con personas importantes para ellos en momentos de poca ansiedad. Sheehy sostiene que quienes se sienten a gusto con la vida (y que tienen una buena opinión de sí mismas) emplean las siguientes cualidades para describir el yo: honesto, afectuoso y responsable. A estas personas que navegan con éxito por la vida les da el nombre de pioneras, y afirma que poseen altos niveles de bienestar (Sheehy, 1982).

El desarrollo del yo profesional sigue la misma senda que el desarrollo del yo personal. En todos los oficios, el profesional encuentra individuos importantes para él. Las enfermeras tienen diferentes personas importantes para ellas durante las distintas etapas de crecimiento y desarrollo, éstas difieren en cuanto a sexo, condiciones socioeconómicas, educación y antecedentes culturales. La adaptación de la enfermera a situaciones cambiantes determina qué personas son importantes para ella en cuanto a su desarrollo profesional. La enfermera profesional entra y sale constantemente de situaciones nuevas y, al adaptarse a las expectativas percibidas de otros individuos importantes en cada circunstancia, trata de ser el tipo de persona que exige la situación. La opinión que tiene la enfermera de sí misma y su sensibilidad hacia otros, desde el punto de vista profesional, se relacionan estrechamente con el éxito que logra al pasar de una situación a otra. El autoconcepto personal no puede separarse del autoconcepto profesional, aunque quienes son valiosos para el profesional no lo sean para otros.

Sheehy identificó dos tipos de personas importantes que, quizás, desempeñan una función esencial en el desarrollo del yo profesional: el mentor y el ideal a imitar. El mentor "es un amigo y consejero de confianza, por lo general 10 o 20 años mayor, que respalda el sueño del aprendiz y ayuda en un camino crítico a guiarlo hacia su realización" (Sheehy, 1982, p. 231). El ideal es una figura que impulsa, ofrece principios para actuar y constituye una guía sobresaliente en el

camino que sigue el niño (Sheehy, 1982, p. 230). Con este marco de referencia, los ideales a imitar de la enfermera profesional serían aquellas personas que le dieron a conocer la disciplina durante su infancia, niñez y adolescencia en su calidad de profesionales, mientras que los mentores serían los elegidos por la enfermera, quienes eran más experimentados profesionalmente, sabían más y eran dignos de confianza desde el punto de vista profesional, durante la edad adulta de la enfermera en el campo de la enfermería.

### **Valores sociales de la "enfermería" y las "enfermeras"**

El punto de vista que tiene la enfermera sobre sí misma como profesional está muy influenciado por la imagen que de la enfermería tiene el público, la profesión en general, y los propios ideales y mentores. Las enfermeras, al igual que los miembros de todas las disciplinas profesionales, han establecido identificaciones de funciones. "Un papel consiste en comportamientos demostrados o comportamientos que se perciben como aceptables en relación con una situación determinada" (Brooks y Kleine-Kracht, 1983, p. 51). El papel particular que desempeña una enfermera es el resultado de la validación mutua entre ella y los usuarios. Se ha observado que el público tiende a considerar a las enfermeras en términos de cualidades personales y no de capacidad de desempeño (Brooks y Kleine-Kracht, 1983, y Kalisch y Kalisch, 1983). La reciente imagen de las enfermeras como objetos sexuales constituye una prueba más de la actitud del público hacia las enfermeras y la enfermería, y confirma el hecho de que la gente reacciona más a sus atributos personales que a sus cualidades profesionales. Al parecer, el público siente más interés por el costo y la calidad de la atención de la salud que recibe, que por las credenciales de cualquier grupo relacionado con la salud.

Las condiciones y avances sociales han ejercido una gran influencia en la imagen de la sociedad hacia la enfermería; por ejemplo, desde la época victoriana, el Movimiento Feminista ha mostrado altibajos que dependen de los principales acontecimientos históricos. Algunas personas creen que los tipos de líderes surgidos en la enfermería y la imagen subsecuente del grupo han sido afectados en sus fundamentos porque se les ha tratado como a un grupo oprimido, esto significa que, a través de la historia, la enfermería ha sido controlada por fuerzas sociales que han determinado el comportamiento de los líderes (Roberts, 1983, p. 21). Las mujeres constituyen mayoría en la enfermería, y éstas, al igual que los negros, judíos, y otros grupos, se consideran oprimidas, manejadas por fuerzas ajenas a ellas mismas y que tienen mayor prestigio, poder y posición. La enfermería, controlada por otras disciplinas de salud e instituciones que suministran empleos, quizá ha internalizado características de personalidad propias de un grupo oprimido, como el odio a sí mismas y poca autoestima (Roberts, 1983, p. 22). Lavinia Dock confirmó, al parecer, la idea de que las enfermeras pertenecen a un grupo oprimido al describir como eran en 1890: "La enfermera es un soldado. La obediencia absoluta e incondicional es la idea fundamental del sistema militar... La rigidez y la exactitud producen mejores enfermeras" (Matejski, 1981, p. 18). Tales enfermeras muestran comportamientos deficientes sobre su propio concepto profesional, como temor a la autoridad, devoción a la rutina y retraimiento de la iniciativa; se

resisten al cambio y poseen actitudes oprimidas. Estas actitudes, acompañadas de factores sociales y económicos, constituyen elementos inevitables en la conformación del autoconcepto profesional de las enfermeras (Matejski, 1981).

Antes de poder mostrar una imagen profesional de orgullo y pericia, las enfermeras deben resolver los conflictos que se derivan de la opresión social. Los líderes de la enfermería reconocen que el comportamiento funcional de la enfermera profesional se relaciona en gran medida con la imagen que de ella tiene el consumidor, el público. En consecuencia, la profesión está haciendo esfuerzos concertados para influir en los medios de comunicación para que presenten una imagen académica de la enfermería y una imagen competente de las personas que la practican. Es posible que la influencia que ejercen en los consumidores los medios de comunicación constituya la mejor estrategia para modificar la imagen profesional que tienen las enfermeras de sí mismas. La evaluación del consumidor desempeña un papel de vital importancia en la conformación del autoconcepto profesional de las enfermeras.

## **EL YO PROFESIONAL**

---

En gran medida, el tipo de profesional que llega a ser una persona depende de su propio sistema. El sistema del yo profesional surge del yo personal.

### **Efecto del sistema del yo personal sobre el yo profesional**

Como ya se mencionó en este capítulo, el concepto que tiene uno de sí mismo "es el resultado de relaciones interpersonales previas" (Simms y Lindberg, 1978, p. 9) y afecta las propias relaciones futuras. "La opinión que tiene una persona de sí misma controla los papeles que será capaz de asumir" (Simms y Lindberg, 1978, p. 9). El sistema del yo determina las características personales de esa persona, que le permiten desempeñar funciones profesionales con más o menos éxito.

Sheehy menciona diversas cualidades de individuos que tienen éxito en el desempeño de las funciones que realizan a lo largo de su vida; estas cualidades son resultados directos del desarrollo del autoconcepto:

1. La voluntad de correr riesgos es el resultado de un autoconcepto positivo que refleja la capacidad de creer en los demás y su confianza en asumir responsabilidades y dirigir la iniciativa hacia la modificación del yo y del ambiente que lo rodea.
2. El sentido de la oportunidad es la consecuencia de un autoconcepto positivo que revela la habilidad de anticipar las necesidades propias y ajenas, así como la capacidad de prepararse para el futuro.
3. La capacidad de amar es el resultado de un autoconcepto positivo que refleja la aptitud de experimentar emociones alegres o tristes, compartir sus experiencias con los demás y participar en la vida de otros.
4. El establecimiento de amistad, parentesco, y apoyo es el resultado de un autoconcepto positivo que refleja la capacidad de establecer redes de contacto afectivo con amigos, familia y otros sistemas de apoyo (Sheehy, 1982, pp. 95-97, 130-141, 163-178 y 206-227).

Simms y Lindberg confirmaron que el yo profesional es un reflejo directo del autoconcepto personal. “La responsabilidad por nuestros propios actos, sobre todo ante los demás, florecerá en un ambiente que fomentará el crecimiento del yo y la independencia” (Simms y Lindberg, 1978, p. 7). La comprensión del yo y el verlo de una manera positiva dan por resultado, inevitablemente, autoconceptos profesionales más productivos. Los autoconceptos negativos representan obstáculos para el funcionamiento independiente eficaz, esencial para la buena ejecución de las funciones profesionales.

### **Realización de tareas de desarrollo**

El desarrollo del yo profesional es secuencial y sigue el mismo orden que el proceso evolutivo del autoconcepto personal. Al igual que ocurre en el desarrollo del yo personal, el yo profesional se basa en la realización de tareas específicas en etapas secuenciales. En esta sección se describen las fases de desarrollo del yo profesional utilizando la estructura de las tareas asociadas con la evolución del yo personal.

Identificación de metas profesionales relacionadas con las tareas de las distintas etapas de desarrollo

El desarrollo del yo profesional es el proceso de transformación del yo personal que resulta de las interacciones asociadas con educación, práctica o investigación de la profesión de enfermería. La enfermera que está preparada para comenzar su práctica, llega a la vida profesional con una imagen idealizada del yo, de los clientes, colaboradores, otros empleados de los sistemas de atención de la salud, y de todas las personas importantes para la profesión. La enfermería no se diferencia de otras profesiones en cuanto al desarrollo del yo profesional desde una imagen idealizada del yo y de los demás. Pajak y Blase (1982, pp. 65-72) describieron el proceso considerando a los profesores. Ser maestro se define casi plenamente dentro del marco de la relación que existe entre éste y el estudiante. Ser enfermera también puede definirse por la afinidad que hay entre ella y el cliente. Algunos maestros informaron que en los primeros años de su práctica profesional dedicaron gran cantidad de tiempo y energía a desarrollar sus conocimientos, habilidades y actitudes para satisfacer las expectativas de su papel. Se dice que los maestros jóvenes se preocupan por su propio desarrollo en tres áreas: conocimientos de la instrucción, experiencias administrativas, y establecimiento de relaciones adecuadas con los estudiantes. Se considera que son necesarios unos tres años para dominar estas habilidades. Probablemente las enfermeras se preocupen por los mismos problemas de desarrollo; sin embargo, las demandas del sistema de atención de la salud al que prestan servicio las enfermeras, no suele permitir ni proporcionar tres años de orientación. El maestro o la enfermera profesional tienen que hacer frente al hecho de que el nuevo profesional se ve obligado a cambiar su propia imagen glorificada de todas las personas y las cosas. Cuando ocurre este cambio se producen una serie de etapas en el proceso del desarrollo del yo profesional (Pajak y Blase, 1982). La maduración del yo profesional asegura que el profesional no confunda los ideales e ilusiones con la realidad (Pajak y Blase, 1982, pp. 71-72).



En el Cuadro 4-1 se describen las etapas del desarrollo profesional; cada una, con sus metas y tareas asociadas, fueron modificadas de las etapas de Erikson sobre el ciclo de la vida (Erikson, 1982, pp. 55-82).

El grado de realización de las metas en cada una de las etapas del desarrollo influye en la persona como profesional. Para la enfermera, es imprescindible tener un concepto positivo de sí misma con objeto de satisfacer las necesidades de salud de la población a la que da servicio la enfermería. A continuación se presenta un análisis de los resultados que obtiene el sistema del yo profesional cuando las tareas de desarrollo de cada una de las etapas son negociadas en forma más o menos satisfactoria mediante el logro de metas específicas de progreso.

Resultados que obtiene el sistema del yo profesional en relación a la negociación de las tareas de desarrollo

Todas las teorías del desarrollo se basan en el supuesto de que en los seres humanos crecimiento y desarrollo son secuenciales y de que la negociación satisfactoria de las primeras tareas es crítica para tratar las tareas posteriores de desarrollo. Esto significa que el desarrollo del yo profesional está influenciado por la calidad de la realización de metas en cada una de las etapas del mismo. En el siguiente análisis, está indicada la tarea de cada etapa seguida por una exposición de los resultados, satisfactorios e incompletos o inadecuados, obtenidos de las metas correspondientes a la etapa.

**La enfermera profesional principiante durante el período de orientación:**

Tarea: Confianza      Fuerza que emerge: esperanza

*Metas:* Adquirir confianza en los mentores e ideales propios para desarrollar en forma efectiva las habilidades y cumplir con los requisitos del papel profesional, contar con otras personas para ayudar en la realización de los objetivos profesionales, sentir satisfacción en la nueva función, y recibir el reconocimiento de jefes y clientes por prestar en forma eficaz un servicio necesario.

Estas metas exigen que todas las enfermeras profesionales tengan fácil acceso a diferentes guías y maestros en quienes puedan confiar; es decir, relaciones que se caractericen por valoraciones positivas, en las que sea posible satisfacer las necesidades profesionales de la enfermera sin excesiva ansiedad.

*Resultados de un logro satisfactorio:* La enfermera profesional que puede contar con personas que la han ayudado a adquirir habilidades y conocimientos de enfermería tiene más probabilidades de confiar en sus colegas profesionales e interdisciplinarios en sus esfuerzos comunes por ayudar a los usuarios, ésta enfermera se sentirá bien sobre sus propias habilidades, experimentará satisfacción en sus relaciones con usuarios, colegas, y miembros del equipo interdisciplinario, y apreciará los esfuerzos de todos los que se interesan en las experiencias profesionales. Las enfermeras que tienen confianza en las relaciones dentro del desarrollo profesional son capaces de concentrar sus energías en satisfacer las necesidades de los usuarios en lugar de dedicarlas a relaciones calculadoras y desconfiadas. También están

**CUADRO 4-1. Etapas del desarrollo profesional**

<b>Etapa</b>	<b>Tarea</b>	<b>Metas</b>
<b>Infancia— El profesional principiante— Orientación</b>	Confianza	Confiar en nuestros propios mentores e ideales para que nos guíen de manera eficaz a desarrollar las capacidades necesarias para cumplir los requisitos del papel profesional  Contar con otras personas que ayuden a alcanzar los objetivos profesionales  Sentir satisfacción en el nuevo papel  Contar con el reconocimiento de jefes y usuarios por prestar eficientemente un servicio necesario
<b>Niñez</b>		
La enfermera profesional principiante— Período posterior a la orientación	Autonomía	Depender de profesionales más maduros para que nos asesoren durante algún tiempo  Considerarse autónomo en la práctica durante cierto tiempo, profesional por derecho propio, capaz de depender de la propia competencia para cumplir las responsabilidades  Considerar la enfermería como un cuerpo independiente, que determina sus propias normas y políticas, usa su poder con eficacia, y controla su propia práctica
El profesional joven— Paso hacia la independencia	Iniciativa	Hallar recompensas en utilizar la iniciativa e imaginación propias para someter a prueba las realidades de la enfermería  Anticipar independientemente las responsabilidades del papel profesional al mismo tiempo que se hace responsable de los propios actos
El profesional en desarrollo— Adquisición de experiencia	Aplicación	Sentirse competente al ejecutar en forma independiente las tareas de la profesión  Ampliar los conocimientos que se tienen sobre la enfermería  Integrar un sentimiento de realización en nuestro propio trabajo dentro de la profesión
<b>Adolescencia— El profesional con identidad propia</b>	Identidad	Sentirse segura de sí misma en la función de enfermera profesional  Sentirse competente en la experimentación de funciones

CUADRO 4-1. Etapas del desarrollo profesional (Continuación)

Etapa	Tarea	Metas
		Articular en forma clara el compromiso ideológico que se hace con la profesión
<b>Edad adulta</b>		
El profesional en etapa de maduración	Intimidad	Desarrollar la capacidad de comprometerse en relaciones de colaboración con clientes, compañeros profesionales y demás colegas del sistema de servicios de salud como un profesional interdependiente
El profesional productivo	Capacidad de generar	Ser productivo para uno mismo y para los demás en un papel profesional de enfermería, contribuyendo con la sociedad mediante el esfuerzo propio en educación, práctica e investigación de enfermería
El profesional de mayor edad	Integridad	Encontrar placer en los logros realizados por uno mismo y por los demás dentro de la actividad profesional
		Apreciar el ciclo de vida completo del yo profesional

Modificado de Erikson E: *The Life Cycle Completed*, pp. 55-82. Nueva York, WW Norton, 1982 por Rikan Enterprises.

dispuestas a servir de guías y mentoras de enfermeras menos experimentadas o que poseen una educación inferior. Estas enfermeras aceptan con agrado la responsabilidad, ya que sienten confianza en su capacidad; también son optimistas respecto a la satisfacción de las futuras necesidades profesionales y valoran el estudio de toda la vida como una forma de desarrollo profesional.

*Resultados de realizaciones incompletas o insatisfactorias:* Las enfermeras que no pueden contar con otras personas que las ayuden a desarrollar habilidades y conocimientos en la disciplina profesional, continúan buscando hasta que disminuye su sentimiento de necesidad. No obstante, por desgracia, la búsqueda suele estar tan teñida de ansiedad que la enfermera no tiene muchas probabilidades de éxito en un mundo laboral en el que se requieren habilidades inmediatas. Si la enfermera no se siente competente y ese sentimiento se relaciona por lo menos parcialmente con la percepción que tiene de su trato con maestros y guías, es poco probable que se sienta a gusto en relaciones futuras. Esta enfermera no tendrá confianza en sus compañeros ni en la ayuda que puedan brindarle los trabajadores de otras disciplinas, y sus necesidades profesionales permanecerán insatisfechas; dedicará toda su energía a tratar de satisfacer sus necesidades, reduciendo así lo que puede dar a los usuarios, colegas y demás personas. En realidad, muchos ambientes de trabajo suelen recompensar tan sólo la realización de tareas inmediatas y no conceden valor a los procesos de colaboración y apoyo. En este medio, las relaciones suelen ser calculadoras en vez de abiertas y honestas; el trato con los usuarios se limita a cumplir con el trabajo y no incluir el placer ni el dolor de los pacientes ni de otras personas al llevar a cabo el proceso de enfermería. Tales enfermeras sólo adquieren una orientación de las tareas porque no han integrado el sentimiento de

que puede contarse con otras personas cuando se necesitan; por el contrario, crean el sentimiento de que las relaciones las hacen vulnerables a valoraciones negativas con mayor frecuencia que a valoraciones positivas. A menos que la enfermera tenga éxito en encontrar a otra profesional importante que le ofrezca una relación en la cual experimentar estimaciones positivas como persona, al mismo tiempo que satisface sus necesidades profesionales, es probable que siga sin tener confianza en los demás a lo largo de toda su práctica profesional. La enfermera no será capaz de sentirse verdaderamente complacida en el cumplimiento de sus funciones profesionales. El medio de trabajo que no reconoce a las enfermeras profesionales su participación eficaz en el proceso de enfermería, sino que considera la cantidad de tareas realizadas, seguirá contribuyendo a la falta de confianza que existe entre sus trabajadores.

**La enfermera profesional principiante en el período posterior a la orientación**

Tarea: adquisición de autonomía

Fuerza que emerge: voluntad

*Metas:* Considerarse como ser autónomo en la práctica, como profesional por derecho propio, ser capaz de depender de la propia capacidad para cumplir con las responsabilidades de su papel y ver la enfermería como un cuerpo independiente que determina sus propias políticas y normas, usa su poder con eficacia, y controla su propia práctica.

*Resultados de una realización satisfactoria:* La enfermera que ha aprendido a confiar en los líderes de la profesión, en que los clientes son capaces de asumir la responsabilidad de su autocuidado y, más que nada, a confiar en sí misma como persona competente y poseedora de los conocimientos necesarios, llegará al ambiente laboral con excelentes posibilidades de sentirse autónoma como profesional. En su calidad de principiante en el ejercicio de la profesión, basará la práctica en una teoría de enfermería que considera válida, sentirá que la enfermería le ofrece un servicio profesional necesario que incluye un alto nivel de competencia técnica, capacidad de razonamiento y de tomar decisiones, y exigirá relaciones interpersonales eficaces caracterizadas por su habilidad de colaborar. Para poder considerarse autónoma, la nueva enfermera profesional “que siente confianza” necesita contar con un ambiente laboral que la aliente a emitir juicios, a participar en la elaboración de políticas de enfermería y a determinar y tratar de alcanzar sus propias metas profesionales. La enfermera principiante autónoma se sentirá cómoda al poner en práctica lo que ha aprendido y, quizá más importante, podrá apreciar la función única que pueden desempeñar otras personas y sentirse competente en su propio papel.

*Resultados de una realización incompleta o insatisfactoria:* En el mejor de los casos, la enfermera que no confía en los demás y que no tiene sentido de la existencia de su propio derecho, sólo puede verse a sí misma como alguien que ayuda y no como profesional autónoma; la imagen de la asistente se perpetuará si se percibe que enfermera y enfermería no tienen derecho a existir en forma autónoma. Algunas escuelas y centros de trabajo todavía consideran a la enfermería

y a las enfermeras como devotas ayudantes de la medicina y de los médicos (Donnelly, 1981). Si se considera a la enfermería parte de la atención médica, en lugar de aceptarla como socia en la atención de la salud, la enfermera no podrá justificar la necesidad de ser autónoma. En este caso, la enfermera existe sólo como ayudante del equipo médico, la enfermería se limita al cuidado de personas enfermas que están bajo la atención primaria de los médicos, y la enfermera pasa la mayor parte del tiempo cumpliendo órdenes de otras personas. Esta enfermera no podrá sentirse nunca como verdadera profesional porque el principal criterio para cualquier profesión es que ofrezca un servicio único y necesario a la humanidad y que se base en su propio conjunto de conocimientos. Si la enfermera principiante llega al ambiente laboral sin un fuerte sentimiento de autonomía profesional o incluso con sentimientos vacilantes de autonomía, necesitará la ayuda de otras personas importantes en el medio. Los profesionales jóvenes necesitan ayuda para sentir que ejercen control sobre lo que hacen (alcanzar algunos éxitos), recibir orientación y obtener recursos para desarrollar las habilidades profesionales esenciales, y permitir que participe en el equipo de enfermería cuando éste asume la responsabilidad de políticas y normas (hacer posible un proceso democrático al tomar decisiones). El profesional principiante que no tiene un defensor como líder puede muy bien cuestionar la creencia de que la enfermería es una disciplina autónoma en vez de ser dependiente, y puede caer muy pronto en el hecho de "cuidar" a los usuarios en lugar de ampararlos. Una persona que no se siente autónoma no suele percibir a los demás como seres independientes que existen por derecho propio. Si la enfermera no está convencida de que los demás son autónomos, no podrá ejercer eficaz y profesionalmente la enfermería y, en el mejor de los casos, sólo podrá poner en práctica un proceso técnico.

### **El profesional joven que se mueve hacia la independencia**

Tarea: Iniciativa      Fuerza que emerge: Propósito

*Metas:* Hallar recompensas al emplear iniciativa e imaginación propias para probar las realidades de las funciones de enfermería y anticipar independientemente las responsabilidades que lleva consigo el papel profesional al mismo tiempo que se es responsable de los propios actos.

Resulta evidente que el profesional necesita alcanzar sentimientos de confianza y autonomía antes de poder experimentar verdadero placer en comportamientos que reflejen iniciativa; por otra parte, la enfermera profesional joven tiene necesidad de contar con líderes profesionales que fomenten la realización de metas convenidas de mutuo acuerdo mediante una amplia variedad de medios que la ayuden a desarrollar iniciativa. Los líderes que insisten en métodos y procedimientos extraños para alcanzar objetivos no respaldan el desarrollo de la iniciativa ni de la creatividad de la enfermera profesional.

*Resultado de una realización satisfactoria:* Para implementar el proceso de enfermería en diferentes ambientes con poblaciones muy diversas de usuarios se necesita ser competente en el pensamiento crítico y tener la capacidad de tomar decisiones válidas. Normas y procedimientos no pueden utilizarse para organizar todo el

comportamiento profesional; por lo tanto, la enfermera necesita demostrar iniciativa y creatividad para participar con eficiencia como profesional en las relaciones con sus pacientes. El profesional que adquiere un sentido de iniciativa puede recopilar con prontitud la información necesaria para valorar las necesidades del usuario, permitir que éste participe en la planificación de la mejor manera de satisfacerlas, ofrecer ideas creativas para encontrar soluciones alternas en la resolución de problemas y correr riesgos al desempeñar el papel de defensor de los usuarios. La enfermera con iniciativa sentirá que posibilidad y necesidad de cambio constituyen un reto, ayudará al sistema de atención de la salud respondiendo en forma dinámica para satisfacer las necesidades de salud de los usuarios, estará dispuesta a explorar y asumir nuevas funciones como profesional si resultan indicadas para el mejoramiento de la atención de la salud. La iniciativa es un requisito indispensable en el desempeño de la función de agente del cambio, defensora de los pacientes y promotora de la profesión. La enfermera responsable reconoce la importancia de los papeles desempeñados por otros profesionales de la salud y no se siente oprimida ni suprimida por otros miembros del sistema. Por último, si la enfermera siente que participa en forma activa en la planificación y práctica del proceso de enfermería con los usuarios, se hará responsable de las acciones de enfermería, obligación que aceptará gustosa si se siente responsable de las decisiones que condujeron a tales acciones.

*Resultados de una realización incompleta o insatisfactoria:* La enfermera que no siente un alto grado de habilidades y oportunidades independientes e interdependientes, tendrá dificultades para integrar la iniciativa como parte funcional verdadera del yo profesional. Estas enfermeras desarrollan un sentimiento de vergüenza hacia su trabajo y no consideran que la enfermería es una profesión de la que deben estar orgullosas; se sienten como trabajadoras de baja condición y, sin duda, no iguales de los demás "profesionales" de la sociedad (como abogados, médicos, ingenieros). Las enfermeras que carecen de iniciativa necesitan sentirse recompensadas en cumplir las órdenes de los demás, es decir, ser valoradas positivamente por seguir instrucciones que implican tomar pocas decisiones por su parte. Estas enfermeras tienen dificultades para lograr que los usuarios sean siempre el punto central del proceso de enfermería. Los directivos y las políticas de las instituciones cobran una importancia desmedida y suelen surgir conflictos cuando los procedimientos y las políticas obstaculizan satisfacer las necesidades del usuario o cuando es preciso hacer uso del pensamiento crítico y de la participación activa al tomar decisiones para resolver un problema. La enfermera que carece de iniciativa en estas situaciones de conflicto sólo puede sentirse culpable cuando no puede atender las necesidades de los usuarios; en consecuencia, resulta evidente que las enfermeras sin iniciativa están extraordinariamente limitadas en los servicios profesionales que pueden ofrecer a los pacientes. Pueden ser muy hábiles para llevar a cabo los procedimientos médicos y de enfermería en las actividades de recuperación que forman parte del proceso de enfermería, pero estarán muy limitadas para realizar actividades preventivas y promocionales del método profesional, que no suelen prescribirse; tal vez puedan reaccionar bien a la enfermedad del paciente, pero no a la respuesta del paciente ante la enfermedad; quizá sean eficaces al manejar las

distintas partes de la persona, pero no a la persona como ser humano. Para tratar al usuario como ser humano integrado se requiere la capacidad de describir, analizar y comparar, y evaluar y sintetizar las complejas relaciones que existen dentro y entre los seres humanos. Como estas relaciones cambian continuamente, la enfermera debe tener la habilidad de utilizar la iniciativa para someter a prueba las realidades de la situación en cualquier momento. La enfermera que no adquiere ese sentimiento de iniciativa se sentirá abrumada por las exigencias de emitir juicios independientes y estará más a gusto desempeñando funciones prescritas y pasando la responsabilidad de las acciones de enfermería a quienes dicten los comportamientos de la misma. Lo que deberían ser conductas profesionales se convierten en comportamientos ocupacionales donde el trabajador asume la responsabilidad primaria de cumplir las órdenes de un jefe. Desde esta perspectiva, la persona se siente recompensada por la eficiencia con que desempeña una actividad y por los resultados cuantitativos, en lugar de sentirse satisfecha por los juicios fundados y los resultados cualitativos. La enfermera que carece de iniciativa se responsabiliza en primer lugar ante el patrón y, en segundo lugar, o quizá en forma incidental, ante el usuario.

### **La profesional en desarrollo que adquiere pericia**

Tarea: Aplicación      Fuerza que emerge: Competencia

*Metas:* Sentirse competente en el desempeño independiente de tareas relacionadas con la profesión e incrementar los conocimientos sobre enfermería, así como integrar un sentimiento de realización en el propio trabajo dentro de la profesión.

Si la enfermera profesional adquiere sentimiento de confianza en los demás, sentido de autonomía en la práctica, e iniciativa en el proceso de la enfermería, está preparada para desempeñar un papel independiente, sentirse realizada en la profesión, y continuar un proceso de aprendizaje que dure toda la vida. Además del desarrollo profesional, el sistema de apoyo debe valorar y recompensar los logros profesionales y apoyar la adquisición continua de conocimientos. Los sistemas de apoyo del profesional, así como quienes se encargan del desarrollo del personal, deben prestar atención especial a la ampliación de conocimientos como una de las principales funciones de los profesionales en desarrollo. Los profesionales jóvenes necesitan emplear los conocimientos adquiridos durante sus estudios mientras desarrollan relaciones de confianza y promueven un sentido de competencia en sus capacidades. Resulta excitante ver como los programas de desarrollo de personal se diseñan especialmente para satisfacer las necesidades de desarrollo de los diferentes miembros del mismo. Estos programas se organizan en torno a los puntos fuertes de los profesionales y no de sus necesidades, promueven la iniciativa y no el conformismo. En un entorno semejante, el desempeño del papel profesional adquiere más importancia que la estructura y función burocráticas.

*Resultados de una realización satisfactoria:* El profesional que es capaz de integrarse a un sentimiento de aplicación, es decir, que se siente cómodo y competente al realizar las tareas del proceso de la enfermería, también es capaz de identificar y llevar a cabo las obligaciones inherentes a funciones determinadas. El sentimiento

subsecuente de obligación para con los usuarios y la sociedad crea el deseo de saber más, y el hecho de actuar con la motivación de saber más se traduce inevitablemente en una mejor calidad de la atención a los clientes. El profesional siente placer en saberse competente en la atención de enfermería y obtiene satisfacción del aprendizaje. Los logros con los clientes y el estudio constante constituyen la base del sentimiento real que experimenta la enfermera de ser una verdadera profesional, que tiene la capacidad o el potencial de cumplir con todas las obligaciones que le imponga su profesión. La educación continua se ve como una agradable responsabilidad profesional y no como un requisito del trabajo o para obtener una licencia.

*Resultados de una realización incompleta o insatisfactoria:* La enfermera que por algún motivo no se siente competente y a gusto al desempeñar sus responsabilidades profesionales no puede hallar placer en aplicarlas; por el contrario, se siente inferior y, por ende, incompetente e incapaz de llevar a cabo las actividades de enfermería que se identificaron como expectativas profesionales. Es común que la enfermera que tiene la sensación de estar “dirigida por otros” en vez de sentir que es ella misma quien conduce su vida, experimente conflictos en vez de satisfacciones en la función laboral que desempeña; por ejemplo, la enfermera que afirma “sé que no hago lo que debería hacer como profesional porque no tengo tiempo”, refleja incapacidad de negociar la tarea de aplicación. De hecho, siente que “trabaja arduamente” y que es diligente, aunque resulta claro que no siente que ejerce un control verdadero sobre su ejercicio profesional; alguien más tiene el control y la enfermera desarrolla un sentimiento de inferioridad. Esta enfermera puede sentirse competente para realizar las labores que se le asignen, pero incompetente al llevar a cabo tareas profesionales “reales”. En una situación así, la educación continua suele considerarse como un mandato y otras tareas asignadas como un placer. No cabe duda de que la enfermera que se siente incompetente para cumplir sus obligaciones profesionales y no está motivada para ampliar sus conocimientos, se encuentra muy limitada para alcanzar las metas fijadas en la atención de los pacientes. En esta etapa de evolución profesional, la enfermera que no ha cumplido con la labor desarrollo relativa a la aplicación debe encontrar alguna forma de obtener satisfacción de su trabajo. Es preciso negociar o defender las necesidades profesionales no satisfechas; por supuesto, la profesión y el público sólo pueden beneficiarse con la primera alternativa.

### **La profesional con identidad propia**

Tarea: Adquisición de una identidad

Fuerza que emerge: Lealtad

*Metas:* Sentirse segura de sí misma en el papel que desempeña como enfermera profesional, ser competente en la experimentación del mismo, y definir con claridad el compromiso ideológico contraído con la profesión.

Una persona no desarrolla identidad profesional llevando a cabo las tareas asignadas de una disciplina; por el contrario, se obtiene identidad profesional realizando las responsabilidades de un *papel* que se considera adecuado para conseguir los objetivos de la profesión. Pensamos que las metas profesionales tienen



como fin fomentar la salud de los usuarios, que las enfermeras desempeñen un papel importante en la sociedad promoviendo la salud y que las funciones de liderazgo importantes que están surgiendo para la enfermera son de agente del cambio, defensora de los usuarios y promotora de la profesión.

*Resultados de una realización satisfactoria:* El resultado más importante para alcanzar el éxito de una identidad profesional consiste en que dicha identidad haga posible que la persona desempeñe las responsabilidades de su papel. La enfermera que se siente segura de sí misma en el papel de agente del cambio es capaz de llevar a cabo todas las actividades implicadas en un proceso planificado de cambio, y es mucho más probable que éste dé por resultado mejoras en los hábitos de salud del usuario que el simple cambio accidental. La enfermera profesional que ayuda a los usuarios a tomar las medidas necesarias para modificar sus hábitos de salud suele ser más eficiente si también desempeña el papel de defensora. Por último, la enfermera ejerce influencia sobre otras enfermeras para hacer posible que los usuarios mejoren su salud implementando en forma responsable el papel de colaboradora al rol de la profesión. Quien posee un sentido personal de identidad profesional sabe qué implica desempeñar las funciones, está dispuesta a experimentar con el cumplimiento del papel y es capaz de comenzar a articular un sistema personal de creencias sobre la disciplina.

*Resultados de una realización incompleta o insatisfactoria:* El resultado obvio de la falta de éxito para lograr una identidad profesional, es la confusión sobre las responsabilidades y comportamientos del papel. Una de las acusaciones más comunes que recibe la enfermería en nuestros días es que la profesión no define con claridad lo que debería hacer; en otras palabras, su identidad es vaga en términos de criterios profesionales. Tal vez la identidad ocupacional de la enfermera sea más clara en cuanto a tareas ocupacionales derivadas de las expectativas del patrón. El efecto más significativo de la enfermera que no alcanza identidad profesional es que las necesidades de atención de la salud de los pacientes sólo serán satisfechas en forma incompleta e ineficaz. La enfermería es la única disciplina relacionada con la salud que afirma claramente que su meta primaria es fomentar la salud *respondiendo a la reacción integral de los seres humanos ante la salud y la enfermedad*; puesto que los seres humanos responden como un todo, algunas disciplinas de atención de la salud deben servir a ese propósito si se desea un sistema de servicios de salud adecuado, en caso contrario, el público se percatará todavía más de que la atención de la salud está fragmentada o es inaccesible en esta era de alta tecnología. Sin una identidad profesional, la enfermera no podrá poner en práctica los procesos de enfermería que responden a una persona cabal, y estas necesidades humanas sólo se satisfecerán en forma incompleta o ineficaz.

### **El profesional en etapa de maduración**

Tarea: Intimidad      Fuerza que emerge: Amor

*Metas:* Desarrollar la capacidad de comprometerse en relaciones de colaboración con usuarios, colegas profesionales, y otros compañeros del sistema de servicios de salud, como profesional interdependiente.

Una vez que el profesional adquiere una identidad profesional clara sabe quién es y qué es lo que hace, es capaz de funcionar en forma interdependiente e independiente. Si la enfermera se siente segura en el yo profesional y en las responsabilidades del papel profesional, puede dedicar una parte de su energía a las relaciones de colaboración. De esta manera, la enfermería y otras disciplinas relacionadas con el cuidado de la salud, convienen de mutuo acuerdo su meta común: el bienestar del usuario, y pueden valorar recíprocamente las necesidades globales de atención de la salud, respetar cada una las contribuciones específicas de cada disciplina, y determinar quién está más calificado para manejar aspectos explícitos del cuidado de la salud de los usuarios. La enfermera puede compartir sus experiencias con los compañeros de equipo, y contribuir a la evaluación del sistema de servicios de salud, considerando en todo momento al usuario como el punto central del proceso de colaboración.

*Resultados de una realización satisfactoria:* La intimidad refleja la capacidad de una persona de conceder el mismo valor a las necesidades ajenas que a las propias; en consecuencia, la enfermera que puede actuar de esta manera en las relaciones profesionales tiene mayores oportunidades de influir en el cambio de los demás. La influencia y la vulnerabilidad son más grandes en las relaciones íntimas, y si bien es cierto que la enfermera es más vulnerable en este tipo de relaciones, también es verdad que es la misma persona que aprendió a confiar, a sentirse segura de sí misma y que está dispuesta a correr riesgos para incrementar su eficacia. A causa de su necesidad en las relaciones enfermera-paciente, los clientes son mucho más vulnerables y, por ende, es muy importante que la enfermera considere al usuario como una persona que, por derecho propio, merece respeto y aceptación incondicional. Es mucho más probable que esta relación dé como resultado la participación de las capacidades de los usuarios. Si se valora al cliente y se le permite participar en forma activa en el proceso de enfermería, aumentan las posibilidades de alcanzar las metas convenidas de mutuo acuerdo y, lo que es aún más importante, es más probable que los resultados sean duraderos, incrementando los logros esperados de un nivel más alto de salud. De la misma manera, la enfermera capaz de valorar a sus colegas profesionales y a otros miembros del equipo de salud, es más eficiente en sus esfuerzos como defensora de los clientes, y puede dedicar parte de su energía a la colaboración para beneficio de todos y no a la competencia que sólo la favorece a ella.

*Resultados de una realización incompleta o insatisfactoria:* Aun cuando la enfermera llegue a tener una clara identidad profesional de sí misma, si no puede manifestar intimidad limita su capacidad de ejercer influencia en usuarios, colegas y otras personas. A menos que sea capaz de valorar las creencias, derechos, capacidades y responsabilidades de los demás, del mismo modo que aprecia las propias, el profesional no podrá elevar al máximo los resultados positivos de la relación entre enfermera y usuarios; si no siente respeto por otras personas, no puede participar con eficacia en las relaciones de colaboración, que se ha demostrado constituyen los cambios positivos más productivos. Si la enfermera es incapaz de colaborar, practica la profesión en forma aislada, tanto en las relaciones compe-

titivas como, en el mejor de los casos, en las relaciones cooperativas. En consecuencia, se limita la influencia que ejerce el profesional y, aunque éste sea experto en conocimientos y habilidades relacionados con la enfermería, no será nunca hábil para sentir las respuestas humanas de los usuarios ni en determinar lo que el paciente debe o no debe hacer. El experto es el usuario. Cuando las enfermeras o cualquier otro trabajador de sanidad consideran que su experiencia incluye todos los factores relacionados con la obtención de la salud, tienden a reaccionar en forma que los pacientes consideran deshumanizada. La enfermera que no logra integrar la intimidad y que, por lo tanto, es incapaz de comprender completamente el valor de otros seres humanos, tenderá a distorsionar la experiencia profesional y a comportarse de una manera que deshumaniza a los clientes en lugar de dar la máxima importancia a sus capacidades mediante relaciones de colaboración. Es fácil comprender que las enfermeras que no se sienten respetadas como iguales en el equipo de atención de la salud tendrán mayores dificultades para desarrollar su capacidad de colaboración con usuarios, colegas y otras personas.

### **El profesional productivo**

Tarea: Capacidad de generar      Fuerza que emerge: Preocupación por los demás

*Metas:* Ser productivo con uno mismo y con los demás en los papeles profesionales de la enfermería, contribuyendo con la sociedad a través de los propios esfuerzos en educación, práctica e investigación de la enfermería.

Una vez que la enfermera profesional desarrolla su capacidad de colaborar constantemente con quienes se relaciona desde el punto de vista profesional, pasa a una etapa de desarrollo de gran productividad, en la cual las contribuciones profesionales alcanzan su punto culminante y obtiene el mayor rendimiento de sus actividades profesionales. Las enfermeras que se desenvuelven bien en esta etapa de la vida profesional ejercen una influencia muy positiva en la imagen que tiene la sociedad de la enfermería; todas sus actividades se consideran verdaderas aportaciones y generan contribuciones directas a la sociedad a través de la práctica de la profesión con usuarios, educación de futuros profesionales y conducción de investigaciones que dan significado a la contribución de la enfermería dentro del sistema de servicios de salud.

*Resultados de una realización satisfactoria:* Si la enfermera lleva a cabo la tarea de generar, se enriquecerán en gran medida tanto el público como el yo profesional. Sentirse productiva, es decir, sentirse absolutamente esencial para el mundo que conocemos, constituye una necesidad profesional y personal de todas las enfermeras. "Dejar un legado propio" es exigencia de todos los seres humanos. Como agente del cambio y defensora, la enfermera profesional madura proporciona la más alta calidad de servicios de enfermería gracias a su pericia; esta enfermera aprecia el valor de la práctica con los usuarios y el de la educación en enfermería, ya que actúa como consumidora constante y, de alguna manera, como colaboradora; valora la importancia de la investigación en enfermería, actúa como consumidora de los hallazgos de la investigación en la práctica y en la educación, y como participante a cierto nivel en la dirección de la investigación. La imagen que tiene

la sociedad de la enfermera profesional depende de la productividad de las enfermeras en esta etapa generativa de desarrollo profesional.

*Resultados de una realización incompleta o insatisfactoria:* Las enfermeras que no alcanzan un nivel de madurez en la profesión, caracterizada por la productividad, también “dejan su huella” en el mundo profesional; sin embargo, su legado contribuye a que la sociedad tenga un concepto de la enfermería inferior a lo profesional. En el mejor de los casos, esa imagen puede ser la de una persona con experiencia técnica o competente en el cuidado para la recuperación de la salud; en el peor de los casos, será la de una persona que presta servicio primordialmente como ayudante de todos los demás trabajadores de la salud y en forma secundaria, como asistente de los usuarios. La imagen de la enfermera como una verdadera profesional depende de que la mayoría alcancen un nivel de madurez en el desarrollo profesional. Los profesionales que no se sienten capaces de generar ni producir pueden vivir largos períodos de práctica de la enfermería en los que se sienten estancados, incluso “acabados”, por usar una frase hecha que describe a las personas insatisfechas con las oportunidades y con su propia actuación en un ambiente altamente tecnológico que se mueve con gran rapidez.

#### **El profesional de mayor edad**

Tarea: Adquisición de integridad

Fuerza que emerge: Sabiduría

*Metas:* Hallar placer en los propios logros y en los de los demás en la búsqueda de metas profesionales y apreciar todo el ciclo de vida del yo profesional.

Parafraseando un concepto convertido en realidad por la Dra. Elizabeth Kubler-Ross en su trabajo con pacientes que se encontraban en la última etapa de su vida, el profesional de mayor edad tiene la oportunidad y la obligación de terminar los asuntos que dejó inacabados, y de reflexionar y apreciar las aportaciones y relaciones importantes en su vida. Si esto se realiza en forma adecuada, el profesional se sentirá integrado a la profesión mientras viva, aunque para lograrlo se requiere un ambiente que valore a los miembros más antiguos, permita la adaptación de las tareas para que los profesionales de más edad puedan seguir contribuyendo activamente, y los más jóvenes recurran a éstos en busca de consejos sabios y prudentes.

*Resultados de una realización satisfactoria:* El profesional que adquiere un sentido de integridad al envejecer dentro de la profesión ejerce una gran influencia en el establecimiento de pautas futuras; por ejemplo, las seis fundadoras de Sigma Theta Tau (sociedad honorífica nacional de la enfermería profesional en Estados Unidos), que tuvieron un gran éxito en la realización de las tareas de desarrollo correspondientes a cada una de las etapas profesionales, han ejercido mayor influencia en la profesión durante sus últimos años. Cada una de ellas abrazó la integridad de la profesión; nunca se desanimaron sobre las posibilidades que tenía la enfermería de ofrecer un servicio muy necesario a la sociedad; individualmente experimentaron gran placer con sus logros profesionales y, quizá aun más importante, con las proezas de todas aquellas personas que las siguieron en la organización que fundaron. En un ambiente en que se consideran un verdadero tesoro, como se manifestó

en el actual programa de premios a las fundadoras, las sobrevivientes crean los momentos más dramáticos en las convenciones que se celebran cada dos años. Sus sueños y logros se transmiten de la manera más notable, es decir, mediante la interacción con ellas y con profesionales jóvenes y de más edad que han logrado la tarea de desarrollo de más alto nivel, la adquisición de integridad.

*Resultados de una realización incompleta o insatisfactoria:* Si el profesional de más edad no encuentra placer en sus propios logros o no está satisfecho con la práctica profesional de los demás, no puede adquirir un sentido de integridad profesional; por el contrario, al igual que ocurre con el desarrollo del yo personal, la evolución del yo profesional se caracteriza por un sentimiento de desánimo o desesperanza. Esta persona no puede terminar las tareas que dejó pendientes ni hacer un recuento de los logros propios o ajenos dentro de la profesión, y es incapaz de apreciar los cambios y progresos que se realizan. Puede comprenderse el hecho de no adquirir un sentido de integridad en las últimas etapas de la vida profesional, sin embargo, esto deja a la enfermera anciana sola y sin apoyo. El sentimiento de desesperanza genera un círculo vicioso de enajenación y la enfermera no puede ejercer influencia positiva en la atención de la salud, por lo que la sociedad suele verla en forma estereotipada caracterizada por frases como “No puedes enseñarle trucos nuevos a un perro viejo”.

### **Desafío del sistema del yo personal en el desarrollo de una identidad profesional**

Se ha encontrado cierta semejanza entre las tareas de desarrollo del yo personal y las del yo profesional. Las tareas profesionales que deben realizarse para alcanzar un desarrollo profesional completo son idénticas a las personales que han identificado los científicos sociales; en consecuencia, resulta lógico concluir que quienes llevan a cabo más tareas personales en el desarrollo del sistema del yo personal, tienen más probabilidades de realizar con éxito las tareas profesionales. Simms y Lindberg (1978, p. 9) afirman que el autoconcepto personal “es el resultado de relaciones interpersonales anteriores” y el autoconcepto logrado “afecta las interacciones futuras”, y llegan a la conclusión de que “la opinión que tiene una persona de sí misma controla las funciones que será capaz de asumir” (Simms y Lindberg, 1978, p. 9). Consideran el autoconcepto como una barrera interna o un apoyo del yo profesional. Durante el proceso de desenvolvimiento que se produce entre los profesionales en desarrollo y las personas que son importantes para ellos desde el punto de vista profesional, es muy posible que se desafíe el sistema del yo establecido; si se supone que una persona tiene siempre la posibilidad de cambiar en forma positiva, la experiencia profesional puede emplearse como una experiencia correctiva del crecimiento, ya que de la misma manera que las características personales del individuo influyen en las características profesionales que puede presentar, las experiencias profesionales pueden afectar el yo personal. Por lo tanto, el sistema del yo personal y el sistema del yo profesional establecen una relación recíproca en la cual los dos están siempre abiertos al cambio en lo que se refiere a limitaciones y oportunidades que tiene la persona.

Donnelly (1981, p. 50) describe cómo las enfermeras suelen experimentar conflictos entre la imagen que tienen de sí mismas y la que tienen otras personas de ellas, sobre todo en el caso de las enfermeras a quienes se les ha enseñado que “ser retraídas y modestas es la mejor manera de evitar disputas con los médicos”. No existen conflictos en esta situación si la enfermera se considera una ayudante menos importante para los pacientes que los médicos, ya que éstos simplemente dan órdenes que la enfermera cumple; no obstante, si tiene valores profesionales experimentará oposición ante una situación semejante pues se desafiará el sistema del yo de la enfermera. Donnelly propone las siguientes estrategias para manejar este desafío:

1. Concentrarse en el problema del usuario y no en las personalidades. Responder con hechos al tratar con los médicos.
2. Exigir respeto dejando bien claro que la posición que ocupa en la atención de pacientes es igual a la del médico. Hacer saber que el cuidado del usuario es lo más importante, aun cuando implique tener que rechazar la solicitud de un médico para que se le preste atención. Esperar cortesía e imparcialidad en los intercambios interpersonales con el médico.
3. Conocer sus derechos profesionales y personales.
4. Evaluar las solicitudes y órdenes antes de responder.
5. Relajarse y ser una misma, funcionando a la mayor capacidad (Donnelly, 1981, pp. 52-53).

En esencia, la enfermera que ha realizado en forma adecuada las tareas del desarrollo del yo personal puede utilizar esa fuerza personal para llevar a cabo las tareas profesionales. La enfermera que no ha tenido mucho éxito al efectuar las labores personales correspondientes a las etapas de desarrollo anteriores, puede recurrir a otras personas importantes para ella, desde el punto de vista profesional, para continuar acrecentando el yo profesional.

## **IDENTIDAD E IMAGEN PROFESIONALES**

---

“La enfermería ha luchado con su identidad durante casi un siglo. Esta crisis, que suele describirse como tensiones sin resolver entre arte y ciencia, ocupación y profesión, práctica y teoría, se refleja en amplios debates...” afirma Donley (1982, p. 2). Durante esta lucha, la sociedad se ha percatado de cómo las enfermeras han practicado en la realidad y de cómo las describen los distintos medios de comunicación. Puesto que muchas personas reciben casi toda su información sobre las enfermeras a través de los medios de comunicación, y no de las relaciones reales que existen entre éstas y los pacientes, es imprescindible comprender la imagen que presentan los medios publicitarios de las enfermeras.

### **Comportamiento del papel de enfermera**

Kalisch y Kalisch (1983) documentaron ampliamente la imagen de la enfermería de acuerdo con la descripción proporcionada por los medios de comunicación.

Fagin y Diers (1983, p. 116) señalan que es posible comprender las percepciones sociales de la enfermería si “se examinan las metáforas que sirven de base al concepto de ‘enfermera’, –metáforas que influyen no sólo en el lenguaje, sino también en el pensamiento y la acción”. Describen la enfermería como una imagen de la maternidad, caracterizada por “alimentar, cuidar, consolar, reconfortar y otras formas maternas de comportamiento, que son consideradas en nuestra sociedad como algo común y corriente que apenas vale la pena observar” (Fagin y Diers, 1983, p. 116). La enfermería también se define como una metáfora de la lucha de clases; esta noción respalda la descripción hecha anteriormente de las enfermeras como grupo oprimido; asimismo, se muestra con una imagen de igualdad, en la cual existe poca diferencia entre practicantes, usuarios y otras personas de la clase trabajadora. Fagin y Diers proponen que la enfermería puede ser una metáfora de la conciencia para los médicos, un molesto recordatorio de su falibilidad, ya que generalmente las enfermeras se dan cuenta de todo lo que sucede en la atención de la salud. También creen que la enfermería es una metáfora de la intimidad, porque las enfermeras tratan públicamente los aspectos más privados de la vida. Por último, Fagin y Diers consideran que la distorsión del hecho de que las enfermeras traten los aspectos más íntimos de la persona da por resultado otra metáfora para la enfermería, la del sexo. Estas metáforas representan funciones que crean un estereotipo de la enfermería y no las funciones para las cuales se preparan las enfermeras profesionales. Como tales, estas metáforas representan una parte de verdad y otra de ficción. Las enfermeras no tienen por qué ponerse a la defensiva, sino que deben tratar de influir en el público tomando el control de su propio desarrollo profesional y la responsabilidad del comportamiento de los papeles que contemplan la necesidad de los servicios profesionales (Fagin y Diers, 1983).

### **Cómo cambiar la imagen**

Puesto que la posición ocupada hoy en día por la profesión se relaciona de alguna manera con las imágenes que tiene la sociedad sobre la enfermería y con los orígenes del grupo, es importante modificar estas imágenes distorsionadas y diferenciar el yo profesional de la enfermería. Winstead-Fry (1977) sostiene que las transmisiones generacionales indican que los miembros del grupo pueden tomar la decisión de conservar, modificar o superar los problemas relacionados con la posición de la enfermería, y considera que la capacidad de resolver el problema de posición requiere una clara diferenciación del yo profesional. Si la enfermera posee un autoconcepto profesional claro, podrá desafiar los mitos y suposiciones de generaciones anteriores. Winstead-Fry afirma que dos de los principales problemas de la enfermería para crear un yo profesional claro son las relaciones entre enfermeras y hospitales (patrón-empleado) y la socialización en la función tradicional de la mujer. La autora llega a la conclusión de que el manejo adecuado de estos problemas dará por resultado el empleo conveniente del otro y propone algunas medidas que deberían ser eficaces para combatir las imágenes no profesionales.

## **Transmisión de la imagen profesional**

Es posible modificar las imágenes distorsionadas que se tienen de la enfermería si las enfermeras diferencian el yo profesional que desean mediante los siguientes comportamientos (Winstead-Fry, 1977):

1. Decir algo directamente a las personas que deforman la imagen profesional.
2. Comprender los lazos generacionales que unen al grupo con los hospitales y los resultados productivos e improductivos de estos lazos.
3. Plantear a los hospitales la urgencia de mantener relaciones razonables.
4. “Luchar por lo que deseamos ser como profesión joven en la que predominan las mujeres” (Winstead-Fry, 1977, p. 1454), que incluye tratar los asuntos relacionados con la liberación femenina, muy importantes para la profesión, y la diferenciación entre los profesionales de hoy y las generaciones anteriores, y aquellos aspectos de la historia de la enfermería que interfieren con la independencia y la autonomía profesional.

Todas las medidas anteriores, destinadas a transmitir una imagen profesional de la enfermería, deben tener lugar dentro del grupo de colegas de la enfermería, del equipo de salud completo, y de los grupos sociales que ejercen alguna influencia sobre la imagen de la profesión. La transmisión de información derivada de estas medidas podría actuar como factor determinante para que la enfermería alcanzara el lugar que le corresponde en la sociedad como una valiosa disciplina profesional que ofrece un servicio de vital importancia a la comunidad a la que sirve.

## **EMPLEO DEL YO EN LAS RELACIONES TERAPEUTICAS: RESULTADOS DE LA PRACTICA DE LOS COMPORTAMIENTOS DEL YO PROFESIONAL**

---

“La verdadera promesa de efectuar cambios reales en la enfermería reside en nuestra capacidad de crear autoimágenes positivas... la clave de la relación entre ayuda y atención” (Uustal, 1978, p. 2063). Tomando como base sus conocimientos, la enfermera emplea de manera consciente el yo profesional en relaciones de colaboración con el fin de utilizar los puntos fuertes de los usuarios para alcanzar el mejor estado posible de salud.

### **Importancia del sistema del yo profesional de la enfermera**

El proceso de establecer relaciones interpersonales con los demás se basa en la propia opinión; es decir, en el sistema del yo personal. Las relaciones interpersonales saludables contribuyen a lograr una buena opinión de sí mismo, que a su vez ayuda al profesional a relacionarse satisfactoriamente con los usuarios. La calidad de las relaciones interpersonales entre enfermera y usuarios es importante para la opinión que ambos tienen de sí mismos, ya que ésta forma parte integral de la lucha de las personas por obtener salud y en la medida en que es posible alcanzarla. Esta interacción entre enfermera y usuario, que tiene por objeto alcanzar el mejor estado



de salud posible, depende de la base de conocimientos con la que trabaja la enfermera y de la eficacia de los esfuerzos de comunicación, determinada en gran medida por el autoconcepto personal. Las enfermeras tienen que preguntarse constantemente, al igual que lo hizo Miguel Ángel, “¿Cuánto de lo que quería decir pude transmitir en realidad?” (Stone, 1961, p. 362). Duldt y colaboradores (1984, p. 271) consideran que los resultados importantes de las actividades de enfermería con los usuarios se basan en el nivel de comunicaciones humanas que se producen recíprocamente entre enfermera y usuario. La capacidad de comunicarse en forma civilizada se relaciona irresolublemente con el sistema del yo personal y con el nivel de éxito que se haya alcanzado en la negociación de las tareas de desarrollo. A fin de poder comprender y responder a los sentimientos de los usuarios, es importante que la enfermera profesional esté consciente del sistema de su propio yo y de los patrones de relación que necesiten reforzarse o modificarse para cumplir con eficiencia las responsabilidades profesionales. Algunos ejemplos, tomados de la literatura, ilustran vivamente qué significa para los usuarios y cuán importante es para las enfermeras comprender y reaccionar de manera positiva a sus sentimientos, éstos son: “Cuando una persona comprende y no puede lograr que otros entiendan, ¿qué puede hacer?” (McCullers, 1940, p. 59), y “Me internaron en un hospital porque se abrió una enorme brecha en el témpano de hielo que había entre mí y las demás personas a quienes observaba, con su mundo alejándose cada vez más... estaba sola en el hielo... vino una ventisca y me entumecí, sólo deseaba recostarme y dormir” (Frame, 1961, p. 10).

### **Importancia del sistema del yo profesional**

La manera en que uno ve su profesión y la forma en que se siente a sí mismo como profesional influyen en el modo de pensar y actuar en las relaciones profesionales. La enfermería tiene algunas dificultades intrínsecas para diferenciar con claridad un yo profesional que cumpla todos los requisitos de una profesión legítima. Barbara Jordan señaló que todas las profesiones en las que predominan las mujeres tienen un problema común: las mujeres no actúan de acuerdo con la igualdad que dicen sentir, y afirma:

El problema consiste en que no somos capaces de definirnos como seres humanos completos e íntegros; reducimos la definición de nuestras vidas un poco porque en alguna parte de las profundidades de nuestra mente existe el pensamiento de que no somos verdaderamente iguales. Por lo tanto, ¿qué van a hacer las mujeres al respecto? ¿Cómo vamos a cambiar todo esto? Será necesaria una labor larga, difícil, lenta, y tediosa. Debemos comenzar con el concepto que tenemos de nosotras mismas, tratar de comprender cómo nos sentimos realmente, y proceder a hacer realidad el pensamiento de que evolucionamos finalmente de la mirada hacia adentro y la proyección hacia afuera. (Jordan, 1979, pp. 218-219).

Jordan opina que el verdadero profesionalismo en grupos de mujeres sólo podrá existir cuando estén claramente identificadas con sus propios conceptos personales.

Sin tener en cuenta las dinámicas de la evolución de la profesión, se supone que el tipo de yo profesional que desarrolla cada enfermera constituye una gran diferencia en lo que cada cliente puede obtener del proceso de enfermería. Si muchas enfermeras alcanzan autoconceptos profesionales maduros (en función de las tareas profesionales que es preciso negociar), la enfermería se convertirá en una fuerza constructiva para la salud en la sociedad. El proceso de enfermería será entonces educativo y terapéutico, y la enfermera y el usuario podrán conocerse y respetarse "como personas iguales y, no obstante, diferentes, que participan en la solución de los problemas" (Peplau, 1952, p. 9) y en la intensificación de las fuerzas.

## **BIBLIOGRAFIA**

---

- Blase JJ, Pajak EF: Teaching, the loss of innocence, and the psychological development of a professional self. Ed. *Horizons* 60:65-72, 1982.
- Brooks JA, Kleine-Kracht AE: Evolution of a definition of nursing. *Adv Nurs Sci* 5:51-85, 1983.
- Donley R: Editorial: A community of scholars. *Image* 14:2, 1982.
- Donnelly G: How to break the handmaiden image. *Nurs Life* 1:50-53, 1981.
- Duldt BW, Giffin K, Patton BR: *Interpersonal Communication in Nursing*. Filadelfia, FA Davis, 1984.
- Erikson E: *The Life Cycle Completed*. Nueva York, WW Norton, 1982.
- Fagin C, Diers D: Occasional notes – Nursing as metaphor. *N Engl J Med*: 116-117, 1983.
- Frame J: *Faces in the Water*. Nueva York, George Braziller, 1961.
- Jordan B, Hearon S: *Barbara Jordan – A Self Portrait*. Garden City, Nueva York, Doubleday, 1979.
- Kalisch BJ, Kalisch PA: Improving the image of nursing. *Am J Nurs* 83: 48-52, 1983.
- Lancaster J, Lancaster W: *The Nurse as Change Agent*. St. Louis, CV Mosby, 1982.
- Matejski MP: Nursing education, professionalism, and autonomy: Social constraints and the Goldmark report. *Adv Nurs Sci* 3:17-30, 1981.
- McCullers C: *The Heart is a Lonely Hunter*. Nueva York, Bantam Books, 1940.
- Peplau HE: *Interpersonal Relations in Nursing*. Nueva York, GP Putnam's Sons, 1952.
- Roberts SJ: Oppressed group behavior: Implications for Nursing. *Adv Nurs Sci* 5:21-30, 1983.
- Rogers ME: *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. Filadelfia, FA Davis, 1970.
- Sheehy G: *Pathfinders*. Nueva York, Bantam Books, 1982.
- Simms LM, Lindberg J: *The Nurse Person*. Nueva York, Harper & Row, 1978.
- Stone I: *The Agony and the Ecstasy*. Garden City, Nueva York, Doubleday, 1961.
- Sullivan HS: *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Nueva York, WW Norton, 1953.
- Ustul DB: Values clarification in nursing: Application to practice. *Am J Nurs* 78:2058-2063, 1978.
- Winstead-Fry P: The need to differentiate a nursing self. *Am J Nurs* 77:1452-1454, 1977.

## **Sección 2**

### ***Bases teóricas de la enfermería profesional***

## Capítulo 5

# *Pensamiento científico y desarrollo de la teoría*

### **PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR**

1. Qué aportan educación, práctica e investigación al desarrollo de la enfermería como ciencia?
2. Comparar el desarrollo de la enfermería como ciencia con la evolución de la ciencia en general.
3. ¿Qué factores se proyectan para los próximos 20 años que afectarán la perspectiva científica de la enfermería?
4. Mencionar seis características de la ciencia como sistema y cómo la enfermería presenta en la actualidad cada una de las características seleccionadas.
5. ¿Cuál es la diferencia entre el razonamiento deductivo y el inductivo?
6. ¿Por qué es la teoría esencial para la práctica de la enfermería?
7. ¿Qué importancia tiene la duda en el desarrollo de la ciencia de la enfermería?
8. Mencionar cuatro conceptos fundamentales de la enfermería que identifiquen el punto central del cuestionamiento científico.

Según Rogers, la enfermería tiene dos dimensiones principales: “1) la ciencia de la enfermería y 2) la utilización o aplicación de ésta ciencia para el mejoramiento del hombre; es decir, la práctica de la enfermería”, y agrega: “Sin la ciencia de la enfermería no puede existir la práctica profesional” (Rogers, 1967, p. 7).

La ciencia de la enfermería incluye el estudio de las relaciones entre enfermeras, usuarios y medio ambiente en el contexto de la salud; los fenómenos y proposiciones de la enfermería se derivan y pertenecen al aspecto clínico –al campo de la práctica. La ciencia de la enfermería genera teorías para capacitar a las enfermeras profesionales en el control de la práctica. (Meleis y May, 1981, p. 33). El surgimiento de la ciencia de la enfermería como disciplina profesional autónoma, distintiva, valorada por la sociedad, confronta las demandas de la profesión y de la sociedad para que la enfermería asuma toda la responsabilidad de las decisiones, acciones y consecuencias (Bilitski, 1981).

En cualquiera de los diferentes modelos de enfermería que existen, la ciencia de la enfermería se considera un sistema dinámico que interactúa con el medio

ambiente. Los elementos que la constituyen son teoría, práctica, investigación y educación; la educación brinda al futuro practicante las experiencias necesarias para construir un sistema de creencias y para sintetizar y difundir conocimientos. La teoría proporciona al profesional las herramientas necesarias para dirigir la práctica de la enfermería, y la práctica suministra el ambiente necesario para aplicar y someter a prueba los conocimientos de enfermería y desarrollar teorías. Por otra parte, la investigación proporciona a los científicos de la enfermería los medios necesarios para examinar las teorías relacionadas con la condición de salud de los clientes, y contribuye a aumentar los conocimientos de enfermería. El paso de la enfermería a niveles más altos de organización, complejidad, y funcionamiento depende de la investigación sistemática continua (Bilitski, 1981).

La enfermería, una ciencia joven, puede aprender mucho de la historia del desarrollo científico; de hecho, si se analiza el surgimiento del desarrollo científico en muchas disciplinas, puede verse cómo en los últimos años la enfermería ha dado los mismos pasos históricos que las ciencias más antiguas dieron hace mucho tiempo. En la siguiente sección se hace un breve recuento de la evolución del pensamiento científico.

## **PANORAMA GENERAL DE LA HISTORIA DEL PENSAMIENTO CIENTIFICO**

---

La ciencia, que ha modificado la faz de la tierra y las fronteras del universo, ha evolucionado desde los primeros hombres, tal vez incluso desde los hombres prehistóricos. En gran medida, la ciencia es responsable del progreso de la humanidad. Aunque no es posible seguir en este libro el desarrollo de la ciencia a través de todas las épocas de la historia, hemos elegido referirnos a tres períodos: el hombre antiguo (inicios de la civilización), la primera revolución científica (1500-1700) y la segunda (1900-1950) para explicar la evolución de la tercera revolución científica que tiene lugar en nuestros días en la era de la información.

### **El hombre antiguo**

El hombre primitivo se interesaba más por estudiar y mejorar las cosas importantes para su supervivencia y adaptarlas a sus condiciones de vida, que en tratar de descubrir cosas que pudieran cambiar en forma drástica su universo; sin embargo, los artesanos antiguos empleaban métodos empíricos: "Experimentaban, a ciegas en su mayor parte, pero con infinita paciencia; y conforme experimentaban y observaban los resultados, cumplían con el primer requisito de la ciencia" (Hawkes y Woolley, 1963, p. 666). No obstante, cuando encontraban la forma de hacer algo que deseaban, se sentían satisfechos y felices de repetir una y otra vez la técnica eficaz. Simplemente registraban lo que debían hacer para volver a tener éxito, inventando con ello el recetario. Sabían que si se hacían las cosas en el orden correcto, se producían cambios milagrosos; no les interesaba investigar cómo o por qué funcionaba el proceso, ya que el "cómo" y el "por qué" eran asunto de los dioses. El universo no era racional, estaba gobernado por dioses que obedecían más a caprichos y pasiones que a la razón. A lo largo de esta primera era de la

humanidad, el hombre estudió y observó los fenómenos de manera rudimentaria, pero lo suficiente para reunir un sinnúmero de informaciones dispersas y aisladas. Estos conocimientos empíricos eran “atesorados en forma aislada y cada nuevo hecho no se relacionaba mucho con los demás, sino con el último orden divino” en vez de “ser tratados colectivamente como un conjunto de informaciones de las que podían derivarse conclusiones científicas” (Hawkes y Woolley, 1963, p. 668). En la medida que la enfermería se ejerció básicamente con protocolos y procedimientos durante muchos años, constituyó un ejemplo de disciplina científica joven que, de alguna manera, siguió los métodos científicos que existieron desde 1200 AC hasta hace unos cien años.

Al estudiar la evolución de la ciencia de las matemáticas, es interesante observar que los babilonios registraron sus conocimientos científicos de álgebra, geometría y aritmética, mientras que, durante la misma época, los egipcios sólo conocían la suma. En relación con las matemáticas, “cualquier pueblo cuya economía se basa en la agricultura, necesita observar las estaciones, y como el agricultor debe planificar con antelación, requiere una especie de calendario que le indique los cambios que se producirán a lo largo del año” (Hawkes y Woolley, 1963, p. 676). Asimismo, las fiestas religiosas debían celebrarse en determinadas épocas, pero como los agricultores no eran capaces de crear un calendario, esta tarea recayó en la clase acomodada, personas cultas, sacerdotes o escribas sacerdotales. La capacidad científica de pasar de la observación a la predicción era prácticamente imposible para los egipcios debido a la naturaleza de sus capacidades matemáticas, por lo tanto, no ha podido encontrarse referencia alguna sobre astronomía ni predicciones de los eclipses y demás fenómenos observados en aquella época. Los babilonios podían efectuar cálculos, por ello existen registros de sus primeros cómputos sobre la duración del día y de la noche en diferentes estaciones, la salida y el ocultamiento de la luna, y la aparición y desaparición de otros planetas como Venus.

En cuanto a salud y medicina, la gente de la Edad de Bronce pensaba que enfermedades, dolores y molestias eran causados por los dioses o espíritus malignos; en consecuencia, la medicina se asociaba con la religión o la magia. Del Código de Hammurabi, que se remonta a 1780 AC, se sabe que existían leyes que impedían a los médicos intervenir quirúrgicamente a menos que existieran altas probabilidades de éxito, y prescribir tratamientos a pacientes que estaban seguros morirían o que padecían una enfermedad incurable. Aunque existían fórmulas prescritas para tratar diversas disfunciones del cuerpo humano, también es verdad que solían desconocerse las funciones de los cuerpos vivos.

Fue hasta los tiempos del imperio griego cuando los mitos dieron paso a la razón. El término “logos” es equivalente a la ciencia empírica. El hombre pasó de lo mitológico, fantástico y poético a lo racional y concreto, con lo cual pudo establecer la existencia de lo particular; después, el hombre pasó de los conceptos particulares a los universales, a los que Platón dio el nombre de ideas. Durante esta época avanzaron mucho la geografía y las matemáticas.

Después de Confucio, alrededor del año 250 AC, la medicina pareció fundarse en un conjunto de hechos reales, constaba de cinco áreas: “supervisión general, incluyendo la salud del emperador; salud del pueblo; úlceras y tratamiento séptico; supervisión de la alimentación imperial, y servicio veterinario” (Pareti y col., 1965,

p. 148). Aunque no se hacía una distinción clara entre medicina y magia, en la India se tenían algunos conocimientos elementales de patología y fisiología; el conocimiento de la fisiología provenía de los embalsamadores. Durante esta época se creía que el corazón era “el centro del intelecto, la sangre la fuente de la vida, y el hígado el origen de su circulación” (Pareti y *col.*, 1965, p. 149).

Los estudios serios sobre los orígenes del mundo y las características particulares de los animales, vegetales y minerales comenzaron a aparecer alrededor del siglo IV AC, la era de la filosofía griega. En el siglo I DC la medicina hizo grandes progresos con la teoría china de los cinco elementos (madera, fuego, tierra, metal y agua) y del “yang-yin (los dos principios opuestos, aunque complementarios, de femenino-masculino, positivo-negativo, caliente-frío, etc.)” (Pareti y *col.*, 1965, p. 742). En Roma se produjeron grandes adelantos en la farmacología con medicinas de origen animal (miel, leche y grasa), de vegetales, hierbas, raíces y semillas comestibles, y de vino, otras bebidas, y minerales.

Las ciencias que tuvieron un desarrollo teórico rudimentario antes del año 500 DC fueron alquimia y medicina, geología, física, matemáticas, ingeniería y agricultura, astronomía, arquitectura, filología, geografía y cartografía, y las ciencias naturales como botánica y zoología. De esta manera, tuvieron que transcurrir más de mil años para que los conocimientos comenzaran a organizarse en agrupamientos sistemáticos que ayudaran al hombre a comprender mejor el universo en el que vivía.

### **Primera revolución científica: 1500-1700**

Los dos siglos transcurridos entre 1500 y 1700 pueden considerarse como los años más importantes en el desarrollo de la civilización, durante ellos evolucionó el método científico de investigación, que constituye el sello distintivo de la primera gran revolución científica, la cual se describe como una revolución intelectual en el sentido de que enseñó al hombre a pensar en forma diferente (Ware y *col.*, 1966).

#### Revolución intelectual

De la primera revolución científica se derivaron cuatro supuestos básicos que dirigieron el pensamiento de los hombres de aquella época y de las futuras. Estos supuestos se definen en los principios de determinismo, cantidad, continuidad e impersonalidad. Al no dejar lugar a la incertidumbre, el principio de determinismo refleja la creencia de que la “naturaleza actúa mediante una estricta cadena de acontecimientos que van de causa a efecto, la configuración de las causas determina plenamente en cualquier momento el acontecimiento que se producirá en el siguiente, y así sucesivamente” (Ware y *col.*, 1966, p. 127). La capacidad de predecir se deriva de este principio, según el cual, la carencia de pronósticos y la presencia de incertidumbre representan ignorancia. El principio cuantitativo expresa la naturaleza exacta de la ciencia; refleja la creencia de que la ciencia consiste en “medir cosas y establecer relaciones precisas entre las distintas dimensiones” (Ware y *col.*, 1966, p. 129). Desde este punto de vista, el hombre y el universo se describen por medio de números, por ejemplo, coordenadas espaciales, tiempo, posición, cantidades y lugares que ocupan las propiedades físicas, y por las relaciones entre estas

características numéricas. La continuidad, el tercer principio, se refiere a las “transiciones de la naturaleza de un estado a otro” ... y “expresa el sentimiento, profundamente arraigado en la perspectiva de la época, de que los movimientos de la naturaleza son graduales” (Ware y col., 1966, p. 129). Este principio refleja la creencia de que los procesos del hombre y del universo son continuos.

El último principio que surgió de la primera revolución científica fue el de impersonalidad. El científico se veía como un instrumento, no como persona, que empleaba la observación en lugar de la imaginación, encontraba pasivamente orden en los fenómenos en vez de crearlo y no aceptaba la influencia de su propia interacción en los fenómenos observados (Ware y col., 1966, p. 129).

Algunos de los más grandes intelectuales de la historia influyeron en la primera revolución científica:

1. Descartes. Antes de su fallecimiento en 1650, Descartes, matemático y físico, llegó a la conclusión mediante formulaciones racionales y deductivas de que sólo era posible comprender el universo descubriendo el orden matemático que lo regía. Dedujo que la única forma de estudiar el universo eran las formulaciones estrictamente racionales y deductivas y creía en la existencia de claras relaciones lineales de causa y efecto. Valiéndose de un enfoque mecánico, opinaba que las leyes físicas también podrían servir para aclarar al hombre sus dudas. Quizá el impacto más duradero que tuvo Descartes de la humanidad fue su creencia en las dos diferentes sustancias, materia y mente, que formaban al hombre (dualismo cartesiano), ambas podían explicarse en términos físicos. Este punto de vista separatista, no interactivo, entre psique y soma, continúa influyendo en el pensamiento de las enfermeras respecto a los usuarios (Bronowski, 1965, y Rogers, 1970).
2. Galileo. Astrónomo y fundador de la física moderna, Galileo vivió en la misma época que Descartes. Se le conoce por establecer los principios de la dinámica, como la ley de caída de los cuerpos (gravedad) y por el descubrimiento de que la trayectoria de los proyectiles es una parábola. Tal vez su descubrimiento más duradero haya sido el hallazgo de que un péndulo que oscila de un lado a otro podría utilizarse como base del reloj para medir el tiempo.
3. Newton. Vivió en la segunda mitad del siglo XVII y se le conoce por sus investigaciones sobre la luz, el color y la gravitación; descubrió el carácter compuesto de la luz y el hecho de que el color no reside en los objetos, sino en la luz. Tal vez sea más conocido por su trabajo sobre la gravitación, que le permitió descubrir y establecer los conceptos de masa y fuerza; consideraba a la naturaleza como un conjunto de objetos físicos en movimiento. Transcurrieron muchos años para que se cuestionara su noción de que tiempo y espacio tenían valores absolutos (con la teoría de la relatividad de Einstein).
4. Huygens. Vivió en la misma época que Galileo, Newton y Descartes y es quizá el menos conocido de los científicos del siglo XVII, expuso que la refracción de un rayo de luz resulta de la “disminución de la velocidad de las ondas luminosas en un medio más denso” (Hempel, 1966, pp. 70-71).



Gracias a los esfuerzos de estos primeros científicos, se produjo la primera gran revolución en la ciencia, hicieron que el hombre pensara de manera diferente sobre la naturaleza, y aunque se han impugnado sus puntos de vista deterministas, su aportación a la humanidad por concentrar las búsquedas intelectuales del hombre en los métodos de investigación científica, ha tenido un efecto permanente en los seres humanos.

#### Método científico

La investigación científica de los fenómenos fue una de las consecuencias de la primera revolución científica. Al definir la ciencia como “la organización de nuestros conocimientos de manera que nos dé a conocer más del potencial oculto de la naturaleza”, Bronowski creía que la ciencia empleaba un método que encuentra orden y significado en nuestras experiencias. Llegó a la conclusión de que el hombre “domina a la naturaleza no por la fuerza sino por la comprensión” ... y que ésa es la razón de que la ciencia tenga éxito y la magia fracase... “el poder es un subproducto de la comprensión” (Bronowski, 1965, pp. 14, 25, y 17-18).

El *método* empleado por la ciencia es un medio especial de razonamiento conocido como lógica, ésta abarca principios de razonamiento que pueden aplicarse a todas las ramas del conocimiento, y como la lógica se basa en la razón y en los juicios fundamentados, posee una fuerza que puede ser muy convincente. La investigación es una *técnica* de la ciencia que busca la verdad, información o conocimientos que nos ayuden a alcanzar la *meta* en la resolución de problemas. Un problema es cualquier pregunta o asunto que implica duda, incertidumbre o dificultad que requiere solución, mientras que la solución es el acto de resolver un problema encontrándole una respuesta o explicación. La investigación es el proceso más amplio de indagación de la ciencia, ya que constituye el análisis sistemático de una materia que tiene por objeto descubrir o revisar hechos, teorías o aplicaciones (Bronowski, 1965).

Polit y Hungler afirman que el método científico permite al hombre adquirir conocimientos en la forma más avanzada que se ha desarrollado hasta ahora; sostienen que el método científico crea “un sistema para obtener conocimientos el cual, aunque falible, suele ser mucho más fiable que la tradición, autoridad, experiencia o el razonamiento deductivo o inductivo por sí solo” (Polit y Hungler, 1983, p. 20). Asimismo, definen el método científico como “un enfoque sistemático de la resolución de problemas y de la ampliación de conocimientos” (Polit y Hungler, 1983, p. 20).

Kerlinger (1964, p. 13) define el método científico como “una forma sistematizada especial del pensamiento y el cuestionamiento reflexivos”. En este proceso de pensamiento y cuestionamiento, el científico suele encontrar un obstáculo para la comprensión. Después de intelectualizar el problema y evaluarlo a partir de la experiencia, el científico efectúa observaciones y especula sobre las posibles relaciones (plantea hipótesis), a continuación deduce las consecuencias de las hipótesis formuladas y, finalmente comprueba en forma empírica las hipótesis por medio de la observación, pruebas, y experimentación (Kerlinger, 1964, pp. 13-17).

Treese y Treese (1982, p. 51) describen los cinco pasos del método científico:

(1) planteamiento del problema, (2) formulación de una hipótesis para someterla a prueba, (3) recopilación de hechos derivados de la observación y la experimentación, (4) compilación e interpretación de los datos, y (5) derivación de conclusiones. El método científico ha guiado la investigación científica desde el siglo XVIII y se considera la aportación más importante de la primera revolución científica.

## **Segunda revolución científica: Primera mitad del siglo XX**

“El fracaso de las normas existentes es el prelude para buscar otras nuevas” (Kuhn, 1962, p. 68). A principios del siglo XX surgió una nueva perspectiva científica, que se conoce como la segunda revolución científica (Ware y col., 1966, pp. 121-122).

Perspectivas de las ciencias físicas, matemáticas, biología y ciencias sociales

A principios del siglo XX, los científicos se dieron cuenta de que el mundo físico estaba formado por materia y que existían diversas fuerzas que actuaban sobre la materia. Desde el punto de vista histórico, la fuerza más conocida era la gravedad, concebida por vez primera por Newton; otras fuerzas conocidas incluían la electricidad y el magnetismo. No obstante, durante la segunda revolución científica, los investigadores aprendieron muchas cosas sobre el mundo físico. Descubrieron que el átomo, considerado antes indivisible, poseía una estructura y distintas partes y que el espacio y el tiempo eran relativos, “se encontró que el electrón, que se movía con gran rapidez, cambiaba su masa de acuerdo con la velocidad y comenzó a parecer posible una relación entre masa y energía” (Ware y col., 1966, p. 131). Los físicos descubrieron que la energía, considerada antes continua e infinitamente divisible, estaba constituida por unidades discretas que no podían subdividirse, es decir, por cantidades mínimas a las que se les dio el nombre de cuantos.

Los cambios mencionados en la física fueron acompañados por modificaciones en las matemáticas, siendo muy importante el paso a un método estadístico. La estadística matemática no reemplazó todos los juicios hechos por los científicos, sino que les suministró herramientas “para ayudar a limitar el área de juicio y a guiarlo proporcionando una base cuantitativa, congruente de un caso al siguiente” (Ware y col., 1966, p. 134). De concepción sencilla, la estadística “divide los fenómenos observados en dos partes, aleatoria, que puede atribuirse al azar, y sistemática, la cual representa un efecto” (Ware y col., 1966, p. 135). El método estadístico proporciona los medios necesarios para que el científico determine si el efecto es real o no. En las mediciones estadísticas, el efecto se juzga en relación con el nivel de error en el que el estimado es fiable.

Las ciencias biológicas también avanzaron mucho durante la segunda revolución científica. Se encontró una explicación de los mecanismos genéticos, descubriéndose el mecanismo de la herencia en los genes; se dilucidó la estructura y la división de las células animales y vegetales; se identificaron por primera vez los virus y, gracias al descubrimiento de sustancias como ADN y trifosfato de adenosina, “fueron evidentes las características de los organismos que confirmaron, a nivel biológico, la hipótesis de que todos los organismos se relacionan entre sí” (Ware y col., 1966, p. 140).

Las ciencias sociales contribuyeron a alcanzar una comprensión del hombre que sigue siendo de gran importancia en nuestros días. Los científicos sociales de la época estudiaron y explicaron con gran detalle aprendizaje, condicionamiento, motivación, cultura y raza. Todos estos conceptos son muy importantes para la práctica de la enfermería profesional.

Descubrimientos que requerían la sustitución de antiguas teorías

Mientras que a los primeros científicos les interesaban fundamentalmente los números y las mediciones, después de la segunda revolución científica comenzaron a sentir un interés cada vez mayor en la estructura. Por ejemplo, los científicos sociales organizaron los conceptos en forma ordenada y significativa a pesar de que no eran muy susceptibles de medición. Las relaciones entre los fenómenos biológicos cobraron más importancia para los científicos que el número de fenómenos; el concepto de estructura sustituyó al principio cuantitativo; la discontinuidad reemplazó a la continuidad como estructura fundamental del mundo, y el conocimiento del mismo dejó de considerarse completo o exacto; los principios de incertidumbre y probabilidad sustituyeron a la certidumbre como forma de describir la realidad. La aceptación del principio de incertidumbre significaba que el científico, quien veía a la ciencia como un método para trazar la realidad, comprendía que existían restricciones impuestas por los límites de las observaciones; el vocablo “probable” pasó a ser una nueva palabra en las leyes de la naturaleza. Por último, el siglo XX produjo “una forma radicalmente nueva de ver la relación entre el científico y lo que observa. El hombre dejó de considerarse un observador ajeno para convertirse en parte inseparable de las observaciones” (Ware y col., 1966, p. 148). Este concepto ha resultado ser la piedra angular en el desarrollo de la teoría de la enfermería.

### **Nuestros días – La era de la información – Tercera revolución científica**

En esta era de rápido desarrollo científico, la avanzada tecnología hace posibles descubrimientos que se vuelven obsoletos casi de inmediato. La evaluación y difusión de nuevos hechos y relaciones en el mundo de la naturaleza plantea preguntas sobre la comprensión que posee el hombre del mundo humano, de los seres humanos. La enfermería eligió como responsabilidad primaria alcanzar dicha comprensión, ésta elección se refleja en definiciones que afirman que la enfermería es el estudio científico de las *respuestas* de los seres humanos a la salud o a la salud y la enfermedad.

Tecnología avanzada – Resultados del pensamiento científico

En esta era en que los *chips* de silicio han incrementado de tal forma la capacidad de las computadoras que pueden utilizarse de manera inagotable en el desarrollo científico y están al alcance de muchas personas, es infinito el número de innovaciones técnicas que pueden producirse. De hecho, esta es la era de la información y del procesamiento de información que parece ilimitado. La tecnología necesaria

para esta rápida expansión ha modificado notablemente a la población. El hombre ha utilizado la fuerza de un gran número de fuentes, incluyendo las fuentes nucleares. Ha aprendido a dividir la materia y a volverla a combinar en formas en las que nunca antes se había pensado, viajado a velocidades superiores a las del sonido, colocado satélites en órbita y sobrevivido en el espacio exterior, los médicos científicos han efectuado descubrimientos que han controlado muchas enfermedades y alteraciones de la salud y han aumentado en gran medida las expectativas de vida.

La perspectiva científica en las profesiones relacionadas con la salud

En su calidad de disciplinas profesionales, los servicios de salud sufren cambios rápidos y es probable que en el futuro se produzcan con mayor rapidez. ¿Cuáles son algunos de los cambios más importantes que están produciéndose? Willers (1982) registró las opiniones de John Kralewski, director del Center for Health Services Research, University of Minnesota, sobre algunos cambios profundos que afectan actualmente a las profesiones relacionadas con la salud, y que incluyen el hecho de que tenemos una población vieja cada vez más grande. Kralewski puso este hecho en perspectiva al observar que los estadounidenses emplean alrededor de 1 100 días de hospital cada año por cada 1000 personas; los menores de 65 años utilizan de 600 a 700 días por año, mientras que las personas mayores de 65 años usan de 1 800 a 2 000 días, y quienes tienen más de 70 años emplean cerca de 5 000 días hospitalarios al año por cada 1 000 personas. Se prevee otro profundo cambio porque el mejoramiento de la tecnología da como resultado mayores costos, por lo cual aumentan los gastos globales de los servicios de salud. Asimismo, aumentará la competencia de los encargados de la atención de la salud en la organización y prestación de los servicios de salud. Un resultado de los avances científicos que rebasan los avances sociales es que, por primera vez en la historia, las limitaciones de recursos imposibilitarán la aplicación del conocimiento científico en su máxima extensión a todas las personas. En la actualidad, los aspectos políticos ejercen gran presión y hacen que las profesiones relacionadas con la salud se enfrenten al problema del equilibrio que debe existir entre los adelantos científicos y las responsabilidades éticas. Tal vez la enfermería desempeñe un papel importante en el progreso para alcanzar dicho equilibrio. A medida que la enfermería trata de desarrollar su base científica para la consecución directa de la meta que se ha fijado de brindar atención a las respuestas humanas al proceso de salud, la profesión tiene la oportunidad única de contribuir a una mayor comprensión del hombre y de mejorar las decisiones éticas en el empleo de los avances científicos y tecnológicos.

## **PRINCIPALES CONCEPTOS DEL METODO CIENTIFICO EN ENFERMERIA**

---

Es posible que el significado del vocablo "ciencia" resulte más claro si se identifican las características sistemáticas de la ciencia; a continuación se presentan las características de la ciencia como sistema expuestas por Silva (1977, p. 60) sobre la base de los principios señalados por Van Laer:

1. "La ciencia debe mostrar cierta coherencia". Esta coherencia necesita reflejar la interrelación de hechos, principios, leyes y teorías. En la ciencia de la enfermería existe una nueva dimensión de la interrelación que hace que la enfermería sea coherente: el fenómeno interactivo de enfermera, cliente, ambiente y salud.
2. "La ciencia se ocupa de campos definidos del conocimiento". Según Rogers, la enfermería, ciencia empírica cuyo propósito consiste en explicar el fenómeno que ocupa el centro de su interés y en hacer predicciones en cuanto a él, se basa en un sistema abstracto que es "una matriz de conceptos importantes para el proceso de la vida en el hombre" (Rogers, 1970, p. 84). La autora, junto con otros teóricos, identifica una matriz común de conceptos inherentes a la enfermería.
3. "La ciencia se expresa preferentemente en proposiciones universales". Esto indica que la enfermería como ciencia debe estar de acuerdo en algunas características universales de los fenómenos que se propone investigar: el ser humano. Quizá las características más universalmente aceptadas del hombre son las adoptadas por Rogers (1970):
  - a. El hombre es un todo unificado que posee una integridad propia, en el cual el modelo y la organización reflejan su totalidad innovadora.
  - b. El hombre es un sistema abierto que intercambia constantemente materia y energía con el ambiente.
  - c. El proceso de la vida del hombre es unidireccional y se mueve en forma irreversible a lo largo del espacio y del tiempo.
  - d. El hombre es un ser que siente y piensa.
4. "Las proposiciones de la ciencia deben ser verdaderas o probablemente verdaderas". Como los seres humanos son falibles, la verdad absoluta se convierte en una meta difícil de alcanzar; en consecuencia, se pide a los científicos que ayuden a la humanidad a descubrir la realidad en una forma fiable, académica y sistemática. Chinn sugiere que la enfermería necesita de la teoría para encontrar sus realidades significativas, realidades que ofrecen una base para la fiabilidad y validez de la práctica. Con el fin de lograr los propósitos de la profesión, los científicos de la enfermería deben abstraer sistemáticamente las realidades de la enfermería. Chinn afirma que el proceso de abstracción debe ser riguroso y sistemático en lugar de fortuito. "Una teoría semejante desarrollada en forma sistemática producirá una base bien fundada para la descripción, explicación, predicción y control constantes de la práctica de enfermería" (Chinn y Jacobs, 1983, p. 4).
5. "Las proposiciones de la ciencia deben tener un orden lógico". El estricto cumplimiento de los pasos secuenciales del método científico es necesario para lograr un orden lógico. Chinn propone que, además de apearse estrictamente a los pasos secuenciales del método científico, el científico de enfermería debe utilizar las reglas de la lógica para validar las hipótesis de la materia prima con la cual se elabora la teoría. "La lógica deductiva e inductiva constituye dos medios para hacer interrelaciones lógicas de las hipótesis que forman parte de la teoría" (Chinn y Jacobs, 1983, p. 59).
6. "La ciencia debe explicar sus investigaciones y argumentos". Si el científico

no comparte su interpretación ni los resultados de su investigación, es evidente que no actúa de manera responsable. Feldman (1981, pp. 65-66) afirma: "El compromiso de comunicar los resultados de la experimentación ayudará a garantizar la calidad de las investigaciones y a someter a prueba las hipótesis en un medio práctico".

A continuación se presenta un breve análisis de algunos de los conceptos más importantes que reflejan la integridad del proceso científico en la enfermería.

### **Razonamiento inductivo y deductivo**

Polit y Hungler (1983, pp. 19-20) afirman que las soluciones a los problemas de enfermería se obtienen mediante procesos de pensamiento lógico. El razonamiento lógico combina experiencia e intelecto, y los procesos pueden ser inductivos o deductivos. Al proceso de llegar a una generalización por inferencia de información recopilada con anterioridad se le da el nombre de inferencia inductiva, éstas se describen además como el "hecho de pasar de premisas relacionadas con casos particulares a una conclusión que tiene el carácter de ley general o principio" (Hempel, 1966, p. 10). Por ejemplo, un científico puede observar comportamientos específicos en pacientes a quienes se les acaba de diagnosticar cáncer y llegar a la conclusión de que el diagnóstico se asocia con un alto nivel de ansiedad. Por otra parte, la inferencia deductiva demuestra que la conclusión "se relaciona con las premisas de tal manera que si éstas son verdaderas, la conclusión no puede dejar de ser también verdadera" (Hempel, 1966, p. 10). En este tipo de inferencia, los argumentos van de lo general a lo particular; dicho de otra forma, el razonamiento deductivo "es el proceso de elaborar predicciones específicas a partir de principios generales" (Polit y Hungler, 1983, p. 19). Para usar el mismo ejemplo que se mencionó antes, si se supone que ocurre un alto nivel de ansiedad en pacientes a los que recientemente se les diagnosticó cáncer, podría predecirse que todos los pacientes a los que se les diagnostique cáncer presentarán síntomas de ansiedad. Hempel, 1966, p. 11) afirma que algunos casos particulares pueden reaccionar de diferente manera en las mismas condiciones, las premisas de una inferencia inductiva sólo pueden afectar la conclusión con un grado mayor o menor de probabilidad puesto que las premisas de una inferencia deductiva tienen más probabilidades de llegar a la conclusión con certeza. Esta suposición sólo es cierta si la generalización o premisa empleada para llegar a la conclusión es verdadera.

### **Teoría**

Por lo general las teorías se introducen cuando los científicos han estudiado un tipo de fenómenos y han encontrado un sistema de uniformidades que pueden expresarse en forma de leyes. El objetivo de las teorías es "explicar las regularidades y, generalmente, brindar una comprensión más profunda y exacta de los fenómenos en cuestión" (Hempel, 1966, p. 70). Kerlinger afirma que "Teoría es un conjunto de estructuras (conceptos), definiciones y proposiciones interrelacionados que presentan una perspectiva sistemática de los fenómenos especificando las relaciones

entre las variables con objeto de explicar y predecir los fenómenos” (Kerlinger, 1964, p. 11). Además, Kerlinger sostiene que la teoría es el objetivo principal de la ciencia. Congruente con la definición de Kerlinger sobre la teoría, Chinn dice que: “Es una combinación de conceptos, definiciones y proposiciones que proyecta una perspectiva sistemática de los fenómenos designando interrelaciones específicas entre los conceptos con el fin de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos” (Chinn, 1983, p. 70). En esta definición son evidentes varios atributos de la teoría. En todas las teorías existe una interconexión de conceptos definidos con una estructura que les proporciona su naturaleza sistemática. Si bien las metas pueden tomar muchas formas diferentes, todas las teorías están orientadas hacia las metas. Por último, la teoría es tentativa porque se basa en suposiciones, valores y juicios, así como en observaciones empíricas. Según Polit y Hungler, las teorías proporcionan a los científicos un método para organizar, integrar, y conceptualizar la forma en que se relacionan los fenómenos entre sí (Polit y Hungler, 1983, p. 22). Las teorías ayudan a las enfermeras a comprender cómo y por qué se asocian entre sí los fenómenos de la enfermería y a predecir los acontecimientos y relaciones futuras.

Fawcett identificó varios tipos de teorías: descriptiva, explicativa y predictiva. “La teoría descriptiva identifica y describe características específicas de personas, grupos, situaciones o acontecimientos determinados” (Fawcett, 1984, p. 19). La teoría explicativa, más compleja que la descriptiva, describe “las relaciones entre diversos fenómenos” (Fawcett, 1984, p. 19). La teoría predictiva, la más compleja y poderosa de todas, predice “tipos específicos de relaciones entre fenómenos particulares” (Fawcett, 1984, p. 19). En la medida en que la enfermera profesional comprenda las teorías, podrá participar con un objetivo determinado y de la manera más eficaz, en el proceso de enfermería. La eficacia en la práctica se relaciona directamente con la capacidad de describir, explicar, y predecir las respuestas de los seres humanos en relación a la salud.

## **Concepto**

Los seres humanos y sus interacciones con el medio ambiente constituyen fenómenos extremadamente complejos. Para poder manejar en forma adecuada dicha complejidad, la enfermera profesional debe ser capaz de sistematizar. “La sistematización científica requiere el establecimiento de distintas relaciones, mediante leyes o principios teóricos, entre los diversos aspectos del mundo empírico caracterizados por conceptos científicos” (Hempel, 1966, p. 94). Desde esta perspectiva, los conceptos son como nudos en una red de interrelaciones sistemáticas. Expresándolo de manera más específica, Fawcett (1984, p. 2) los define como “palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos”. Los conceptos son sumamente abstractos y generales; Chinn (1983, p. 111), los considera “ladrillos de la teoría” y explica que se identifican “buscando palabras o grupos de palabras que representen objetos, propiedades o acontecimientos dentro de la teoría” (Chinn, 1983, p. 111). Esta autora sostiene que el universo de los conceptos dentro de una teoría necesita evaluarse por cantidad, calidad y relaciones que surgen entre éstos, ya que determinan la naturaleza, estructura y definición de las relaciones teóricas.

Fawcett (1984, pp. 5-6) y otros autores adoptan la posición de aceptar y reconocer la amplia naturaleza de la enfermería cuando se extrapolan cuatro conceptos: usuario (que puede ser individuo, familia, grupo o comunidad), ambiente (vivo o inanimado), salud (que puede incluir bienestar y enfermedad) y las acciones de enfermería (que comprenden todas las interacciones entre enfermera, usuario, y ambiente en la búsqueda de salud).

## **Principio**

En la práctica de la enfermería, se da el nombre de principio a toda “proposición breve de valor o verdad fundamental que debe seguirse”. Gran parte de ésta práctica se basa en tales principios que con frecuencia se derivan de “hechos o proposiciones teóricas aceptados de otras disciplinas sin ocuparse de probar su validez”. Los principios suelen ser entidades independientes, no integradas en forma sistemática, por lo que no estimulan ni confirman el desarrollo de nuevos conocimientos (Chinn, 1983, pp. 204-205). Al considerar la enfermería desde un punto de vista científico, la enfermera profesional asume ciertas cuestiones. “Las suposiciones se refieren a principios básicos que se aceptan por fe o se consideran verdaderos sin prueba o verificación” (Polit y Hungler, 1983, p. 22). Sin principios, sería muy limitada la práctica bien documentada de la enfermería. Al igual que en la teoría, los principios pueden ser descriptivos, explicativos o predictivos. Según Rogers (1970, p. 95). “Los principios se derivan de la síntesis imaginativa de la información disponible ... y ... se expresan como generalizaciones hipotéticas”; son provisionales y simbólicos, y útiles para guiar la práctica de la enfermería en la medida en que reflejan la realidad.

## **Ley**

Las leyes no se restringen a los términos de la observación; pueden describir pasado, presente o futuro y ser condicionales por naturaleza. Hempel (1966, p. 55) afirma que “hablando estrictamente, un informe que establece una relación semejante sólo podrá considerarse ley si existen razones para suponer que es cierto”, y continúa diciendo que si este requisito se cumpliera en forma estricta, muchos informes no podrían calificarse de leyes (ejemplos: las leyes de Galileo y Kepler). En consecuencia, muchas leyes sólo son aproximadas y condicionales.

En relación con el desarrollo de la teoría de enfermería, Chinn (1983, pp. 60-61) define la ley como “una afirmación muy generalizable de la relación entre variables”. Para que pueda generalizarse, la relación propuesta debe resultar verdadera en todos los casos. Así pues, las leyes indican generalmente, lo que sucederá en diferentes conjuntos de condiciones. Como el conocimiento individual sobre los seres humanos no puede servir de base a una generalización mayor, es importante que la enfermería descubra las relaciones uniformes que existen entre los acontecimientos que pertenecen al campo de la enfermería.

Los tipos de leyes, definidas de acuerdo con su contenido, que son tan importantes para la enfermería como para todas las demás ciencias del comportamiento, incluyen:



1. Leyes temporales. Relaciones en las que el tiempo constituye una variable real (por ejemplo, hechos propios del desarrollo, como envejecimiento).
2. Leyes taxonómicas. Declaraciones sobre ciertos tipos de acontecimientos naturales estables. Estos acontecimientos pueden ser sustancias o sistemas que se utilizan como unidades de investigación (por ejemplo, identificación de las unidades de investigación en enfermería que describen, explican y predicen a los seres humanos en relación con la salud).
3. Leyes estadísticas. Formulación de correlaciones entre las entidades taxonómicas (por ejemplo, relaciones presupuestas entre el comportamiento de la enfermería y el del cliente). (Kaplan, 1964, pp. 109-113).

Las leyes proporcionan información sobre lo que cabe esperar y, por ello, constituyen un elemento esencial de la teoría en el cual puede basarse la práctica eficaz de la enfermería.

### **Marco teórico**

Al marco teórico se le ha dado el nombre de “sombrija” que abarca los conceptos interrelacionados (Andreoli y Thompson, 1977, p. 36). Ha sido definido como “una estructura constituida por conceptos relacionados de alguna manera para formar un todo” (Chinn, 1983, p. 206) y como “un sistema conceptual... caracterizado por un conjunto interrelacionado de postulados que son relevantes para algún fenómeno determinado” (Rogers, 1970, p. 84). El término marco conceptual se emplea como sinónimo del marco teórico; Fawcett (1984, p. 2) afirma que la expresión modelo conceptual se refiere a “ideas globales acerca de individuos, grupos, situaciones y acontecimientos de interés para una disciplina” y está formado por conceptos y proposiciones *abstractos* y *generales* que se relacionan de manera distintiva.

Rogers (1970, p. 4) sostiene que el sistema abstracto de la enfermería “es una matriz de conceptos importantes para el proceso de la vida en los seres humanos”. Los conceptos generales de la profesión, a los que Fawcett (1984, pp. 5-6) dio el nombre de metaparadigma de la enfermería, constituyen una matriz del usuario (el cliente humano), la enfermera y las acciones de enfermería, el ambiente dentro del cual se lleva a cabo el proceso de enfermería, y el estado de salud en el que se encuentra la persona en el momento de producirse la interacción entre enfermera y usuario. El hecho de crear un marco teórico de la enfermería garantiza una práctica eficaz para lograr la meta total de la profesión, que es mejorar la calidad de la salud de todas las personas. Con un marco semejante, la enfermería puede ayudar a las personas a alcanzar todo su potencial de salud. La teoría ofrece los principios fundamentales que dirigen la práctica de la enfermería.

### **Modelos de enfermería**

Partiendo de la base de los conceptos generales y abstractos que se interrelacionan en el marco teórico de la enfermería, algunos científicos han propuesto sus propias ideas sobre naturaleza y proceso de enfermería. Suele aceptarse que “los modelos de enfermería proporcionan un medio para convertir las suposiciones en postulados;

es decir, en conceptos de la realidad que pueden someterse a prueba” y “es evidente que la práctica de enfermería se ha perfilado de manera que puede ser cuestionada y corroborada, elementos fundamentales de la investigación científica” (Andreoli y Thompson, 1977, p. 36). Todos los teóricos de la enfermería que han propuesto un modelo conceptual, han tomado como base la observación empírica, los conocimientos intuitivos y el razonamiento deductivo (Fawcett, 1984, p. 4). Aunque pueden presentar distintos puntos de vista sobre fenómenos de enfermería, todos los modelos conceptuales son de gran utilidad para la enfermería profesional debido a la organización que proporcionan para pensar, observar, e interpretar durante el proceso. Todos proporcionan directrices para la práctica. Fawcett (1984) refleja su forma de pensar y la de otros científicos de enfermería al identificar tres categorías principales de modelos conceptuales: de desarrollo, de sistemas, y de interacción. Cada categoría ofrece métodos diferentes y hace hincapié en distintos elementos del proceso de enfermería con los usuarios, aunque todos tienen un paradigma común: usuario o paciente, enfermera, ambiente, y salud. En el Capítulo 8, Modelos de enfermería, se analizan algunos modelos conceptuales.

## **PASOS SECUENCIALES DEL METODO CIENTIFICO: GUIA PARA EL DESARROLLO DE LA TEORIA Y LA PRACTICA DE ENFERMERIA \_\_\_\_\_**

Esta sección presenta una síntesis de los conceptos científicos que ya se analizaron en este capítulo, así como un breve resumen de los pasos secuenciales necesarios para el desarrollo de la teoría y el cumplimiento de la práctica profesional.

### **Duda**

Ya sea que la enfermera profesional participe en la construcción de la base de la teoría mediante la investigación en enfermería o trate de brindar la mejor atención posible por medio de la relación directa con los usuarios, la enfermera profesional responsable está destinada a observar fenómenos que plantean ciertas preguntas. La enfermera experimenta momentos, incluso largos períodos de tiempo, en que no sabe cómo describir, explicar, o predecir algo relacionado con el cliente o con la relación que existe entre ellos; en consecuencia, debe aceptar que necesita una mayor comprensión para cumplir con eficiencia las responsabilidades del papel profesional que desempeña. Ese sentimiento de duda o pregunta constituye el primer paso del proceso de investigación científica.

### **Formulación del problema. Empleo de literatura y experiencia propia, y de otros**

Además de llevar a cabo las observaciones empíricas que dan lugar a las dudas, la enfermera profesional interesada y responsable evalúa de nuevo los conocimientos que posee y trata de obtener mayor información de mentores, líderes, y de literatura relacionada con el tema. Las indicaciones que le sirven para buscar más información son las palabras clave que dedujo por sí misma y que describen los fenómenos o acontecimientos originados por las dudas. Al revisar la bibliografía

y tratar con otras personas el amplio campo de la investigación, la enfermera hace una comparación crítica de sus propias observaciones lo cual se informa en la literatura. Al pasar por los comportamientos cognoscitivos de descripción, análisis, evaluación, y síntesis, la enfermera cristaliza el problema que ocasiona las dudas y preguntas. Una vez establecido claramente, puede guiar el proceso de enfermería a una etapa de exploración mutua del problema con el usuario y después puede pasar a la fase de definir en términos funcionales las variables que forman parte del mismo y a buscar un método para llevar a cabo el estudio científico.

### **Planteamiento de la pregunta básica**

Si la enfermera desempeña la función de investigadora, práctica, o profesora, una vez identificado el problema que causa la duda, empleará el yo profesional para plantear la pregunta crítica que refleja una clara identificación del problema. En su relación con usuarios, estudiantes y otros individuos, el investigador profesional facilita la exploración del problema valorando primero las necesidades y “formulando las preguntas correctas”.

### **Formulación de hipótesis. Elaboración de proposiciones tentativas**

Después de explorar todo lo que puede saberse sobre el problema identificado y las preguntas planteadas, el científico de enfermería ayudará a todas las personas interesadas a analizar las posibles explicaciones del fenómeno observado y las áreas de duda. Asimismo, colaborará con el sujeto, usuario o estudiante para buscar diversas soluciones al problema o alternativas que podrían dar respuesta a las preguntas; juntos, formularán hipótesis y tomarán la decisión más fundamentada posible sobre los mejores planes para la acción futura.

### **Deducción de consecuencias**

El diálogo de “¿qué pasaría si?” que surge entre enfermera y cliente al evaluar las diferentes propuestas posibles para resolver el problema de salud del paciente, es el mismo que debe producirse con el investigador o maestro. Toda acción posible planeada para resolver un problema, compartir información, o someter a prueba una proposición, debe ser analizada y evaluada en términos de resultados potenciales. La guía más segura en esta etapa de evaluación de la investigación científica es lo que ya se sabe acerca del problema; después de analizar a fondo las consecuencias de las acciones propuestas, es preciso llegar a un acuerdo para tomar las acciones más convenientes; asimismo, es necesario elaborar planes sobre las acciones que se pondrán en práctica, la mejor manera de supervisarlas, quién realizará las distintas actividades y que parámetros se emplearán como indicadores del éxito (medición de los resultados deseados).

### **Observación y prueba**

En la práctica, investigación o educación de enfermería, las acciones propuestas se llevan a cabo de acuerdo con una estrategia planificada de mutuo acuerdo.

Inmediatamente empieza a funcionar un nuevo ciclo en el que la enfermera vuelve a observar el proceso y los resultados de las acciones. En el ejercicio y educación de enfermería, esta etapa suele llamarse de implementación y evaluación. En la investigación de enfermería se denomina prueba de las hipótesis o evaluación de validez y confiabilidad de las proposiciones.

### **Aceptación o rechazo de la proposición**

Después de llevar a cabo acciones o pruebas específicas, es necesario efectuar una evaluación de los resultados, lo cual significa preparar un informe completo de las experiencias, una comparación de los resultados con los indicadores de éxito propuestos, y un análisis crítico de la situación. Sobre la base de estos resultados, la enfermera profesional acepta o rechaza las acciones o hipótesis sometidas a prueba en el marco de la situación. En el Capítulo 6 se proporcionan más detalles sobre esta etapa de la investigación, de manera que, por el momento, basta decir que la aceptación o rechazo de la acción de enfermería se basa en cuán eficaz sea para lograr los resultados deseados en el proceso de enfermería.

### **Generalización y empleo en la práctica de enfermería**

Si la enfermera profesional sigue en forma sistemática el proceso científico descrito y lo repite en preguntas recurrentes y fenómenos que se presentan una y otra vez, contará con un cúmulo de experiencias y conocimientos que le servirán para generalizar, ya que se habrán establecido relaciones entre los fenómenos, repetido los resultados, y podrán hacerse predicciones con un grado aceptable de exactitud. El conocimiento acumulado al emplear el método científico en la práctica, educación, e investigación constituye el requisito básico para que la enfermería realice una contribución importante a la sociedad. Rogers (1970, p. 88) establece con claridad la importancia de los conocimientos: "El sistema abstracto de la enfermería es la consecuencia de su preocupación por la salud y el bienestar de los seres humanos. La ciencia de la enfermería tiene por objeto proporcionar un conjunto de conocimientos teóricos cada vez más grande, mediante el cual la práctica pueda alcanzar nuevos niveles de servicio significativo a los hombres".

## **CONDICION DE LA ENFERMERIA COMO DISCIPLINA CIENTIFICA**

En los últimos 20 años, la enfermería ha evolucionado en forma espectacular como disciplina científica; desde un punto de vista general, se acepta que la enfermería posee dos dimensiones: ciencia y aplicación de los descubrimientos científicos en la práctica. La enfermería se había considerado como una disciplina práctica, y quizá el mayor logro alcanzado en las últimas dos décadas es la aceptación incipiente de la idea de que su práctica se basa fundamentalmente en su propio conjunto de conocimientos derivados de la ciencia. Con este cambio, la enfermería tiene ahora la oportunidad de alcanzar la condición profesional que tanto ha deseado.

## **El campo de la enfermería. Punto central de la investigación científica**

Como ya se mencionó en este capítulo, existe un creciente acuerdo sobre los conceptos fundamentales de la disciplina de enfermería. Los conceptos básicos que podrían utilizarse como parámetros de la ciencia de enfermería son el cliente o paciente, la enfermera y las acciones de enfermería, el medio ambiente, y el estado y proceso de la salud del paciente. La ciencia de la enfermería evoluciona a partir de las descripciones, explicaciones y predicciones de los cuatro elementos mencionados y de las interrelaciones que los mantienen inseparables. Conforme evoluciona el estudio científico verdadero de la enfermería, surgen índices para medir y evaluar los fenómenos y las interrelaciones que existen entre ellos.

## **Preparación de científicos de la enfermería**

La preparación necesaria para implementar en forma completa el proceso científico requiere programas profesionales organizados en torno al marco teórico de la enfermería; podría argumentarse que los programas a nivel licenciatura pueden crear científicos de enfermería, pero eso significaría que las enfermeras preparadas científicamente para practicar la profesión constituyen una minoría en la población total de enfermeras. Las autoras sugieren que, para proyectar el liderazgo científico necesario en nuestros días, es preciso contar con enfermeras preparadas a nivel de posgrado. En 1980, de 1.2 millones de enfermeras empleadas, menos de 3 000 tenían título de doctorado, y sólo un poco más del 5% de enfermeras tituladas poseían títulos de posgrado, incluyendo maestría (Institute of Medicine, 1983, pp. 36 y 215). Es evidente que la enfermería profesional debe respaldar la educación superior de muchos de sus integrantes antes de que pueda apreciarse el efecto de los beneficios derivados de los descubrimientos científicos en el campo de la enfermería. La preparación de científicos de enfermería es muy escasa e impone una carga excesiva sobre los que existen; no obstante, la enfermería ha comenzado a obtener algunas satisfacciones de los esfuerzos realizados por los pocos científicos con que cuenta. Esta creencia constituye la base del optimismo de que la enfermería llegará a transformarse en la disciplina científica imaginada por sus líderes durante más de un siglo.

## **BIBLIOGRAFIA**

---

- Andreoli KG, Thompson CE: *The nature of science in nursing*. Image 9: 32-37, 1977.
- Bilitski JS: *Nursing science and the laws of health: The test of substance as a step in the process of theory development*. Adv Nurs Sci 4:15-29, 1981.
- Bronowski J: *Science and Human Values*, ed rev. Nueva York, Harper Torchbooks, 1965.
- Chinn PL, Jacobs MK: *Theory and Nursing – A Systematic Approach*. St Louis, CV Mosby, 1983.
- Fawcett J: *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*. Filadelfia, FA Davis, 1984.

- Feldman HR: Commentary: A science of nursing – to be or not to be. *Image* 13:63-66, 1981.
- Hawkes J, Woolley L: *History of Mankind, Cultural and Scientific Development*, vol 1, Prehistory and the Beginnings of Civilization. Nueva York, Harper & Row, 1963.
- Hempel CG: *Philosophy of Natural Science*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice-Hall, 1966.
- Institute of Medicine, Division of Health Care Services: *Nursing and Nursing Education: Public Policies and Private Actions*. Washington, DC, Nat Academy, 1983.
- Kaplan A: *The Conduct of Inquiry*, San Francisco, Chandler, 1964.
- Kerlinger FN: *Foundations of Behavioral Research*. Nueva York, Holt, Rinehart & Winston, 1964.
- Kuhn TS: *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago, University of Chicago Press, 1962.
- Meleis A, May K: Nursing theory and the scholarliness in the doctoral program. *Adv Nurs Sci* 4:32-33, 1981.
- Pareti L con la colaboración de Brezzi P, Petech L: *History of Mankind, Cultural and Scientific Development*, vol II, The Ancient World. Nueva York, Harper & Row, 1965.
- Polit DF, Hungler BP: *Nursing Research: Principles and Methods*, 2 ed. Filadelfia, JB Lippincott, 1983.
- Rogers ME: *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. Filadelfia, FA Davis, 1970.
- Rogers ME: *Nursing: Today's happening*. Ponencia presentada en el Dia Anual de Egresados, University of North Carolina, School of Nursing, 2 de junio de 1967.
- Silva MC: *Philosophy, science, theory: Interrelationships and implications for nursing reasearch*. *Image* 9:59-63, 1977.
- Treece EW, Treece JM Hijo: *Elements of Research in Nursing*, 3 ed. St Louis, CV Mosby, 1982.
- Ware CF, Panikkar KM, Romein JM: *History of Mankind, Cultural and Scientific Development*, vol VI, The Twentieth Century. Nueva York, Harper & Row, 1966.
- Willers L: *Health care 2000*. Health Sciences, pp. 6-9. University of Minnesota Press, 1982.

## Capítulo 6

# *El proceso de la investigación*

### **PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR**

1. ¿Cuáles son los objetivos de la investigación en enfermería?
2. En su opinión, ¿qué tipo de investigación se necesita más actualmente para el avance de la enfermería?
3. ¿En qué forma pueden contribuir las enfermeras profesionales a la investigación en enfermería?
4. ¿Cómo desarrolla un problema de investigación el investigador de enfermería?
5. ¿Cuáles son los pasos secuenciales de la investigación de enfermería?
6. ¿Por qué para llevar a cabo una investigación se necesita comprender la ética?
7. ¿En qué forma afectan la investigación y los investigadores la imagen que tiene el público sobre la enfermería?

La investigación puede considerarse el proceso más amplio de experimentación de la ciencia. Kerlinger (1964, p. 13) propuso, hace cerca de 20 años, una definición de la investigación científica que afirma: “La investigación científica es sistemática, controlada, empírica, y crítica de proposiciones hipotéticas acerca de las supuestas relaciones que existen entre los fenómenos naturales”. Chinn y Jacobs (1983, p. 147) afirman sencillamente “la investigación es la aplicación rigurosa de los métodos de la ciencia para obtener conocimientos fiables y válidos sobre la realidad”, y explican que ésta se lleva a cabo con dos propósitos: someter a prueba las relaciones teóricas y generar conceptos o relaciones para elaborar nuevas teorías. Fawcett (1982, p. 57) sostiene que la investigación en enfermería “genera los conocimientos empleados en la práctica, mientras que la práctica genera ideas para la investigación”. Sintetizando lo que es la investigación, Dempsey y Dempsey (1981, pp. 4-5) observan: “La investigación es un proceso de averiguación y experimentación científicos, que incluye el propósito, sistemático y riguroso, de recopilar información; después se efectúa el análisis y la interpretación de la información con objeto de obtener nuevos conocimientos o profundizar en los ya existentes. La última finalidad de la investigación es crear un conjunto organizado de conocimientos científicos”. Desde el punto de vista de estos autores, la investigación tiene varios

objetivos: encontrar respuestas a preguntas, hallar soluciones a problemas, descubrir e interpretar nuevos hechos, someter a prueba teorías o leyes para revisar las ya existentes y aceptadas a la luz de nuevas condiciones o hechos, y formular nuevas teorías. En la enfermería es necesario lograr todos estos objetivos de investigación científica para el ejercicio responsable de la profesión.

## **NECESIDAD DE EFECTUAR INVESTIGACIONES EN ENFERMERIA**

Hace unos 20 o 25 años empezaron a hacerse esfuerzos serios para dirigir la investigación de la enfermería y desarrollar la teoría que guiará la práctica. Las proposiciones de los investigadores a principios de 1960 siguen siendo válidas en nuestros días. En 1965, Downs, ahora un bien conocido investigador de enfermería, al presentar una ponencia en el Capítulo Epsilon de la Conferencia sobre Investigación de Sigma Theta Tau, celebrada en New York University el 10 de diciembre de 1965, pidió a los académicos de enfermería que realizaran investigaciones: "Una de las principales necesidades de la enfermería en nuestros días es la creación de un cuerpo respetable de investigación básica capaz de mejorar los fundamentos teóricos de la práctica de enfermería". Dos años más tarde, Rogers, en la actualidad una de las principales teóricas de la enfermería, describió la palabra investigación como una de las de más prestigio en la lengua inglesa de la época y advirtió a las enfermeras la necesidad de comprender la investigación como algo científico legítimo. Desafió a las enfermeras a aceptar el criterio profesional que establece: "Un conjunto determinado de conocimientos abstractos o teóricos es específico para una cierta disciplina y abarca los principios descriptivos, explicativos y predictivos que sirven de guía a quienes ejercen la profesión" (Ponencia sobre "Ciencia de la enfermería: Investigación e investigadores", presentada en la Conferencia Anual sobre Investigación y Enfermería, en el Teachers College, Columbia University, Nueva York, el 3 de febrero de 1967). En consecuencia, la investigación de enfermería se consideraba una responsabilidad, sin la cual no podría existir la práctica profesional. Al exponer la complejidad de los conocimientos y habilidades necesarios para salvaguardar a los beneficiarios de la enfermería en una era de tecnología tan avanzada, en la misma conferencia, Rogers manifestó y ha repetido frecuentemente desde entonces su opinión, ahora conocida a nivel internacional, "Sólo las personas menos informadas y aquellas que se empeñan en mantener un control jerárquico largo tiempo obsoleto, se atreverían a proponer que en el mundo actual la sociedad recibe un mejor servicio de la ignorancia que del conocimiento". Este tipo de respuestas, provenientes de los líderes de enfermería de hace dos décadas, lograron que los académicos aceptaran el desafío de participar en la investigación de enfermería con el objeto de alcanzar la meta profesional de basar la práctica en la teoría y los hechos, y no en la opinión ni en los protocolos prescritos por otras disciplinas.

### **Necesidad de conocer el proceso de enfermería**

La enfermería es un proceso entre la enfermera y el usuario que está constituido por dos elementos de igual importancia, cogniciones y relaciones interpersonales;



además, se basa en el pensamiento crítico y en la interacción. En consecuencia, si se desea que las enfermeras comprendan el proceso de enfermería, los conocimientos deberán basarse en una investigación que describa y evalúe los elementos cognoscitivo e interpersonal de enfermera, usuario y, todavía más importante, la interacción de enfermera y usuario en su mutuo esfuerzo por lograr una mejor salud.

Históricamente, la investigación se concentró en comprender mejor a la enfermera. En realidad, muchas de las primeras investigaciones en enfermería fueron estudios sobre las "enfermeras", y si bien se ha dejado de hacer hincapié en el análisis de las enfermeras, algunos estudios importantes siguen contribuyendo a la base de conocimientos para el componente enfermera del proceso de enfermería. Actualmente la mayor parte de estudios sobre las "enfermeras" se refieren a la relación entre enfermera, usuario, patrón u otros factores ambientales. Un ejemplo es la investigación realizada por Hanson y Chater (1983, pp. 48-52) sobre las funciones elegidas por las enfermeras en relación a sus intereses administrativos y características personales. Estos estudios ayudan a comprender las necesidades y a utilizar dicha comprensión en el reclutamiento y la conservación de enfermeras.

Tinkle y Beaton (1983, p. 31), quienes llegaron a la conclusión de que la profesión existe gracias al compromiso de brindar atención al público, afirman: "Si los intereses y percepciones de los beneficiarios de los servicios de enfermería se consideran factores carentes de importancia en la investigación, entonces es probable que las enfermeras brinden una atención de enfermería que es más importante para ellas mismas que para los pacientes". Esta idea podría ampliarse hasta llegar a la conclusión de que los estudios de enfermería que no consideran los elementos de interacción entre enfermera y usuario pueden carecer de validez.

Una prueba de que la profesión concede un gran valor al proceso interactivo entre enfermera y usuario es el hecho de que la literatura sobre enfermería ha analizado el método de la empatía en el marco del proceso de ayuda durante más de 35 años (Gagan, 1983, p. 65). Además, Gagan (1983, p. 66) señala que las enfermeras no obtienen necesariamente una alta puntuación en capacidad empática, y que las metodologías empleadas en el pasado para la investigación de la empatía soportan un escrutinio minucioso, por lo que es preciso "volver a evaluar la medición de la empatía en el campo de la enfermería". En un editorial reciente, Steel, (1984, p. 4) subrayó el valor de la relación entre enfermera y usuario dentro de la profesión y señaló que la inseparable relación entre enfermería y sociedad mantiene el interés de las personas que reciben servicios de enfermería y "nos eleva a formar una sociedad con quienes prestamos nuestros servicios y no sólo con los demás miembros del equipo de salud".

El hecho de pensar en el proceso de enfermería como una sociedad indica que la dinámica y los resultados de dicha asociación deben ser el punto central de la investigación sobre enfermería. En todos los modelos, la enfermera es considerada, de una u otra manera, como alguien que brinda ayuda. Cronenwett y Brickman (1983, pp. 84-88) confirman la necesidad de evaluar los modelos de ayuda en la asociación entre enfermera y usuario; también señalan la necesidad de evaluar la eficacia de por lo menos cuatro modelos de ayuda:

1. El modelo moral, en el cual la enfermera no se sentiría obligada a ayudar,

sino que estaría obligada a forzar a las personas a tomar medidas en su propio beneficio.

2. El modelo compensatorio, donde la enfermera no culparía a los pacientes de su problema de salud, sino que los haría responsables de su solución.
3. El modelo médico, en el que la enfermera no responsabilizaría a los usuarios del origen ni de la solución de sus problemas de salud, sino que les brindaría apoyo para que adoptaran el papel de enfermos.
4. El modelo de instrucción, en el cual se culpa al usuario de causar el problema, pero no se le hace responsable de su solución, más bien, se pone en manos de quien le brinda ayuda. (Cronenwett y Brickman, 1983, pp. 84-88).

Si bien podría argumentarse que ya existen pruebas de que algunos de estos modelos no resultan adecuados para el proceso de enfermería, también es cierto que la argumentación tendría más fuerza si se contara con información que respaldara la tesis de que alguno de estos modelos se correlacionara más positivamente con los resultados efectivos.

Es preciso medir y evaluar las intervenciones específicas empleadas en el proceso de enfermería para satisfacer con eficacia las necesidades de los usuarios. Si bien es poca la práctica de enfermería que ha sido evaluada e investigada sistemáticamente en forma controlada, muchas de las investigaciones de enfermería, llevadas a cabo recientemente, se refieren a las actividades desempeñadas por las enfermeras dentro del proceso de enfermería. Algunos ejemplos de estos estudios son:

1. Las enfermeras han estudiado la eficacia de cuatro técnicas de tratamiento para prevenir el dolor y la tumefacción de las mamas en madres que no amamantan (Brooten y *col.*, 1983, pp. 225-229).
2. Se han estudiado los patrones de comunicación empleados en la enseñanza del cuidado de la salud en relación con los recordatorios para información del usuario (Kishi, 1983, pp. 230-235).
3. Se ha evaluado la medida de "preparación para el parto" en función de su eficacia para promover la satisfacción marital antes y después del parto (Moore, 1983, pp. 73-79).

El apoyo constante de los investigadores al describir, explicar, y predecir fenómenos relacionados con el proceso de enfermería, es decir, al evaluar e implementar estudios basados en los aspectos cognoscitivos e interpersonales de la relación entre enfermera y usuario, es de vital importancia para crear la base teórica de la práctica de enfermería. Los procesos cognoscitivos e interpersonales que se comprenden y cuya validez se confirma, pueden ponerse en práctica con un fin determinado. Un avance semejante ayudará en gran medida a la enfermera profesional a ejercer influencia sobre el usuario para que éste alcance un mejor estado de salud. Donaldson y Crowley (1978, pp. 113-120) identificaron estos procesos como uno de los principales temas de investigación para la enfermería. Los investigadores han comenzado a proporcionar estructuras para poder estudiar el proceso de enfermería de acuerdo con un modelo conceptual determinado; por ejemplo, Melynk (1983, pp. 170-174) elaboró un proceso para examinar la teoría de la enfermería de Orem,

y Derdarian (1983, pp. 196-201) creó un instrumento para el desarrollo de la investigación utilizando el modelo de sistemas del comportamiento en enfermería. Con el fin de actuar adecuadamente, las enfermeras deben conocer los procesos que tienen efecto positivo en la promoción de cambios para alcanzar una mejor salud. La estructura inicial de cuestionamiento en cualquiera de los principales modelos conceptuales de la enfermería debe ayudar a la enfermera que acepta la responsabilidad de evaluar la eficacia del proceso de enfermería con los pacientes.

### **Necesidad de conocer el sistema del usuario en la enfermería**

En todos los modelos de enfermería descritos hasta la fecha, el tema central para la enfermera es el ser humano, a veces denominado hombre, sistema humano, usuario o paciente entre otras posibilidades. Algunas veces, la enfermera practica en un ambiente donde el sistema del usuario es un ser humano. En otras, el sistema del usuario hacia quien se dirigen los esfuerzos profesionales es la familia o un pequeño grupo relacionado por algún importante proceso de apoyo o estructura entre los diversos miembros individuales. En ocasiones, la enfermera dirige sus esfuerzos profesionales a un grupo más grande o comunidad; este sistema del usuario se caracteriza por una o más relaciones comunes entre individuos que tienen algún efecto en la salud. La mayor parte de la investigación en enfermería llevada a cabo hasta la fecha, estudia al individuo como usuario. Durante muchos años se han efectuado encuestas para proyectar las necesidades de servicios de salud de las comunidades. Sin importar el nivel del sistema del usuario, es esencial que las enfermeras acepten la responsabilidad profesional de recopilar información en forma sistemática acerca del usuario, ya que dicha información aumenta la comprensión y permite prestar un servicio eficiente; por ejemplo, Miles y Crandall (1983, pp. 19-23) realizaron varios estudios sobre padres que pierden un hijo, que han ayudado a las enfermeras a comprender mejor el sistema del usuario. En cada uno de estos estudios, buscan, por medio de descripciones hechas por los mismos padres, claves para las reacciones positivas y negativas que siguen a la muerte de un niño.

Quizá el sistema del usuario que menos se ha investigado en enfermería es la familia, aunque sí se han llevado a cabo indagaciones sobre las relaciones que existen entre ciertos miembros de la familia (por ejemplo, relación entre madre e hijo). Gilliss (1983, p. 50), al reconocer el creciente interés de las enfermeras por estudiar a la familia como una unidad de comportamiento y servicio de salud, mencionó la complejidad de la investigación de enfermería en la cual se trata de analizar a la familia como un todo. Como la familia se considera mayor o diferente de la suma de sus partes, el investigador requiere “un consenso sobre *qué* debe evaluar y cómo debe seleccionar los métodos que pueden dar cabida a la información que hace que la unidad familiar sea más que la suma de sus partes” (Gilliss, 1983, p. 50). Gilliss (1983, p. 56) categoriza el interés de la enfermería por la familia: (1) la familia como contexto del comportamiento humano, relacionado con el impacto de la unidad familiar en la salud de los individuos; (2) la familia como unidad de salud y enfermedad, que se refiere al efecto de la salud de los individuos sobre la unidad familiar. Para estudiar cualquiera de estas categorías sin dejar de considerar a la familia como usuario, la enfermera debe basar el estudio en el

*proceso de la familia* y no en cada uno de sus miembros independientemente. La enfermería ha comenzado a estudiar las necesidades de investigación de la enfermería familiar, es decir, conceptualizar qué es la unidad familiar, confirmar la validez de los procedimientos destinados a estudiar el proceso de la familia, y emplear mediciones estadísticas adecuadas para evaluar el comportamiento global en el análisis de la información de la *familia*.

Sin importar la magnitud o complejidad del sistema del usuario, es necesario comprender las características más sobresalientes de ese sistema humano que está relacionado con el proceso de vida y salud. Donaldson y Crowley (1978, pp. 113-120) afirman que exploración, descripción, y clasificación del proceso de la vida en los seres humanos constituye un tema de gran interés en la investigación de enfermería. La comprensión del proceso de la vida es fundamental para entender mejor el sistema humano que representa el punto central de la enfermería (es decir, la identificación de qué constituye la salud, el bienestar, o el funcionamiento óptimo del ser humano) Gortner (1983, p. 5) afirmó: "Al parecer existe un creciente consenso acerca de la naturaleza de los paradigmas de la investigación como representantes de las respuestas humanas en la salud y en la enfermedad".

### **Necesidad de conocer la interacción entre los sistemas del usuario y el medio ambiente**

Otro tema importante de la investigación de enfermería es la interacción que existe entre usuario y medio ambiente. Las enfermeras deben comprender qué tipos de relaciones entre usuario y ambiente contribuyen a un mayor o menor bienestar. Parte de las responsabilidades de la enfermería es fomentar el apoyo ambiental de la salud. La revisión de la literatura indica que las enfermeras sí conceden valor a las relaciones ambientales y al clima que impera en el ambiente en el que se desenvuelve el usuario; por ejemplo, existen reiterados estudios que señalan factores positivos asociados con un ambiente que fomenta la interacción entre madre e hijo en el momento del parto y durante el período inmediato posterior. Curry (1982, p. 73) estudió el efecto del contacto cutáneo inmediato entre la madre y el recién nacido, el afecto maternal y el concepto que tiene la madre de sí misma, pero no encontró alguna diferencia importante derivada del contacto en las primeras muestras de afecto; sin embargo, este contacto pareció tener efecto positivo en el autoconcepto de la madre. Otros científicos han investigado los efectos de sostener al recién nacido en el momento del parto y la conducta de unión y afecto entre padre e hijo (Toney, 1983, pp. 16-19 y Weaver y col., 1983, pp. 68-72). Asimismo, se ha estudiado el ambiente asociado con procedimientos quirúrgicos de diagnóstico; por ejemplo, Scott realizó una investigación de la ansiedad, pensamiento crítico, y procesamiento de información durante y después de una biopsia de mama (Scott, 1983, pp. 24-28). Las enfermeras también han comenzado a estudiar los ambientes de tensión; por ejemplo, Hurley (1983, pp. 164-169) analizó las variables de comunicación y la tensión en los conflictos maritales mediante el análisis de la voz, y Patterson y McCubbin (1983, pp. 255-264) estudiaron la tensión acumulada durante la vida y sus efectos sobre los cambios producidos en la salud de niños que padecen enfermedades crónicas. Upshur (1983, pp. 13-20)

investigó cuatro métodos ambientales fundamentales para proporcionar atención temporal, un servicio de apoyo para familias que tienen algún miembro imposibilitado. Los ambientes investigados fueron hogares, grupos de atención durante el día, residencias de atención de grupos, y programas adjuntos residenciales. Hirschfeld (1983, pp. 23-32) al comparar los cuidados en el hogar con los de una institución para internos con enfermedad cerebral senil, encontró que la reciprocidad era un factor ambiental crítico para que las familias pudieran brindar atención en el hogar. Todos estos estudios contribuyen a instruir a las enfermeras acerca de los factores ambientales y su relación con las necesidades del usuario en el proceso de enfermería. Estos conocimientos pueden aplicarse después a la práctica proporcionan a la enfermera información que puede utilizar para influir en las políticas y otras decisiones relacionadas con la planificación y prestación de los servicios de atención de salud para generaciones presentes y futuras.

### **Necesidad de conocer la salud y los estilos de vida saludables**

Newman (1982, p. 87) afirma: "La salud es el elemento menos desarrollado en la ciencia de la enfermería y sin embargo es el más crucial, ya que se considera el punto central de la profesión". Los fenómenos de la enfermería son los fenómenos de la salud. Según su concepto de la salud, la enfermera empleará la teoría para guiar sus actos; por ello, es importante que todas las enfermeras expresen en forma explícita sus valores acerca de la salud y traten de identificar los comportamientos que contribuyen al bienestar. Una vez definida con claridad qué es la salud, surgirán estudios que clasifiquen los comportamientos y estilos de vida que contribuyen a alcanzar una mejor salud. Newman (1982, p. 87) sostiene que "... si se considera la salud como una adaptación a los estímulos externos e internos, entonces la teoría, que guía las acciones encaminadas a producir un estado semejante, diferiría considerablemente de lo que guía los actos destinados a promover la salud si ésta se considerara como un crecimiento o expansión de la conciencia".

### **CONTRIBUCION DE LA INVESTIGACION EN ENFERMERIA AL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD**

El número de enfermeras y las características del proceso de enfermería hacen imperativo que el sistema de servicios de salud fomente y reconozca el valor de la investigación. Durante muchos años, las enfermeras han constituido el elemento más importante del sistema de servicios de salud, hecho que por sí mismo brinda la oportunidad de investigar las necesidades de atención de la salud y explorar la importancia y valor de los cuidados de enfermería; no obstante, la cantidad de enfermeras no conduce a una suposición válida de que un gran número de ellas esté preparado para contribuir a una mejor atención de la salud por medio de la investigación. Al citar el escaso número de enfermeras preparadas adecuadamente para realizar investigaciones, Paletta (1980, pp. 4-6) ofrece un modelo para fortalecer la condición de la investigación en enfermería, y sugiere que es necesario conseguir tres objetivos para que la enfermería cumpla sus obligaciones profesionales dentro del sistema de servicios de salud:

1. La educación de enfermería deberá crear programas para adiestrar a quienes ejercen la profesión de manera que adquieran destreza en la investigación científica en todos los niveles de la práctica.
2. La investigación deberá ser parte integral de la educación y práctica de enfermería.
3. La práctica de enfermería deberá establecer un ambiente receptivo para la investigación y el ejercicio profesional. (Paletta, 1980, pp. 5-6).

Se cree que la enfermería ha empezado a alcanzar estos tres objetivos. Si bien la investigación de enfermería ha sido verdaderamente reconocida durante los últimos 20 o 25 años, el número de enfermeras preparadas para realizar investigaciones crece constantemente y, quizá más importante, muchas enfermeras comienzan a conceder valor a la necesidad de investigar y a los resultados positivos derivados de la investigación. Las enfermeras empiezan a reconocer el poder derivado de la información bien fundamentada y no de la opinión, poder que puede apreciarse en la incipiente influencia de la enfermería en decisiones relacionadas con las políticas de atención de la salud a nivel local, estatal, federal, e incluso internacional. La investigación proporciona la base de datos necesaria, que no sólo es de vital importancia para tomar decisiones políticas, sino también para obtener resultados en la práctica de la enfermería.

En las recomendaciones del Institute of Medicine to Congress sobre el apoyo al financiamiento de la enfermería, pueden apreciarse pruebas recientes del respaldo que se brinda a la investigación. Basándose en la encuesta sobre la población de enfermería preparada para dirigir investigaciones, la carencia de estudios para guiar la práctica y fortalecer la educación en enfermería, y la gran necesidad que existe de investigar, el Instituto de Medicina, de los Estados Unidos, apoyó un mayor financiamiento destinado a preparar investigadores y a realizar investigaciones en enfermería (Institute of Medicine, 1983).

### **Necesidades del usuario por los servicios de enfermería**

Una profesión ofrece al público un servicio necesario. Cuando los recursos son limitados, es de vital importancia documentar con toda claridad la necesidad del servicio ofrecido con información acerca de los usuarios reales y potenciales que confirme el hecho de que la enfermería es necesaria para promover, conservar, o restablecer la salud. Asimismo, es preciso recopilar datos que sirvan para dirigir a quienes planifican y se encargan de elaborar las políticas sobre qué servicios de enfermería son necesarios. Cuanto más datos posea una profesión para respaldar la necesidad de un servicio de enfermería, mayor será la probabilidad de que dicho servicio sea financiado. Las opiniones basadas en los valores y estereotipos del profesional más que la información actual sobre los beneficiarios son argumentos menos efectivos para garantizar un servicio. Es de vital importancia que la distribución de recursos y el servicio que la enfermería brinda a los usuarios se basen en información recopilada en forma sistemática y controlada. Se requiere mucha investigación en enfermería que justifique las importantes funciones desempeñadas por la enfermera en la prestación de servicios que mejoran las condiciones de salud

del público. Suele aceptarse que mientras la enfermería no documente su importancia en la atención de la salud de los usuarios, no recibirá un apoyo completo para alcanzar sus metas profesionales, ni será considerada como miembro esencial del equipo de salud, y no controlará sus políticas laborales, procedimientos, ambiente de trabajo, ni remuneración. En la medida en que las enfermeras puedan recopilar información a través del proceso de investigación, aumentarán las probabilidades de mejorar la imagen que de la enfermería tienen los usuarios, otros miembros del equipo de salud, y la enfermería misma. La información sobre los usuarios ayudará a satisfacer el criterio profesional de proporcionar un servicio necesario.

Oda (1983, p. 10) recuerda a los investigadores de enfermería que necesitan la cooperación voluntaria de los pacientes, que deben “sentir empatía hacia los sujetos de la investigación y estar conscientes de las exigencias o efectos que la participación tendrá sobre ellos”. Al realizar investigaciones que conducen a establecer las necesidades de los usuarios, el investigador de enfermería tiene la oportunidad de fijar metas convenidas de mutuo acuerdo. La enfermera presenta la importancia del estudio de las necesidades del usuario en función de lo que puede hacer por él, es decir, los resultados reflejan un interés sincero por comprenderlos mejor (a los usuarios) y se lleva a cabo la definición de un panorama claro de sus necesidades (las de los usuarios) con el fin de ofrecerles un mejor servicio de enfermería, de manera que sea posible atender mejor sus necesidades de salud. Además de proporcionar una base de datos que sirva para tomar decisiones, la investigación podría servir para mejorar la imagen de la enfermería a los ojos de los sujetos. Esta actividad de creación de una imagen con el público a quien da servicio, puede incrementar el potencial de la enfermería de ejercer la profesión de una manera más aceptable para sus practicantes, de forma responsable a los elementos que la constituyen, y que controle las decisiones, políticas, y procedimientos relacionados con la enfermería.

Un ejemplo de enfermeras que tratan de emplear las estrategias de la investigación para hacer patente la necesidad que tienen los usuarios de utilizar los servicios de enfermería, es la investigación que, en colaboración, llevan a cabo las enfermeras de cinco estados del este de Estados Unidos, y de Washington, D.C. con objeto de estudiar las implicaciones de las “reducciones presupuestarias gubernamentales sobre el acceso a la atención de la madre y la morbilidad perinatal” (The American Nurse, 1983, p. 1). La información bien fundamentada ejerce mayor influencia en legisladores y responsables de elaborar las políticas que las peticiones basadas únicamente en la opinión profesional.

### **Eficiencia en los costos de las actividades de enfermería profesional en los sistemas de primero, segundo y tercer nivel de atención de la salud**

Quizá la información más sobresaliente que puede proporcionar la investigación de enfermería actualmente es la relacionada con los costos. Después de un prolongado período de continuos incrementos en los costos de la salud, el público comienza a exigir una mayor responsabilidad en el gasto del dinero destinado a este fin. Si se desea que la enfermería cuide en forma responsable el dinero designado a los

servicios de salud, las enfermeras deben conocer los costos reales de los servicios de enfermería en todos los niveles de los sistemas de salud: primero, segundo y tercero. Fagin (1982, p. 1), vocero de la profesión sobre el valor económico de la investigación en enfermería, hace hincapié en que "No hay duda de que el mejoramiento de la calidad de la atención implica un valor económico" e invita a los investigadores de enfermería a evaluar los aspectos económicos junto con el perfeccionamiento de la atención. Propone que las investigaciones profesionales sobre el valor económico se pueden categorizar en cuatro áreas: organización de los servicios de enfermería, prueba de actividades específicas de la enfermería (incluyendo funciones, procedimientos y tecnologías), comparación de la eficiencia de las enfermeras con otras personas que brindan atención de la salud, y normas posibles o no tradicionales de la práctica.

Brooten informó sobre los antiguos estudios de enfermería referentes a la necesidad constante de brindar atención a los recién nacidos con insuficiencia ponderal. La autora llega a la conclusión de que es poco probable que la tasa de recién nacidos con peso bajo cambie en un futuro cercano y que "continuarán los esfuerzos por mejorar los resultados y controlar los costos de su atención" (Brooten, 1983, p. 83); confirma, además, la importancia de la investigación que analiza "nuevos modelos de atención que son eficaces, justifican su costo y promueven la imagen y autodeterminación de la profesión en el mejoramiento de su práctica" (Brooten, 1983, p. 83).

Las unidades de cuidado intensivo, cuyo número ha aumentado considerablemente en los últimos 20 años, se han convertido en importantes ambientes de trabajo para las enfermeras hospitalarias. Draper informa que el cuidado intensivo cuesta tres veces más que la atención hospitalaria normal y que se han invertido grandes sumas en este sistema aunque "todavía falta establecer más allá de toda duda la eficacia del cuidado intensivo" (Draper, 1983, pp. 90-91). Las enfermeras están interesadas en los temas dirigidos a elevar el índice de sobrevivencia y la calidad de la vida, así como la eficacia temporal de los tratamientos fisiológicos en unidades de cuidado intensivo, por ello han comenzado a tratar de resolver estos problemas a través de la investigación; por ejemplo, Draper (1983, pp. 90-94) informa sobre el trabajo que realizó con colegas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro de Investigación en la George Washington University, donde estudian el tipo de pacientes que son admitidos en las unidades de cuidado intensivo, los diferentes servicios que reciben, y los beneficios que obtienen los usuarios. Los costos de estas formas de atención continúan evaluándose contra las ventajas que logran los pacientes. La enfermería debe seguir tasando sistemáticamente su valor en todos los medios donde se brinda atención de la salud; los resultados de los costos pueden servir de pauta a los encargados de elaborar las políticas y de asignar los recursos, quienes, a su vez, pueden ayudar a las enfermeras a utilizar las modalidades de atención más eficaces en cuanto a costos, lo cual, sin duda, servirá más al público para mejorar su condición de salud.

Resulta evidente la necesidad de llevar a cabo las investigaciones de enfermería y se confirma la aportación de la investigación al sistema de servicios de salud. La enfermera con un nivel de licenciatura puede contribuir a la investigación en enfermería de varias maneras:



1. Emplear los resultados de la investigación como guía en la práctica de la enfermería.
2. Valorar el sentido de averiguación sobre los fenómenos propios de la enfermería.
3. Participar en proyectos de investigación si se presenta la oportunidad.
4. Refinar la habilidad de recolectar, organizar, codificar y analizar información
5. Proponer problemas de investigación en enfermería que deban ser resueltos para mejorar la calidad de la práctica.

A fin de poder participar en alguna de las formas mencionadas, es preciso comprender el proceso de la investigación.

## **PANORAMA GENERAL DEL PROCESO DE INVESTIGACION EN ENFERMERIA**

---

El objetivo de esta sección es ayudar al estudiante a comprender los elementos del proceso de investigación en la medida en que pueden describirse y seguir con más detalle los pasos lógicos de la investigación conforme desarrolla sus habilidades como investigador de enfermería. Esta sección sólo presenta un panorama general del proceso. "Recuerde que realizar un estudio utilizando el proceso de investigación constituye una actividad planificada y sistemática que puede considerarse una cadena de razonamiento" (Dempsey y Dempsey, 1981, p. 22). El proceso de investigación comienza por la pregunta planteada por la enfermera sobre algún aspecto de la enfermería y luego estructura el estudio sistemático de esa pregunta y el informe de las respuestas y nuevas preguntas que surjan sobre ese aspecto de la enfermería. El proceso de investigación sigue el método científico, lo cual significa básicamente que el proceso tiene un orden identificable, incluye controles de factores que no están siendo investigados, recopilación de pruebas relacionadas con el problema, se basa en un esquema teórico, y tiene por objeto aplicar los resultados para mejorar la práctica de la enfermería.

### **Apreciación de la necesidad de plantear preguntas relacionadas con el campo de la enfermería**

Quizá el paso más importante del proceso de enfermería sea el primero, es decir, la articulación por parte de las enfermeras de preguntas que deben responderse con el fin de aumentar la comprensión profesional para mejorar el servicio al público. Las enfermeras son responsables de plantear preguntas que reflejen que están conscientes de la necesidad de comprender mejor todo aquello que pertenece al campo de la enfermería, como el usuario en función de su respuesta a la condición de salud, la enfermera en términos de características y responsabilidades profesionales, el ambiente en el que ambos se encuentran, la dinámica de la salud y la interacción entre todos estos factores en el campo de la enfermería.

Conocer los pasos de la investigación que se detallan a continuación ayudará a la enfermera a aplicar los resultados de la investigación en la práctica.

## **Concentración en el área del problema**

¿De dónde surgen las preguntas que requieren una respuesta? De estas preguntas, ¿cuáles requieren investigación para obtener una respuesta apropiada? ¿Cual de ellas tiene datos suficientes para la resolución efectiva de problemas? Polit y Hungler (1983, p. 62) señalan que es posible utilizar los conocimientos de los profesionales para plantear preguntas porque la experiencia hace que las enfermeras tomen decisiones, algunas de las cuales tienen poco o nada que ver con la teoría o los resultados de la investigación. La integridad y eficacia del proceso de enfermería dependen de la capacidad de la enfermera de estudiar sistemáticamente las preguntas planteadas. Fuller (1982, p. 61) sugiere que la enfermera puede emplear la experiencia profesional como base para plantear preguntas que requieren investigación; asimismo, alienta a las enfermeras a concentrarse en el área del problema examinando las investigaciones más recientes y otras informaciones sobre el tema de interés. Polit y Hungler (1983, pp. 63-64) afirman que también la base teórica o modelo conceptual empleados para guiar la práctica, investigación, y educación de enfermería pueden servir de fuente al planteamiento de preguntas.

Según Polit y Hungler (1983) el desarrollo del estudio del problema de investigación incluye los siguientes pasos secuenciales:

1. Definir un área general de interés sobre la cual se hagan algunas preguntas.
2. Reducir el tema mediante la evaluación crítica de las ideas en colaboración con algún mentor o experto. Dicha evaluación debe incluir factibilidad y valor.
3. Definir los beneficios que podrían derivarse de la investigación del problema seleccionado, determinando quién saldría beneficiado, cuáles son las posibles aplicaciones, qué posibilidades hay de que los resultados sean importantes para la base teórica de la práctica, y si hay alguien interesado en los posibles resultados (¿cuán importantes son para la práctica o educación de enfermería?).
4. Establecer si el problema elegido puede resolverse mediante la metodología científica y que no se trata de un problema moral.
5. Criticar la factibilidad del problema en función de los factores de tiempo, disponibilidad de sujetos, colaboración necesaria, instalaciones y equipo requeridos, y costos.

La revisión inicial de la literatura ayudará a llevar a cabo estos pasos en el desarrollo del estudio del problema.

### **Revisión inicial de la literatura**

Una vez que el investigador plantea una pregunta, la revisión inicial de la literatura es útil para identificar las variables más importantes del área de interés, descubrir lo que ya se conoce, recopilar información sobre las necesidades de investigación de ese problema, y definir con más precisión el problema que se investigará.

Fawcett afirma que la revisión de la literatura debe utilizarse para evaluar el

mérito científico, y menciona la necesidad de duplicar estudios: "El estudio repetido del mismo problema de investigación en diferentes entornos, con diferentes muestras o poblaciones y llevado a cabo por distintos investigadores, ayuda a determinar la capacidad de generalización de los resultados" (Fawcett, 1982, p. 57). En vista de la necesidad de generalizar, que aumenta el valor científico, es posible que los investigadores de enfermería deban recurrir con más frecuencia a la literatura como fuente para desarrollar un problema de investigación de enfermería, es decir, para buscar estudios que deban ser repetidos. Fawcett (1982, p. 57) informó que sólo encontró cinco estudios duplicados al efectuar una revisión de dos importantes publicaciones de investigación de enfermería, que abarcaba un período de 18 meses e incluía los informes de 145 estudios. Los investigadores principiantes podrían mejorar su capacidad de investigación si llevaran a cabo estudios de comprobación. La contribución de los estudios duplicados a la base científica de la enfermería podría ser enorme.

La revisión de la literatura debe servir para que el investigador esté consciente de todo el material de importancia potencial disponible sobre un problema de interés. Los materiales útiles para localizar la información fuente incluyen índices de enfermería, disciplinas relacionadas, y literatura popular; servicios de reseñas de enfermería y disciplinas relacionadas; búsquedas por computadora; diccionarios; enciclopedias; guías, y directorios (Fox, 1982, pp. 100-104). Por lo general, los bibliotecarios de casi todas las bibliotecas pueden ayudar al investigador de enfermería principiante a encontrar este tipo de materiales.

En resumen, la revisión inicial de la literatura debe tener por objeto contestar algunas preguntas relacionadas con el tema de interés, describir la participación de otras personas en el mismo problema, y crear una base sólida de conocimientos sobre lo que se ha escrito e informado acerca del tema (Gunter, 1981, p. 11). Esta base de conocimientos permite al investigador pasar a la siguiente etapa de la investigación, es decir, a la especificación del problema y la definición de las variables.

### **Delimitación del problema y definición de las variables**

Una vez que se lleva a cabo la revisión inicial de la literatura y el investigador conoce en términos generales el tema de la investigación y tiene cierta idea sobre los tipos de estudios que se han realizado acerca del área de interés, el investigador es capaz de definir con mayor claridad el problema que investigará. La decisión se tomará exactamente sobre lo que está investigándose; es decir, se estudiará parte del campo de la enfermería. Es posible que el investigador estudie aspectos del usuario cuya comprensión es de suma importancia para el proceso de enfermería, algún fenómeno de salud del paciente, ciertos resultados relacionados con medidas específicas de enfermería, algunas actitudes de la relación entre enfermera y usuario, perspectivas de la prestación de servicios de enfermería, circunstancias del ambiente que afectan la condición de la salud, o cualquier combinación de estos factores en el campo de la enfermería.

La articulación clara del problema incluye la identificación del fenómeno que se investigará. Por lo general, este fenómeno de investigación se conoce con el

nombre de *variable*; la variable es una característica, rasgo, propiedad o condición. Si el investigador manipula intencionadamente la variable con el fin de observar y medir otra variable, a la primera se le da el nombre de *variable independiente*; la variable que se observa y mide, y que se supone está influenciada o se relaciona de alguna manera especial con la variable independiente se denomina *variable dependiente*. Un ejemplo de un problema que se desea investigar y que tiene una variable manipulada y otra que se observa y se mide es: ¿Qué relación existe entre la asesoría que da la enfermera profesional a los padres y la creación de hábitos nutricionales positivos en niños que empiezan a caminar? En esta investigación, la variable independiente es la asesoría específica proporcionada a los padres y la variable dependiente son los hábitos nutricionales de los niños.

Para que estas variables puedan medirse, el investigador debe determinar con exactitud el significado de cada una, es decir, qué constituye la asesoría prestada a los padres y qué se entiende por hábitos nutricionales positivos en niños que comienzan a caminar. El planteamiento del problema puede hacerse en forma de pregunta o enunciado; en ambos casos, en el planteamiento del problema también debe identificarse con toda claridad quién será el sujeto de estudio y qué es lo que se desea estudiar. Para que un problema resulte adecuado para la investigación en el campo de la enfermería, Diers (1979, pp. 13-15) propone que debe satisfacer tres requisitos: (1) reflejar una diferencia importante para la enfermería, esto es, tiene que ser significativo para el campo de la enfermería; (2) mostrar cierta relación con los aspectos generales y conceptuales, o sea, tener el potencial de contribuir a los conocimientos de enfermería; (3) el investigador debe tener acceso y control del fenómeno que se desea estudiar, es decir, tiene que ser posible la medición.

### **Establecimiento de propuestas provisionales – Hipótesis y segunda revisión de la literatura**

Una vez que el investigador de enfermería esclarece el problema que desea investigar, estudia la información disponible y recuerda las observaciones derivadas de las experiencias profesionales, se encuentra en condiciones de formular una hipótesis. No todos los estudios requieren formular hipótesis; por ejemplo, encuestas, estudios históricos, y estudios de carácter exploratorio no requieren hipótesis, ya que su objetivo consiste en identificar o describir variables importantes para la enfermería. No obstante, si el investigador diseña un estudio que exige la manipulación de una variable independiente y la medición de una variable dependiente, es preciso formular hipótesis y someterlas a prueba. “Una hipótesis es una declaración basada en una conjetura, una propuesta tentativa sobre la relación entre dos o más ... variables” (Kerlinger, 1964, p. 15). Las enfermeras cuentan con excelentes oportunidades para formarse algunas conjeturas sobre las relaciones entre las variables que observan en la práctica. Consideradas como puentes, las hipótesis unen la teoría con la observación y se derivan de razonamientos, observaciones y teorías. “La hipótesis es el único medio científico con que se cuenta actualmente para someter a prueba las supuestas relaciones entre las variables” (Trussell, y col., 1981, p. 107).

Como la hipótesis puede considerarse una “propuesta no comprobada acerca

de una población” (Armstrong, 1981, p. 31), el investigador la escribe para reflejar con precisión las pruebas que deben llevarse a cabo. Armstrong propone los siguientes puntos para elaborar y formular hipótesis:

1. Deben ser de tono neutral y no estar influenciadas por el investigador.
2. Su redacción será meticulosa.
3. Se escribirán siempre en presente.
4. Todas las variables se definirán con exactitud.
5. Se identificarán con precisión las variables dependientes e independientes.
6. Deben darse a conocer los medios para medir la variable dependiente. (Armstrong, 1981, p. 37).

Las hipótesis se someten a prueba estadísticamente en relación con las leyes de la probabilidad, por lo que se basan en la probabilidad estadística e implican un elemento de riesgo; el investigador debe decidir el nivel de error que está dispuesto a correr; sin embargo, cuando las consecuencias son graves o permanentes, no puede tomar mucho riesgo (Trussell, y col., 1981, p. 107). Como en ocasiones las hipótesis obligan al investigador a inferir en los resultados sobre una muestra de la población, éste emplea la probabilidad estadística para llevar a cabo las pruebas. El nivel de probabilidad de error recibe el nombre de *nivel de significación* (Trussell, y col., 1981, p. 108). La significación indica que la relación entre las variables proviene de algo que no es casual. En la etapa de investigación en que el investigador formula las hipótesis, efectúa una nueva revisión de la literatura para evaluar los procedimientos de prueba y crear un diseño de investigación adecuado al estudio de las variables. Fox recomienda que el investigador utilice en forma específica esta revisión de la literatura para saber qué métodos de investigación se han utilizado, cómo debe recopilar y analizar la información y “qué ha tenido o no ha tenido éxito en investigaciones anteriores” (Fox, 1982, p. 35).

En resumen, se formulan hipótesis para manifestar las proposiciones del investigador respecto a las relaciones entre las variables y como medio de someter a prueba las relaciones propuestas.

### **Determinación del tipo de proyecto de investigación más apropiado**

El investigador de enfermería selecciona el tipo de proyecto de investigación más adecuado para el estudio tomando como base el método de investigación conveniente para efectuar el análisis, ya sea descriptivo, experimental o histórico; en el método descriptivo, el proyecto se basa en la descripción de los hechos que se producen en el presente; en el método experimental, éste se apoya en la necesidad de manipular una variable específica con objeto de medir el efecto que tiene sobre otras variables; en el método histórico, está fundamentado en el deseo de describir o evaluar acontecimientos que tuvieron lugar en el pasado (Dempsey y Dempsey, 1981, p. 10).

### **Creación de métodos e instrumentos de medición**

Una vez seleccionado el método para llevar a cabo un estudio determinado, el investigador debe decidir el procedimiento más conveniente para recolectar infor-

mación sobre las variables. Aunque existe una amplia variedad de técnicas para obtener información, todas son variaciones de tres métodos: observación, cuestionamiento, y medición (Fox, 1982, p. 194). La selección del método más conveniente para un estudio determinado se basa en los objetivos para la recolección de datos; Fox (1982, pp. 194-195) clasifica los objetivos en:

1. Búsqueda de información. El objetivo es adquirir conocimientos acerca de un fenómeno.
2. Ordenamiento. El objetivo consiste en saber cómo el sujeto ordena un conjunto de puntos en función de un criterio determinado.
3. Evaluación o apreciación. El propósito es evaluar algún fenómeno.
4. Descripción de conductas. El objetivo es describir una conducta o conductas específicas en un contexto de enfermería.
5. Suministrar la base necesaria para la deducción o predicción. El propósito es investigar la dinámica que motiva el comportamiento de los seres humanos con el fin de inferir o predecir comportamientos.

El investigador selecciona instrumentos para la recolección de información según el objetivo de la investigación. Como se mencionó anteriormente, dichos instrumentos suelen corresponder a tres categorías: observación, cuestionamiento y medición; algunos ejemplos de instrumentos de recolección de datos correspondientes a estas categorías son incidentes críticos, pruebas, entrevistas, cuestionarios, registros, escalas y técnicas de medición física. Una forma eficaz de elegir instrumentos consiste en ponerlos a prueba en ensayos experimentales, es decir, efectuar un estudio piloto con el fin de seleccionar y adaptar los instrumentos para medir las variables (Ackerman y Lohnes, 1981, p. 70; Fox y Ventura, 1983, pp. 122-125). El investigador trata de elegir un instrumento de medición adecuado para resolver el problema que se desea investigar, que no tenga algún sesgo, y pueda medir con precisión las variables que se estudian. Se recomienda que el investigador principiante utilice instrumentos de recolección de datos ya existentes; no obstante, en ocasiones no se encuentran los medios adecuados; por ejemplo, Hymovich (1981, p. 71) informó que no habían herramientas para evaluar el impacto de enfermedades crónicas sobre el desarrollo de la familia ni para tasar los resultados de las intervenciones, en consecuencia, ella y sus colaboradores crearon un instrumento especial en forma de cuestionario dirigido a los padres para evaluar el efecto de la cronicidad y la forma de hacer frente a la enfermedad.

Lo más importante de la técnica de recolección de información es que debe brindar al investigador fiabilidad y validez; *fiabilidad* es el atributo del instrumento que indica que éste producirá datos exactos y estables en todo momento; *validez* es la característica del instrumento que mide en realidad lo que estaba destinado a medir (Fox, 1982, pp. 259-260).

Además de elegir los instrumentos adecuados para la recolección de datos en esta etapa de la investigación, la enfermera debe determinar la composición de la muestra, establecer un proceso para recolectar datos de la muestra, y preparar un formato para la recolección, clasificación y almacenamiento de los datos para su posterior análisis. Deben describirse con toda claridad las muestras de sujetos y

contar con un método adecuado para seleccionar a los sujetos de la muestra; el número de elegidos para formar la muestra deberá satisfacer los requisitos estadísticos con el objeto de sacar conclusiones apropiadas de los resultados.

### **Garantía de un proceso ético**

Para llevar a cabo una investigación científica en cualquier disciplina es de vital importancia garantizar un proceso ético y es imprescindible proteger los derechos humanos de las personas que participan en el estudio (Dempsey y Dempsey, 1981, p. 256); esta protección se brinda fundamentalmente mediante la obtención de un consentimiento fundado por escrito y asegurando a los individuos, también por escrito, que no sufrirán daño. El consentimiento fundado significa que se proporciona al sujeto una clara descripción de lo que trata el estudio y de la forma en que encaja en él. El sujeto debe comprender y aceptar el papel determinado que desempeña en el estudio. El hecho de haber dado su consentimiento no impide que el sujeto cambie de opinión en cualquier momento y se retire. La protección contra el daño significa exactamente eso, es decir, que el investigador no hará intencionalmente nada que pueda perjudicar al sujeto.

### **Recolección de datos**

Después de garantizar la protección de los derechos humanos de todos los individuos, puede recolectarse la información. No obstante, antes de comenzar a trabajar con los sujetos, el investigador debe obtener la autorización del departamento de personal si éstos están asociados con una institución. A continuación, el investigador o la persona encargada de recolectar los datos orientan a cada individuo de manera clara y concisa, sobre el método de recolección de datos; después se aplica el instrumento de recolección a todos los sujetos de la misma manera. Durante esta etapa del proceso de investigación, el investigador se apega lo más posible (en cuanto a la metodología) a la propuesta escrita. En el proceso de recolección de datos, el investigador registra la información en los formularios preparados con antelación, entonces, la información está lista para ser clasificada y organizada antes de iniciar el análisis.

### **Análisis de información y presentación de resultados**

La información se organiza de manera que sea posible analizarla. Si el objetivo del investigador es tan sólo presentar la información obtenida, no se requiere más análisis que la descripción narrativa de la información presentada; no obstante, si el investigador tiene como meta deducir algunas características de la población o evaluar cierta relación entre las variables, la información organizada debe someterse a un análisis estadístico. Se realizan todos los cálculos necesarios y, si se formularon hipótesis, es preciso llevar a cabo la prueba estadística de las mismas. Por lo general, es posible emplear el procesamiento electrónico de datos para efectuar tales análisis (Mason, 1981, pp. 108-109).

Basándose en el análisis exacto de los datos, el investigador debe informar de

los resultados tal como se produjeron. Los resúmenes de datos tienen que reflejar con exactitud los resultados individuales de cada sujeto y es necesario presentar toda la información recolectada con el propósito de someter a prueba las hipótesis. Suelen emplearse cuadros, gráficas y figuras para presentar la información, pero deben ser pertinentes, claros, y estar bien señalados; además, tienen que analizarse en el texto del informe de la investigación (Dempsey y Dempsey, 1981, p. 257). Los informes de los resultados se utilizan para sacar conclusiones.

### **Conclusiones e implicaciones**

Con el esquema teórico en el que se basa el estudio y el análisis de la información recolectada, el investigador debe determinar el significado de los resultados y el valor que tienen para la enfermería. Los resultados se analizan primero inspeccionando las pruebas estadísticas efectuadas para examinar las hipótesis o evaluar la información; a continuación, el investigador debe interpretar el significado de la información analizada. Abbott señala que, generalmente, el investigador interpreta los resultados en una de cuatro formas: positiva, la cual significa que los resultados respaldan la relación supuesta y presentan significación estadística, es decir, que éstos no son tan sólo una consecuencia del azar; negativa, que implica que los resultados no siguen la dirección prevista; contradictoria, que significa que una parte de los resultados es positiva y otra negativa, y resultados inesperados, los cuales indican el descubrimiento de una relación sobre la que no se habían hecho predicciones. (Abbott, 1981, p. 132).

Tomando como base el análisis y la interpretación de los datos, es posible efectuar generalizaciones sobre "el significado de la información y su importancia para la población de donde proviene la muestra". (Abbott, 1981, p. 132). Las generalizaciones deben derivarse únicamente de los resultados y el investigador no debe ir más allá de la información como resultado de la excitación producida por el descubrimiento científico. Las inferencias en las que se basan las generalizaciones son producto de conceptos comprobados o no comprobados y de resultados específicos obtenidos en una población determinada, por ello, no es conveniente ni exacto generalizar en gran medida. Las generalizaciones efectuadas ejercen influencia en la práctica, educación e investigación de enfermería y cuanto mayor sea la validez de éstas mayor será su utilidad en la aplicación a la práctica de la enfermería profesional y al desarrollo de la base teórica de la enfermería.

Las implicaciones del estudio suelen relacionarse con alguno de los tres aspectos de la enfermería profesional: práctica con los usuarios, educación de profesionales, e investigación posterior en enfermería. Por lo general, las implicaciones se presentan en la sección del estudio de investigación llamada recomendaciones y suelen referirse a la práctica, es decir, a la forma en que afectan el proceso de enfermería con los usuarios, así como también al efecto que los resultados deben tener en la educación de las personas que practican la profesión y en las investigaciones que se realicen en el futuro. Si las recomendaciones se presentan en forma clara y concisa, y se derivan en forma lógica, constituyen el poder del estudio. En realidad, una de las principales metas de la ciencia de la enfermería consiste en alcanzar una práctica basada en los resultados y recomendaciones de las investigaciones (Abbott, 1981, pp. 133-134).



## **El informe escrito**

La investigación finalizada, pero de la cual no se prepara un informe escrito, representa un desperdicio. Puede argumentarse que el proceso de investigación no está completo hasta participarlo por escrito o por algún otro medio de difusión. Abbott (1981, p. 135) establece con claridad el propósito del informe: "El objetivo del informe de una investigación es presentar en forma organizada un proyecto de investigación diseñado, realizado y analizado". Las características de un informe de investigación eficaz son brevedad, claridad y objetividad completa. Aunque hay variaciones en la forma del informe que suelen determinar los miembros del profesorado, el manual de estilo utilizado, u otros requisitos institucionales, el informe normal sigue la descripción del proceso de investigación que se presenta en este capítulo. Muchos esquemas incluyen determinación del área del problema, revisión de la literatura, métodos de investigación, presentación de resultados, discusión de los análisis y conclusiones, información bibliográfica y apéndices. Se recomienda que el lector consulte un libro de investigación de enfermería o un manual de estilo para aprender cómo debe desarrollar cada una de estas partes del informe escrito de una investigación.

## **RIQUEZA DEL POTENCIAL DE INVESTIGACION EN ENFERMERIA EN NUESTROS DIAS**

---

La visita a una facultad o universidad nos da a conocer los avances logrados por la enfermería en el desarrollo de la investigación y de los investigadores. Entre la gran variedad de publicaciones de enfermería pueden encontrarse por lo menos seis muy especializadas dedicadas a la investigación. Estas publicaciones reflejan importantes puntos fuertes de una profesión que está surgiendo; no obstante, según Smith (1979, p. 75), quien revisó tesis, disertaciones doctorales, publicaciones, boletines, y libros de texto, la investigación se limita fundamentalmente a esfuerzos individuales y no existe un sistema evidente, estructurado y coherente para crear una base teórica de la enfermería. Conforme la profesión emerge de su niñez científica caracterizada por esfuerzos individuales, pasa a una etapa de cooperación y, más adelante, de colaboración. Este principio del desarrollo indica que el futuro de la investigación en enfermería no sólo es vital para desarrollar la identidad científica de la profesión, sino que también ofrece importantes recompensas que acompañan al proceso de maduración.

## **RECOMENDACIONES PARA LA INVESTIGACION EN ENFERMERIA - RESPONSABILIDAD PROFESIONAL**

---

Para el crecimiento y desarrollo de cualquier profesión es muy importante contar con investigaciones que elaboren y validen la teoría sobre la cual se basa la profesión. También es esencial la investigación en cualquier disciplina práctica para ratificar los principios y técnicas de su aplicación. La enfermería, considerada una disciplina práctica, requiere con urgencia investigaciones destinadas a crear la base teórica de la profesión e investigaciones en enfermería cuyo objetivo sea la aplica-

ción directa de conocimientos a la práctica. Por otra parte, es imperativo que ésta investigación sobre la práctica se concentre no sólo en los resultados de la enfermería en términos de salud humana, sino que también debe evaluar la eficacia de los costos en la prestación de servicios profesionales de enfermería como parte del sistema global de servicios de salud.

### **Recomendaciones**

En 1983 se publicaron dos importantes documentos que reflejan la urgente y total necesidad de efectuar investigaciones en enfermería, así como el apoyo que se le pretende dar: *Summary Report and Recommendations* de la National Commission on Nursing's, y *Nursing and Nursing Education: Public Policies and Private Actions*, del Institute of Medicine's. Para mayor información sobre el estudio del Institute of Medicine, consultar el Capítulo 18 y el Apéndice A.

Al referirse a la gran necesidad que existe de contar con enfermeras doctoradas para dirigir la investigación y el desarrollo de la teoría dentro de la profesión, el Institute of Medicine informó que en 1980 habían alrededor de 4 000 enfermeras doctoradas, el 50% de las cuales ocupaban puestos en facultades; sin embargo, sólo el 6% manifestó que la investigación era su actividad primordial; en consecuencia, la gran necesidad de enfermeras doctoradas durante los próximos cinco años se encontrará en el área de investigación y desarrollo de la teoría, donde se calcula que serán necesarias otras 371 personas. La segunda necesidad en orden de importancia de enfermeras doctoradas correspondió a la preparación para el liderazgo en la práctica clínica, donde la necesidad se estimó en 359 personas. Al comparar la proporción de profesores universitarios de enfermería con doctorados en programas que ofrecen estudios a nivel doctorado, el análisis demostró que el 35% de los profesores de estos programas de enfermería poseían títulos de doctorado, mientras que el 90% de los miembros de las facultades de ingeniería y ciencias contaban con un título de doctorado (Institute of Medicine, 1983, pp. 136-137).

El estudio del Institute of Medicine (estudio IOM) señaló que las enfermeras preparadas para la práctica clínica avanzada podrían ejercer una gran influencia si tradujeran la investigación a la práctica. "La enfermera que posee un título de posgrado y está preparada para seguir actualizándose en una especialidad, puede emplear los resultados de las investigaciones para crear medidas adecuadas de atención de enfermería y, si actúa como maestra y modelo de la función, puede garantizar que el personal siga los procedimientos más eficaces" (Institute of Medicine, 1983, p. 140). El grupo del IOM recomendó que el Congreso de los Estados Unidos aumentara el apoyo federal para aumentar el número de becas, préstamos y el apoyo a programas a nivel de posgrado, incluyendo maestría y doctorado, con el fin de incrementar el acceso de la población a la educación necesaria para preparar investigadores, entre otras necesidades. Otra recomendación fue: "El gobierno federal debe crear una organización especial para introducir la investigación en enfermería dentro de la corriente de la investigación científica" (Institute of Medicine, 1983, p. 19). Los miembros de este instituto que llevaron a cabo el estudio consideraron que era necesario un centro nacional para promover la investigación, informar a la enfermería y a otros trabajadores de la salud sobre

las investigaciones efectuadas, e incrementar las posibilidades de descubrimiento y aplicación de métodos para mejorar los resultados con los pacientes. Una de las áreas señaladas como de mayor necesidad es la investigación cuyo objetivo específico es proporcionar “mediciones científicamente válidas de los conocimientos y desempeñar las habilidades de las enfermeras con diferentes tipos y niveles de preparación educativa y experiencia”; de este modo, el estudio recomendó que se obtuviera financiamiento federal y privado para respaldar estas investigaciones. Con el fin de planificar en forma apropiada el apoyo financiero necesario para preparar a las enfermeras, se requieren pruebas auténticas de las diferencias que presentan los graduados de distintos tipos de programas de preparación. Otras áreas de investigación necesarias para planificar y tomar decisiones sobre los recursos humanos fueron recolección y análisis sistemático de datos sobre la oferta y demanda de personal de enfermería. Por último, respecto a la investigación, el grupo de IOM pidió que se hicieran estudios para evaluar los métodos de administración más prometedores, ya que se requieren guías para determinar qué métodos de administración son más útiles para alcanzar las metas de conservación de enfermeras profesionales y proporcionar mejor calidad de atención a los pacientes (Institute of Medicine, 1983, p. 216).

Las recomendaciones de The National Commission of Nursing que reflejan la necesidad y la importancia de las investigaciones en enfermería fueron:

1. Práctica de enfermería. “Debe darse una gran prioridad a la investigación en enfermería y a la preparación de investigadores. Por medio de la investigación, las enfermeras pueden someter a prueba, refinar y ampliar la base de conocimientos sobre la cual puedan descansar una mejor educación y práctica de la enfermería” (National Commission of Nursing, 1983, p. 11).
2. Educación en enfermería
  - a. “Debe fomentarse la tendencia actual de la enfermería respecto a... la obtención de títulos de posgrado para la especialización clínica, administración, enseñanza e investigación.
  - b. Para apoyar esta tendencia hacia la preparación a nivel licenciatura y posgrado, la profesión tiene la obligación de describir el conjunto común de conocimientos... esencial para la práctica de la enfermería...” (National Commission on Nursing, 1983, p. 15).

La comisión consideró que las tendencias actuales en la profesión impulsarán a quienes brindan servicios de salud a experimentar nuevas formas de prestación de cuidados a los pacientes, eficientes en cuanto a costos, y de buena calidad (National Commission on Nursing, 1983, p. 22). Como la enfermería constituye el grupo profesional más grande del sistema de servicios de la salud, tiene la obligación de asumir el liderazgo en la conducción de investigaciones encaminadas a evaluar los costos efectivos de los resultados que obtienen los usuarios de una atención eficaz y de buena calidad. Con el fin de contar con enfermeras competentes y capaces de asumir la plena responsabilidad de la práctica, la educación en enfermería debe reflejar en sus programas una práctica basada en la investigación.

La comisión propuso planes de acción y proyectos de investigación que podrían

utilizarse para incrementar la eficacia futura de la atención de enfermería (Cuadro 6-1).

En todas estas recomendaciones se encuentra implícita la creencia de que es posible avanzar más en la consecución de las metas de la profesión si decisiones, planes y políticas de la educación y práctica se basan en datos comprobados y no en opiniones o prejuicios. Este proceso de comprobación sólo puede producirse si se emplean los controles que ofrece la investigación científica.

### **El investigador en la “era de la información”**

La tecnología avanzada ofrece al investigador de nuestros días un importante apoyo; el almacenamiento, recuperación y análisis de información que brindan las computadoras, hace que el factor tiempo resulte mucho más atractivo y permite que la mayoría de las enfermeras realicen investigaciones. En muchos ambientes educativos y prácticos del futuro inmediato, no tendrán necesidad de manejar la información en forma manual. Otra gran ayuda que brinda la computadora es que su capacidad de “mascar números” hace posible analizar la información de manera prácticamente ilimitada: en consecuencia, el investigador puede utilizar los resultados obtenidos a toda su capacidad. Se espera que los sistemas de procesamiento de palabras ofrecidos por las computadoras sean de gran utilidad para compartir los resultados de las investigaciones con una mayor cantidad de personas. Así pues, la enfermería está entrando en un período de evaluación y conducción de la investigación en momentos en que la tecnología brinda un gran apoyo a muchos aspectos del proceso de investigación.

### **La enfermera como investigador académico: Elemento esencial para modificar la imagen que tiene el público de las enfermeras y de la enfermería**

Desde un punto de vista tradicional, las enfermeras nunca han sido consideradas académicos; en consecuencia, su educación superior y su productividad en la investigación han estado muy limitadas. Lo que el público ha visto hasta la fecha es un grupo de enfermeras en el cual el 70% o más tienen un título inferior al de licenciatura. La falta de credenciales válidas explica probablemente la escasa proporción de investigadores de enfermería; sin embargo, a medida que la enfermería ha desarrollado su propia base teórica en el transcurso de los últimos 25 años, las enfermeras han comenzado a conceder valor a su función académica. Es posible que casi todas las enfermeras estén de acuerdo en que es muy conveniente contar con una práctica basada en la investigación. La profesión podría capitalizar ese convenio y empezar a presentar una imagen diferente al público. A fin de convertir en realidad la motivación para basar el ejercicio de la enfermería en la investigación, los programas educativos deben preparar a los estudiantes en encuestas científicas al mismo tiempo que los entrenan para aplicar la teoría al desempeño de las funciones profesionales.

Matejski (1979, p. 80) respalda la idea de que las actividades de enfermería se

**CUADRO 6-1. Proyectos de investigación necesarios para incrementar la eficacia futura de la atención de enfermería**

<b>Relaciones</b>	<b>Proyectos de investigación</b>
Enfermeras/Médicos/Administradores de atención de la salud/Consejo de directores del hospital	Investigación para determinar en qué condiciones funcionan con eficiencia y eficacia los equipos multidisciplinarios de atención de la salud.
Enfermeras/Instituciones de servicios de salud	<p>Programas de progreso en la carrera – investigación de evaluación para determinar:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Qué características fomentan la excelencia en la atención clínica de los pacientes y el progreso deseado de las enfermeras dentro de las funciones clínicas, de administración, educación e investigación</li><li>2. Los efectos de estas características en calidad y costo de atención de los pacientes y en los índices de conservación y movilidad del personal</li><li>3. Los factores que afectan el progreso de las enfermeras, como educación, experiencia, tiempo en que ha desempeñado un puesto, factores personales y otros.</li></ol> <p>Se requieren estudios de enfermería en áreas rurales para evaluar:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Las necesidades de los pacientes</li><li>2. Los conocimientos, habilidades y composición necesarios en las enfermeras tituladas</li><li>3. La base de datos necesaria para crear programas especiales para las enfermeras tituladas que desean realizar estudios de posgrado en enfermería rural.</li></ol>
Enfermeras/Profesión de enfermería	Los investigadores de enfermería, especialistas clínicos, educadores y administradores de enfermería podrían llevar a cabo investigaciones para crear y someter a prueba la base de conocimientos utilizada en la atención clínica de enfermería e identificar formas para emplear las experiencias de las enfermeras sobre la atención de pacientes con objeto de definir áreas de investigación de enfermería que puedan tener aplicación práctica.
Profesión de enfermería/Educación de enfermería	Investigación para evaluar las variables de los arreglos eficaces para conservar y ampliar los recursos educativos existentes y crear nuevos tipos de programas educativos que den por resultado una buena calidad en la educación de enfermería y accesibilidad para los estudiantes.
Educación de enfermería/Práctica de enfermería	Investigación para determinar las características que ejercen influencia sobre la eficacia de las instituciones de atención de la salud que incorporan con éxito a las enfermeras después de terminar sus estudios y promueven el desarrollo de conocimientos y habilidades clínicas.

**CUADRO 6-1. Proyectos de investigación necesarios para incrementar la eficacia futura de la atención de enfermería**

Relaciones	Proyectos de investigación
Enfermería/Público	<p>Investigación para evaluar y definir las características que fomentan u obstaculizan la cooperación entre educación y práctica de enfermería, como evaluación de los lazos que deberían existir para promover la cooperación entre universidades e instituciones de servicios de salud.</p> <p>Investigación sobre la teoría y los diseños de organización necesarios para lograr la integración eficaz de la educación y la práctica, así como con los mecanismos y condiciones que propician el desarrollo de las funciones clínicas de la enfermería.</p> <p>La base de datos recolectada a través de la investigación en enfermería debe ser compartida con las enfermeras que participan en la planificación estatal y regional. Dicha participación debe garantizar la capacidad, disponibilidad y conveniencia de los programas educativos para enfermeras.</p>

(Modificado de: National Commission on Nursing: Summary Report. and Recommendations. Chicago, The Hospital Research and Educational Trust, 1983).

concentren en brindar ayuda a los hombres para que sean capaces de conservar, alcanzar, o restablecer la salud y que, para ello, la enfermera debe poseer conocimientos sobre la influencia de la cultura, actitudes sociales, y economía en la salud, así como de las ciencias que tienen por objeto alcanzar una mayor comprensión del hombre y del ambiente que lo rodea. Conforme la profesión empiece a educar más enfermeras en estas áreas, habrá más probabilidades de que el público comience a apreciar el aspecto académico de las enfermeras; también es probable que ayude a las enfermeras a considerarse académicos y a reaccionar como ellos. Si la profesión alienta el sentimiento académico en las enfermeras, ayudará sin duda a cambiar la imagen de éstas y como los académicos aceptan que la investigación es un elemento primordial de la enfermería, la preparación de académicos incrementará el suministro de investigadores y la profesión y el público recibirán un mejor servicio.

Las décadas de 1960 y 1970 representaron una etapa en la que muchos investigadores y académicos brindaron una base teórica incipiente a la enfermería. Los decenios de 1980 y 1990 constituyen una era en la que académicos e investigadores tendrán mayor importancia en el surgimiento de la enfermería como profesión autónoma y en la prestación de mejores servicios de enfermería al público.

## **BIBLIOGRAFIA**

Abbott NK: The research report. En Krampitz S, Pavlovich N (eds): Readings for Nursing Research. St Louis, CV Mosby, 1981.

- Ackerman WB, Lohnes PR: *Research Methods for Nurses*. Nueva York, McGraw Hill, 1981.
- American Association of Colleges of Nursing: *Nursing Research Position Statement*. Washington, DC American Association of Colleges of Nursing, 1981.
- Armstrong RL: Hypothesis formulation. En Krampitz S, Pavlovich N (eds): *Readings for Nursing Research*. St Louis, CV Mosby, 1981.
- Brooten D: Issues for research on alternative patterns of care for low birthweight infants. *Image* 15:80-83, 1983.
- Brooten DA, Brown LP, Hollingsworth AO y col.: A comparison of four treatments to prevent and control breast pain and engorgement in nonnursing mothers. *Nurs Res* 32:225-229, 1983.
- Chinn PL, Jacobs MK: *Theory and Nursing – A Systematic Approach*. St Louis, CV Mosby, 1983.
- Cronenwett LR, Brickman P: Models of helping and coping in childbirth. *Nurs Res* 32:84-88, 1983.
- Curry MA: Maternal attachment behavior and the mother's self concept: The effect of early skin-to-skin contact. *Nurs Res* 31-73, 1982.
- Dempsey PA, Dempsey AD: *The Research Process in Nursing*. Nueva York, D Van Nostrand, 1981.
- Derdiarian AK: An instrument for theory and research development using the behavioral systems model for nursing. I. *Nurs Res* 32: 196-201, 1983.
- Diers D: *Research in Nursing Practice*. Filadelfia, JB Lippincott, 1979.
- Donaldson S; Crowley D: The discipline of nursing. *Nurs Outlook* 26: 113-120, 1978.
- Draper EA: Benefits and costs of intensive care. *Image* 15:90-94, 1983.
- Fagin CM: The economic value of nursing research. Ponencia presentada en la Reunión del Consejo de Investigadores de Enfermería, American Nurses Association, Washington, DC, 27 de junio de 1982.
- Fawcett J: Utilization of nursing research findings. *Image* 14:57-59, 1982.
- Fox DJ: *Fundamentals of Research in Nursing*, 4 ed. Norwalk, Conn, Appleton-Century-Crofts, 1982.
- Fox RN, Ventura MR: Small-scale administration of instruments and procedures. *Nurs Res* 32:122-125, 1983.
- Fuller EO: Selecting a Clinical Problem for Research. *Image* 14:60-61, 1982.
- Gagan JM: Methodological notes on empathy. *Adv Nurs Sci* 5:65-72, 1983.
- Gilliss CL: The family as unit of analysis: Strategies for the nurse researcher. *Adv Nurs Sci* 5:50-59, 1983.
- Gortner S: The history and philosophy of nursing science and research. *Adv Nurs Sci* 5:1-8, 1983.
- Gunter L: Literature review. En Krampitz S, Pavlovich N (eds): *Readings for Nursing Research*. St Louis, CV Mosby, 1981.
- Hanson HA, Chater S: Role selection by nurses: Managerial interests and personal attributes. *Nurs Res* 32:48-52, 1983.
- Hirschfeld M: Homecare versus institutionalization: Family care-giving and senile brain disease. *Int J Nurs Study* 20:23-32, 1983.
- Hurley PM: Communication variables and voice analysis of marital conflict stress. *Nurs Res* 32:164-169, 1983.

- Hymovich DM: Assessing the impact of chronic childhood illness on the family and parent coping. *Image* 13: 71-74, 1981.
- Institute of Medicine, Division of Health Care Services: Nursing and Nursing Education: Public Policies and Private Actions. Washington, DC, National Academy Press, 1983.
- Kerlinger FN: Foundations of Behavioral Research. Nueva York, Holt, Rinehart & Winston, 1964.
- Kishi KI: Communication patterns of health teaching and information recall. *Nurs Res* 32:230-235, 1983.
- Mason D: Data analysis: Introduction. En Krampitz S, Pavlovich N (eds): Readings for Nursing Research. St. Louis, CV Mosby, 1981.
- Matejski MP: Humanities: The nurse and historical research. *Image* 11:80-85, 1979.
- Melnyk KAM: The process of theory analysis: An examination of the theory of Dorothea E. Orem. *Nurs Res* 32:170-174, 1983.
- Miles MS, Crandall EKB: The search for meaning and its potential for affecting growth in bereaved parents. *Health Values: Achieving High Level Wellness* 7:19-23, 1983.
- Moore D: Prepared childbirth and marital satisfaction during the antepartum and postpartum periods. *Nurs Res* 32:73-79, 1983.
- National Commission on Nursing: Summary Report and Recommendations. Chicago, The Hospital Research and Educational Trust, 1983.
- Newman MA: What differentiates clinical research? *Image* 14:86-88, 1982.
- Oda DS: Social and political facilitation of research. *Adv Nurs Sci* 5:9-15, 1983.
- Paletta JL: Nursing research: An integral part of professional nursing. *Image* 12:3-6, 1980.
- Patterson JM, McCubbin HI: The impact of family life events and changes on the health of a chronically ill child. *Fam Rel.* 32:255-264, 1983.
- Polit DF, Hungler B: Nursing Research: Principles and Methods. Filadelfia, JB Lippincott, 1983.
- Scott D: Anxiety, critical thinking and information processing during and after breast biopsy. *Nurs Res* 32:24-28, 1983.
- Smith MC: Proposed metaparadigm for nursing research and theory development. *Image* 11:75-79, 1979.
- Steel J: Editorial: Statement moves us to focus on what nurses fix. *Am Nurs* 16:4, enero 1984.
- Tinkle MB, Beaton JL: Toward a new view of science: Implications for nursing research. *Adv Nurs Sci* 5:27-36, 1983.
- Toney L: The effects of holding the newborn at delivery on paternal bonding. *Nurs Res* 32:16-19, 1983.
- Trussell P, Brandt A, Knapp S: Using Nursing Research: Discovery, Analysis, and Interpretation. Wakefield, Mass, Nursing Resources, 1981.
- Upshur CC: Developing respite care: A support service for families with disabled members. *Fam Rel* 32:13-20, 1983.
- Weaver RH, Harding R, Cranley MS: An exploration of paternal-fetal attachment behavior. *Nurs Res* 32:68-72, 1983.



## Capítulo 7

# *La teoría como base de la práctica*

### PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR

1. ¿Parece “mejor” un tipo particular de teoría o debe aplicarse una teoría determinada en una situación particular?
2. ¿Cuáles son los puntos fuertes y débiles de cada una de las teorías?
3. ¿En qué forma afectan las distintas teorías la naturaleza de las intervenciones de enfermería?

Por tradición, las enfermeras basan su práctica en la intuición, la experiencia o “la forma que me enseñaron”, pero estos métodos conducen a una práctica rutinaria y estereotipada. El valor de las teorías estriba en que proporcionan bases para formular hipótesis relativas a la práctica que hacen posible obtener un fundamento para las acciones de enfermería. Las teorías susceptibles de comprobación proporcionan una base de conocimientos a la ciencia de la enfermería. Conforme avance esta ciencia, las enfermeras podrán comprender más a fondo y explicar acontecimientos pasados, y dispondrán de una base para predecir y controlar los acontecimientos futuros; además, la práctica basada en la ciencia respalda la imagen de la enfermería como una disciplina profesional.

Una teoría es “un conjunto de proposiciones lógicamente conectadas entre sí empleado para describir, explicar, y predecir, una parte del mundo empírico” (Riehl y Roy, 1980, p. 5). Al tomar conceptos individuales, como hombre, sociedad, salud, y enfermería, y adquirir posibles relaciones entre ellos, la teoría permite “explicar en forma sistemática métodos de atención de enfermería y predecir los resultados” (Torres, 1980, p. 4).

Torres (1980, pp. 5-7) sugirió las siguientes características de las teorías:

1. Las teorías pueden interrelacionar conceptos de manera que se obtenga una perspectiva diferente para observar un fenómeno determinado.
2. Las teorías deben ser lógicas por naturaleza.
3. Las teorías pueden servir de base a hipótesis susceptibles de comprobación.
4. Las teorías contribuyen y ayudan a incrementar el conjunto global de cono-

cimientos de la disciplina mediante la investigación que se lleva a cabo para confirmarlas.

5. Los practicantes de una profesión o disciplina pueden utilizar las teorías para guiar y mejorar su práctica.
6. Las teorías tienen que ser congruentes con otras teorías válidas, principios y leyes.

Algunos autores han propuesto que diferentes niveles de teoría son adecuados para distintos propósitos (Dickoff y James, 1968 y Walker y Avant, 1983), como se presenta en el Cuadro 7-1. El nivel inferior, correspondiente a la teoría que tiene por objeto la *descripción* (teoría para el aislamiento de factores), requiere que los factores, o variables involucrados, se identifiquen y definan con claridad; por ejemplo, para describir una situación en la que participan una enfermera y un usuario, es preciso definir las variables enfermera y usuario, además de los elementos más significativos de la situación; así pues, la enfermera puede ser una estudiante de último año y el usuario un paciente hospitalizado por infarto al miocardio. La descripción clara de la situación depende de la identificación de detalles exactos y esenciales respecto a cada una de las variables, en términos que se comprendan fácilmente.

El objetivo del siguiente nivel de teoría consiste en la *explicación* de una situación (teoría para relacionar factores), que requiere la identificación de las posibles relaciones entre las variables. En el ejemplo mencionado antes, la enfermera puede tratar por segunda vez de instruir al paciente sobre una dieta de bajo contenido en sodio. Existen posibles relaciones entre dieta y diagnóstico, enfermera y paciente y entre el diagnóstico y el paciente; las variables relativas a la situación que pueden afectar estas relaciones ayudan a esclarecer la explicación. En consecuencia, las posibles explicaciones del poco éxito obtenido en la primera instrucción pueden incluir falta de concentración por parte del paciente, ocasionada por dolor en el pecho o ansiedad, o falta de confianza en la enfermera con quien el cliente no ha tenido trato previo.

El tercer nivel de teoría tiene por objeto *predecir* los resultados cuando se manipulan las variables (teoría para relacionar situaciones); por ejemplo, podría predecirse que las posibilidades de recordar las instrucciones sobre la dieta aumentan si las instrucciones se dan cuando el paciente experimenta poco o ningún dolor o ansiedad. Por último, el cuarto y más alto nivel de teoría tiene por objeto *controlar* la situación (teoría para la producción de situaciones). Este nivel permite prescribir medidas que producirán las metas deseadas; así pues, las variables que conducen

---

**CUADRO 7-1. Niveles de desarrollo de la teoría**

---

Dickoff y James		Walker y Avant
Teoría para el aislamiento de factores	=	Descripción
Teoría para relacionar factores	=	Explicación
Teoría para relacionar situaciones	=	Predicción
Teoría para producir situaciones	=	Control

---

a una enseñanza adecuada de la dieta son conocidas y respaldadas por la investigación. En este nivel de teoría, las intervenciones de enfermería tienen muchas probabilidades de cumplir las metas deseadas.

Stevens (1979) propone por otra parte dos niveles de teoría; al primer nivel se le da el nombre de teoría descriptiva porque permite observar un fenómeno e identificar los principales elementos o acontecimientos que lo constituyen. Este nivel de teoría no explica por qué están presentes los elementos, ni por qué o cómo se relacionan unos con otros; esa es la función del segundo nivel, teoría explicativa, que se refiere a causas y efectos, correlaciones o normas que rigen las interacciones entre las variables. La teoría explicativa puede utilizarse para controlar los resultados de las medidas de enfermería.

A continuación se presenta una descripción de cuatro clases de teorías sobre la naturaleza del cambio: de sistemas, de la tensión y adaptación, del crecimiento y el desarrollo, y del ritmo. Todas estas teorías, elaboradas fuera de la enfermería, se han aplicado dentro del ámbito de la enfermería con el fin de ofrecer distintas explicaciones de los cambios producidos por las interacciones entre seres humanos, salud, ambiente, y enfermería, y para, en consecuencia, guiar la aplicación del proceso de enfermería. Los principios de la teoría de sistemas también se utilizaron como marco teórico de este libro.

## TEORIA DE SISTEMAS

---

La teoría de sistemas se ocupa de los cambios producidos por las interacciones entre los distintos factores (variables) de una situación. En los seres humanos, se producen continuamente interacciones entre éstos y el medio ambiente, por ello, la situación es compleja y constantemente cambiante. La teoría de sistemas brinda una forma de comprender las muchas influencias que afectan por completo a la persona, y el posible efecto del cambio producido en alguna de las partes sobre el todo. Esta teoría puede ser de gran utilidad en la enfermería para comprender, predecir, y controlar los posibles efectos de la atención de enfermería sobre el sistema del usuario y los efectos concomitantes de la interacción sobre el sistema de la enfermera.

Un sistema se define como “un todo constituido por partes interrelacionadas, en el que las partes tienen una función y el sistema como un todo tiene otra función” (Auger, 1976, p. 21). Los sistemas se organizan en niveles jerárquicos de complejidad. Los sistemas individuales pueden ser *subsistemas* de sistemas más complejos, mientras que cada sistema posee también un *suprasistema*.

Los individuos están constituidos por células, órganos y sistemas fisiológicos, que son los subsistemas del hombre; estos subsistemas interactúan y cambian constantemente; por ejemplo, cuando una persona come, aumenta el nivel de suministro de sangre a los órganos gastrointestinales, y la absorción de carbohidratos aumenta el nivel de glucosa en la sangre, dando por resultado un incremento en la secreción de insulina. Al mismo tiempo, los cambios en la circulación de la sangre y en el nivel de glucosa afectan el nivel de atención y de “hambre”, por lo que la persona puede sentirse “satisfecha” y “a gusto”. Los sistemas gastrointestinal, endocrino, cardiovascular, y emocional, son subsistemas de la persona, y el indivi-

duo, en su conjunto, constituye el suprasistema de cada uno de los sistemas fisiológicos o psicológicos; la interacción entre los subsistemas constituye el *medio ambiente interno* de la persona.

El individuo es un subsistema del sistema familiar (la familia es un suprasistema del individuo), el cual es a su vez un subsistema de la comunidad, y así sucesivamente. Los subsistemas pueden aislarse para su estudio, pero los seres humanos son más y diferentes a la suma de sus partes (Rogers, 1970, p. 46); por lo tanto, una persona no puede caracterizarse por la simple descripción de los subsistemas fisiológico, psicológico y sociocultural, ya que su comportamiento es holístico, es decir, un reflejo de la persona como un todo. En consecuencia, es preciso prestar mayor atención a la interacción que se produce entre las distintas partes del sistema que a la descripción de la función de las partes en sí mismas (Auger, 1976, p. 20).

Todos los sistemas vivos son *sistemas abiertos*, lo cual significa que intercambian materia, energía, e información a través de sus límites con el medio ambiente (Sills y Hall, 1977, p. 20). El ambiente interno está en constante interacción con un ambiente cambiante externo a la persona; conforme se producen cambios en uno, el otro se ve afectado; por ejemplo, el hecho de entrar en una habitación fría (cambio en el ambiente externo) afecta una amplia variedad de subsistemas fisiológicos y psicológicos del ambiente interno que alteran el flujo sanguíneo de la persona, su capacidad de concentración, sentimiento de comodidad, etc. De la misma manera, un exabrupto de ira (cambio en el ambiente interno), tiene un efecto demostrable en la actitud de otras personas. Este carácter abierto de los sistemas humanos es el que hace posible la intervención de enfermería.

Un enfoque de sistemas permite considerar al hombre al nivel de sus subsistemas, como ser humano completo, y como criatura social que se relaciona con otras personas y forma sistemas ordenados jerárquicamente de creciente complejidad. Así pues, el hombre, desde el nivel de individuo hasta el nivel de sociedad, puede conceptualizarse como cliente y convertirse en el sistema objetivo de las intervenciones de enfermería (Sills y Hall, 1977, pp. 24-25).

La energía, información, o materia que abastece al sistema se llama *ingreso* (entrada). El sistema “transforma, crea, y organiza lo que ingresa a través de un proceso que da como resultado la reorganización del ingreso” (Sills y Hall, 1977,

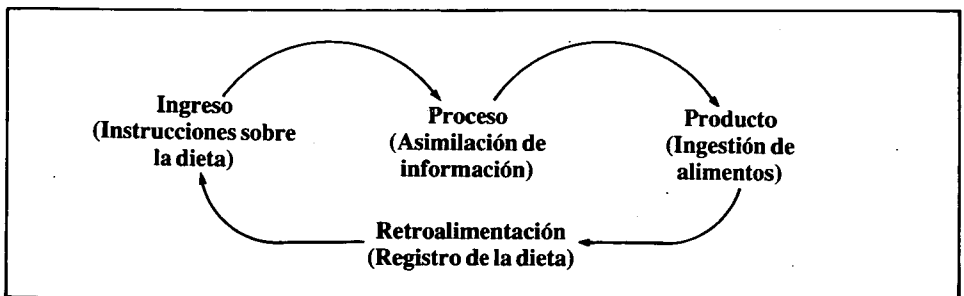


Fig. 7-1. Ejemplo de la interacción de los sistemas.

p. 21); por ello, cada sistema modifica su entrada. Al mismo tiempo, elimina energía, información o materia al medio ambiente en forma de producto (salida). Cuando el producto vuelve al sistema una vez más como ingreso, el proceso recibe el nombre de *retroalimentación*; por ejemplo, cuando una enfermera proporciona información a un paciente sobre una dieta terapéutica, esta información constituye un ingreso al sistema (al sistema del usuario), lo que el usuario come es un tipo de producto del sistema (basado en el procesamiento relacionado con la asimilación y aceptación de la información dada en un principio), y la enfermera, usando como retroalimentación el informe del paciente sobre la ingestión de alimentos, puede ayudar a reforzar o modificar el comportamiento futuro del usuario (Fig. 7-1).

Los seres humanos pueden considerarse como "organismos interrelacionados, interdependientes, interactivos, y complejos que influyen y son influenciados constantemente por su medio ambiente" (Sills y Hall, 1977, p. 24). En cualquier momento, puesto que la persona se encuentra en constante interacción con el medio ambiente, afectarán el estado de salud del usuario diversos factores interrelacionados, incluyendo la influencia ejercida por la enfermera. La respuesta del individuo, a su vez, ocasionará cambios en el medio ambiente. A causa de estas interacciones, el cambio en una de las partes afecta todo el sistema del ser humano y de su ambiente.

El uso de la teoría de sistemas para guiar el proceso de enfermería dirige la evaluación de las relaciones entre todas las variables que afectan la interacción entre usuario y ambiente, incluyendo la influencia de la enfermera. Al intervenir, la enfermera debe prever el efecto que producirá cualquier cambio en alguna de las partes del sistema sobre la totalidad de éste y estar consciente de la naturaleza simultánea y no de causa y efecto que tienen los cambios en los sistemas abiertos.

## TEORIAS DE TENSION Y ADAPTACION

---

Las teorías de tensión y de adaptación consideran los cambios debidos a la interacción entre el individuo y el medio ambiente en términos de causa y efecto. Sin duda, la persona tiene que adaptarse a los cambios con el fin de evitar perturbaciones en una existencia equilibrada. La teoría de adaptación brinda una forma de comprender cómo se mantiene el equilibrio y los posibles efectos de su alteración. Esta teoría se ha aplicado mucho para explicar, predecir, y controlar las respuestas biológicas (fisiológicas y psicológicas) de las personas, y constituye la base de gran parte de la terapia médica actual.

El cuerpo humano funciona como un todo; la actividad de determinadas células del cuerpo afecta a todas las demás. Esta comunicación es posible porque todas las células están rodeadas por los mismos fluidos (por ejemplo, sangre, linfa, líquido intersticial), que forman un *ambiente interno* para todo el cuerpo. El ambiente interno proporciona un medio para intercambiar sustancias nutritivas y desechos, y suministra un ambiente fisicoquímico estable para la función celular.

La función fisiológica normal de las células exige que se mantenga la constancia del ambiente interno dentro de pequeños márgenes de variación, aun cuando el cuerpo está cambiando constantemente en respuesta a las interacciones que se producen entre los ambientes interno y externo. La estabilidad necesaria del ambiente interno se mantiene mediante la retroalimentación entre los mecanismos

reguladores. Cuando se producen cambios en el ambiente interno, los sistemas reguladores, como el nervioso o el endocrino, responden para mantener el cambio dentro de límites bien definidos. La palabra *homeostasia* (de *homeo*, semejante, igual y *stasis*, detención) fue empleada por primera vez por Cannon (1929) para describir la constancia del ambiente interno gracias a la acción de los mecanismos reguladores. La constancia no significa que el ambiente interno sea estático, ya que éste cambia continuamente, pero se mantiene un equilibrio relativo.

Los sistemas reguladores funcionan por medio de *compensación*; cualquier cambio en el ambiente interno desencadena automáticamente una respuesta que reduce al mínimo o contrarresta el cambio, por ejemplo, cuando disminuye la cantidad de azúcar en la sangre, el sistema endocrino responde con un aumento en la secreción de cortisol, que reduce la cantidad de glucosa que usan las células y estimula la conversión de los aminoácidos en glucosa; estas actividades compensatorias causan el aumento de azúcar en la sangre. Si los niveles de azúcar en la sangre aumentan por encima de lo aceptable, la secreción de insulina incrementará la cantidad de glucosa que toman las células y tenderá a reducir el nivel de glucosa en la sangre.

La compensación se produce constantemente conforme el cuerpo se adapta a los estímulos que tienden a perturbar el equilibrio; estas fuerzas se conocen como *productores de tensión* y pueden ser cualquier cosa que produzca un cambio en el ambiente interno, obligando de esta manera al organismo a compensar. Los cambios de temperatura del ambiente externo, hambre, alegría, infección, y los cambios en el patrón de sueño, son productores potenciales de tensión; así pues, los productores de tensión pueden ser benéficos o perjudiciales, pero todos exigen que el cuerpo responda. La respuesta del cuerpo recibe el nombre de *adaptación* y la capacidad de adaptación a los cambios que se producen en la vida puede ser sinónimo de salud o puede ser un factor importante en la determinación del potencial de salud o enfermedad de un individuo.

Una forma de adaptación que tienen las personas se logra mediante los mecanismos de enfrentamiento que “se refieren a los esfuerzos efectuados para dominar condiciones de daño, amenaza, o desafío cuando no se dispone de una respuesta rutinaria o automática” (Monat y Lazarus, 1977, p. 8). Algunas personas consideran los mecanismos de enfrentamiento como barreras psicológicas cuando se percibe un productor de tensión, como una amenaza; por lo tanto, la respuesta de una persona a la tensión implica una evaluación cognoscitiva y métodos psicológicos de enfrentamiento, además de las reacciones fisiológicas normales.

### Teoría de la tensión de Selye

La teoría de Hans Selye sobre la tensión, desarrollada en los años 40, se refiere a las respuestas fisiológicas a los productores agudos de tensión. Muchos tipos de variables diferentes pueden ser productores de tensión. Cuando los productores de tensión afectan varios tejidos, éstos envían señales al cerebro a través de los sistemas nervioso o endocrino. Selye define la *tensión* como “el estado manifestado por un síndrome específico que está constituido por todos los cambios inducidos en forma inespecífica dentro de un sistema biológico” (Selye, 1976, p. 64). Sin

importar los productores específicos de tensión implicados en cada caso, el organismo responde con los mismos cambios generalizados, a los que Selye dió el nombre de síndrome de adaptación general (SAG); el objetivo del SAG es “el confinamiento de la tensión al área más pequeña capaz de cumplir los requisitos de una situación” (Selye, 1976, p. 162).

El SAG se produce en tres etapas; la primera es la reacción de alarma durante la cual se movilizan los mecanismos para conservar la vida; a continuación se presenta la etapa de resistencia, en la que se moviliza el canal específico de defensa más adecuado. Si la respuesta del cuerpo no es suficiente para controlar a los productores de tensión, el cuerpo entra en la etapa de agotamiento; la reacción se extiende y, al agotarse las defensas, se produce la muerte; por el contrario, si la resistencia es suficiente, el cuerpo recupera un estado de equilibrio, aunque pueden permanecer algunos daños residuales, por ejemplo, cuando penetran bacterias en un cuerpo en cantidad suficiente, se produce una reacción de alarma; la resistencia puede consistir en confinar y eliminar los organismos, pero es posible que queden tejidos con cicatrices o también, que la resistencia no baste para confinar a los organismos, sobreviniendo una infección sistémica. Si la resistencia se agota, la persona puede morir a causa de la infección.

Selye también señala que las propias reacciones defensivas de adaptación del cuerpo pueden causar enfermedades de adaptación. Si el productor de tensión es un microorganismo, son convenientes y útiles las respuestas inflamatorias para localizar y destruir al productor de tensión, pero si, por ejemplo, el productor de tensión es la ansiedad, la respuesta inflamatoria no es útil y puede causar daño fisiológico (como digestión de la mucosa gástrica, que si se prolonga podría ocasionar una úlcera gástrica); por lo tanto, si la respuesta a la tensión es excesiva o poco apropiada, puede producirse alguna enfermedad.

Sin embargo, hace poco tiempo se impugnó la teoría de Selye; algunos investigadores como Lazarus (Monat y Lazarus, 1977) consideran que la mente debe creer que un productor de tensión constituye una amenaza antes de que el cuerpo responda con cambios hormonales. Esta integración de la mente y el cuerpo es congruente con el desarrollo de la teoría de sistemas; por otra parte, parece que “existen causas generales y específicas de los distintos patrones de enfermedad relacionados con la tensión” (Monat y Lazarus, 1977, p. 7) y que “distintos individuos reaccionan de diferentes maneras a las mismas condiciones” (Appley y Trumbull, 1977, p. 66). Además, aunque la teoría de Selye se basa en un síndrome específico en respuesta a un productor no específico de tensión, existe un conjunto cada vez más grande de pruebas que respaldan el concepto de que hay diferentes patrones de respuesta hormonal para distintos productores de tensión en la misma persona.

Una teoría más general de la tensión comenzaría con la activación del sistema por parte de un productor o un posible productor de tensión que dirigirá la evaluación subjetiva o cognoscitiva de la amenaza que la envuelve; este paso es por lo menos parcialmente inconsciente e implica la consideración de intensidad, grado, y contexto de la activación y de los recursos fisiológicos y emocionales con que se cuente para hacer frente a la situación. Sobre la base de esta evaluación, la persona suele reaccionar desde un punto de vista fisiológico y del comportamien-

to, lo cual podría relacionarse con los síntomas. La evaluación de la situación continuará, incluyendo la eficacia de las respuestas de enfrentamiento.

Este modelo de la tensión reconoce las posibles diferencias entre las respuestas de varios individuos y hasta de un mismo individuo en distintas circunstancias; las diferencias en un mismo individuo pueden ser consecuencia de un sinnúmero de factores, como la experiencia pasada, variaciones en el tiempo, grado de control que puede ejercer sobre la situación, capacidad de predicción del activador, y habilidad del individuo de aprender nuevas formas de enfrentamiento. Algunas de las variables que pueden modificar las respuestas de distintas personas al mismo activador son el grado de amenaza que representa el activador, la cantidad de apoyo social que el individuo puede obtener y los efectos de aprendizaje y adaptación anteriores. En este modelo, los productores de tensión conducen a mecanismos de enfrentamiento, lo cual da por resultado crecimiento y cambio de la persona (Scott *col.*, 1980; Bieliauskas 1982; Ziemer, 1982).

El empleo de la teoría de Selye sobre la tensión para guiar el proceso de enfermería resulta más aplicable con respecto a la evaluación de los productores fisiológicos de tensión y de las respuestas de adaptación. El objetivo de la intervención es el apoyo a las defensas del cuerpo con la consiguiente reducción de tensiones adicionales. Esta teoría se ha utilizado mucho en medicina. Un modelo holístico del enfrentamiento a la tensión es congruente con la intervención de enfermería y constituye la base de por lo menos un modelo de enfermería utilizado ampliamente (consultar el Capítulo 8, Modelos de enfermería). La teoría de la crisis, presentada a continuación, ha sido considerada por la medicina dentro de un esquema enfocado a la tensión y orientado a la enfermedad; no obstante, también puede considerarse dentro de un modelo de enfrentamiento a la tensión orientado a la salud como se describió anteriormente.

### Teoría de la crisis

La teoría de la crisis surgió en la psiquiatría para guiar las intervenciones en personas que experimentan "períodos pico" o "crisis" agudos que parecen presentarse "con cualquier cambio en el que las exigencias sobre un sistema son mayores que los recursos" (Menke, 1977, p. 56). La teoría se basa en la suposición de que "todos los sistemas requieren cierta estabilidad y capacidad de predicción para funcionar y promover el crecimiento; de lo contrario se producen caos, desorganización y disfunción" (Menke, 1977, p. 61). Se cree que a este patrón básico de estabilidad se superponen períodos de cambio agudo; si el individuo es incapaz de adaptarse al cambio y enfrentarse a él, se producen crisis.

Fitzpatrick (1982, p. 25) resumió las perspectivas actuales de la teoría de la crisis:

1. El proceso de la vida incluye una sucesión de experiencias de crisis.
2. La crisis constituye una amenaza para el individuo ya que pone en peligro el equilibrio y el yo.
3. El objetivo de la resolución de la crisis es el retorno al nivel de funcionamiento que se tenía antes de la crisis, es decir, al restablecimiento del equilibrio.
4. Las crisis tienen un potencial de oportunidades, es decir, pueden ser experiencias de crecimiento.



5. Por definición, las crisis tienen una limitación de tiempo; son como puntos de transición en la experiencia de la vida de la persona.
6. Es posible identificar y describir las fases específicas de la experiencia de la crisis.
7. El mejor momento para intervenir en una crisis es su punto culminante.
8. Es posible identificar los acontecimientos que precipitan la crisis en relación con el momento en que ésta se produce.
9. Las experiencias previas con crisis aumentan la capacidad de funcionar en las crisis actuales.
10. La experiencia de la crisis incluye un conjunto de sensaciones relacionadas con el estado de perturbación.
11. La resolución de las crisis suele relacionarse en forma directa con la salud o la enfermedad mental; las crisis pueden resolverse de manera positiva o negativa.

Caplan (1964, pp. 40-41) describió en un principio las fases por las que atraviesa una experiencia de crisis. En la primera fase, un estímulo (el cambio) provoca un incremento en el nivel de ansiedad de la persona y hace que ésta emplee sus métodos normales de resolución de problemas para reducir su malestar. En la segunda fase, el estímulo continúa, pero como fallan los métodos normales para resolver la situación, la ansiedad sigue aumentando. En la tercera fase, el individuo pone en movimiento otros recursos internos y externos que pueden resolver la ansiedad; no obstante, si estos recursos no son suficientes, se produce la cuarta fase y el paciente entra en una crisis activa. Como afirma Caplan (1964, p. 41), "Si el problema continúa y no es posible resolverlo con la satisfacción necesaria, ni evitarlo mediante la resignación o la distorsión de la percepción, la tensión aumenta hasta el límite y produce una desorganización extrema con resultados drásticos".

Hay dos tipos de crisis, de desarrollo y de situación. Una crisis de desarrollo o de maduración, suele tener un inicio gradual y producirse durante un período de transición entre las etapas del desarrollo. La crisis de situación es un acontecimiento súbito e inesperado. Todas "implican una pérdida real o la amenaza de una pérdida" (Menke, 1977, p. 58) y "presentan al individuo tanto la oportunidad de desarrollar su personalidad como el peligro de incrementar su vulnerabilidad al desorden mental" (Caplan, 1964, p. 36).

Existen claras diferencias entre la medicina y la enfermería sobre la forma de interpretar la teoría de la crisis. La medicina considera la crisis como un período de desequilibrio "que representa una amenaza para la homeostasia del individuo" (Fitzpatrick, 1982, p. 23), mientras que la enfermería cree que las crisis ofrecen al individuo la oportunidad de alcanzar metas, resolver problemas, y crecer.

El empleo de la teoría de la crisis para guiar el proceso de la enfermería dirige la valoración de la historia clínica del usuario, así como los factores implicados en el surgimiento de una mayor ansiedad; también se requiere una evaluación de los puntos fuertes, apoyos y mecanismos de enfrentamiento con los que cuenta el individuo para manejar una situación. El objetivo de ayudar al individuo a utilizar la experiencia para fomentar el crecimiento personal influye en las estrategias de intervención.

## TEORIAS DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Las teorías del desarrollo adoptan un crecimiento o cambio lineal con una dirección predecible e irreversible, se presenta en grados (etapas), y avanza hacia la realización del potencial máximo (Chin, 1980). Esta teoría facilita la planificación de las intervenciones orientadas al futuro, ya que "dirección, secuencia de etapas, forma de progreso de una etapa a otra, fuerzas causativas, y metas deseadas son conocidos y predecibles" (Thibodeau, 1983, p. 47). La aplicación de este tipo de teoría al desarrollo interpersonal, psicosocial, psicosexual, cognoscitivo, y moral, se analiza en las siguientes secciones. La intervención de enfermería basada en la teoría del desarrollo se encuentra muy influenciada por expectativas predecibles y generalizables de todas las personas, que se interpretan en función de la historia clínica específica del usuario.

El *crecimiento* se define como un incremento en el tamaño y forma físicos hasta alcanzar un punto de maduración óptima (Billingham, 1982, p. 4). El crecimiento es un cambio constante, en el que participa la persona como un todo, a través de patrones de organización y regulación; como ningún cambio es aislado, cada uno modifica al individuo en su conjunto, por lo que la evaluación del crecimiento requiere información relacionada con todos los aspectos del individuo.

El crecimiento es continuo y ordenado con tendencias regulares en su dirección; por ejemplo, la dirección del crecimiento motriz va de la cabeza a las extremidades (secuencia cefalocaudal) y de la parte central del cuerpo a la periferia (secuencia proxidistal). Como resultado, un niño se sienta antes de tenerse en pie, y controla los movimientos de los hombros antes que los de los dedos; sin embargo, aunque el crecimiento es constante y sigue un patrón o modelo, no siempre es gradual ni tranquilo. Se desarrollan diferentes aspectos a distintas velocidades.

Cada persona crece de acuerdo con un patrón único, que está influenciado por factores intrínsecos (por ejemplo, la genética), de factores extrínsecos (por ejemplo, la nutrición) y de la interacción entre persona y ambiente (por ejemplo, las respuestas emocionales). Además, varía mucho la edad en que se producen acontecimientos importantes, como la triplicación del peso que se tenía al nacer; si bien hay períodos críticos para algunos tipos de crecimiento (por ejemplo, diferenciación estructural macroscópica durante el primer trimestre de gestación), en general, la tendencia al crecimiento es mucho más importante que la edad en que se alcanza.

El *desarrollo* se relaciona con cambios funcionales que suelen ser cualitativos. Como ocurre con el crecimiento, múltiples factores afectan el desarrollo, aunque no existe un consenso acerca de la importancia relativa de las influencias de maduración (biológicas) en comparación con las ambientales. Todos los aspectos del desarrollo humano están interrelacionados e integrados, y como éste se produce en forma secuencial, es posible predecir expectativas realistas sobre el comportamiento.

Existen diferentes teorías sobre la forma en que se produce el desarrollo. El enfoque clásico es llamado *teoría de las etapas*, el cual afirma que todas las personas pasan por distintos niveles (etapas); éstas difieren en calidad, pero hay un orden fijo y la persona no puede saltarse ni reordenar una etapa o etapas, ya que el dominio de las tareas de una etapa constituye la base para superar las tareas de la

siguiente. Las personas difieren en la rapidez con que pasan por estas etapas y en el nivel de desarrollo que logran alcanzar.

Los teóricos sustentan diversas creencias respecto a qué etapas son de vital importancia para el desarrollo. Los que consideran que los factores genéticos constituyen los principales determinantes del desarrollo, advierten los efectos desfavorables e irreversibles que pueden presentarse si no hay un desarrollo apropiado en cada una de las etapas. De esta manera, Freud relacionaría el hábito de fumar en un adulto con la insatisfacción oral de cuando era niño. Piaget creía que ciertas etapas eran preferibles para el desarrollo, pero como también creía en la interacción de las influencias intrínsecas y ambientales, esperaba que el desarrollo continuara aún cuando fuera obstaculizado. Se han fijado límites de edad para esperar que una persona pase de una etapa a la siguiente.

Varios teóricos que apoyan esta teoría describieron los elementos del desarrollo. Se analizarán las teorías de seis teóricos que han sido ampliamente aplicadas a la enfermería: Sullivan, Piaget, Kohlberg, Freud, Erikson y Maslow. Es importante recordar que si bien cada etapa posee rasgos y tareas de desarrollo características, cada individuo presenta un estilo y comportamiento únicos; asimismo, es preciso recordar que cada una de estas teorías estudia sólo uno de los subsistemas del desarrollo.

#### Teoría interpersonal de Sullivan

La teoría interpersonal de Harry Stack Sullivan se basa en la creencia de que el comportamiento y la personalidad de los seres humanos se desarrollan como resultado de las relaciones interpersonales que sostienen unas personas con otras importantes para ellas. Sullivan afirmó “la psiquiatría trata de estudiar los procesos interpersonales condicionados biológica y culturalmente... que tienen lugar en situaciones interpersonales en las que el observador psiquiatra realiza su trabajo” (Sullivan, 1953, p. 20).

Sullivan creía que el desarrollo de la personalidad se divide en períodos de crecimiento. Las etapas se producen a nivel universal, pero no existen límites estrictos, sino que, sobre todo en las etapas más avanzadas, reciben una gran influencia de las diferencias culturales. Las etapas son infancia, niñez, edad juvenil, preadolescencia, primera adolescencia, adolescencia media, adolescencia tardía, y edad adulta madura. En cada etapa, el individuo lucha por lograr satisfacción y seguridad en sus relaciones interpersonales con las demás personas importantes para él. Hay tranquilidad cuando se alivian las tensiones biológicas y, de esta forma, se atienden las necesidades de satisfacción. La seguridad se obtiene por evaluaciones reflejadas de valor por parte de las personas que tienen importancia para el individuo. Cuando se satisfacen las necesidades de seguridad se alivia la ansiedad.

Las necesidades de satisfacción y seguridad en el lactante están relacionadas de manera inseparable; éste recibe atención a sus necesidades de satisfacción por medio de las muestras de “ternura” que presentan las personas importantes para él como gratificación a la tensión biológica y a su necesidad de seguridad. El hecho de atender las necesidades físicas da como resultado la satisfacción. En el infante, estas atenciones implican también un mensaje enfático de seguridad que alivia las

tensiones de la ansiedad; por ejemplo, el hecho de ser alimentado por una madre que alberga sentimientos muy positivos sobre él da como resultado el alivio de las tensiones producidas por el hambre y la ansiedad. La persona que "actúa como madre" tiene la capacidad de inducir satisfacción y seguridad o de provocar ansiedad y aumentar las tensiones biológicas; asimismo, ésta se ve afectada por el estado del lactante. Este tipo de comunicación emocional, el cual hace posible la transmisión de ansiedad o satisfacción entre madre e hijo, o viceversa, recibe el nombre de empatía.

Sullivan consideraba que el infante pasaba alternativamente de períodos de seguridad y satisfacción a etapas de ansiedad como resultado de los estados de mayor tensión derivados de sus experiencias interpersonales, en especial con su madre; afirmó que estas experiencias se producían en forma prototóxica, lo cual quería significar que tenían lugar antes de que el lactante fuera capaz de emplear símbolos. Obtener satisfacción producía un profundo sentimiento de bienestar y seguridad. Este poder, o sentimiento de capacidad, era considerado un logro con los demás (en lugar de sobre los demás). Se expuso que si el infante experimentaba en forma recurrente una falta de satisfacción y seguridad, desarrollaba un impulso hacia el poder debido a la carencia de una imagen positiva; en otras palabras, una persona necesita poseer un sentimiento de capacidad, al que Sullivan denominó poder. Al bloquear dicha necesidad se desarrolla un "impulso hacia el poder". Sullivan sostenía que "la manera en que se satisface y convierte en realidad dicho impulso (hacia el poder) constituye uno de los principales determinantes del crecimiento y de las características de la personalidad" (Mullahy, 1953, p. 243).

Con la transición de la infancia a la niñez, se produce un cambio en las demás personas importantes que implica dejar de limitarse a la persona que brinda cuidado para incluir a otros individuos con quienes se tiene una relación estrecha (por ejemplo, maestros y amigos). Además, el niño comienza a utilizar el lenguaje. En este momento, se acelera el proceso deliberado de asimilación cultural, ya que el niño empieza a emplear símbolos. Estos tipos de experiencias ocurren en forma coordinada, indicando que el niño emplea símbolos de manera muy individual y privada. Sullivan denominó en forma específica las experiencias paratáxicas como autistas. El niño es ahora capaz de discriminar las experiencias en partes independientes sin alguna relación; por lo tanto, la ansiedad puede diferenciarse y asociarse con experiencias específicas. En respuesta a la ansiedad, si ésta tiene fuerza suficiente, el niño puede mostrar falta de atención selectiva y dejar de percibir ciertas experiencias. Si la ansiedad es bastante intensa puede desunir las experiencias. Los procesos disociados no son accesibles para el individuo y, si vuelven a integrarse por medio de terapia psiquiátrica, se producen cambios profundos en la personalidad. Sullivan creía que "la ansiedad es la principal fuerza destructora en las relaciones interpersonales y el factor más importante del desarrollo de dificultades serias en la vida" (Cohen, 1953, p. xv).

En todos los escritos de Sullivan se hace hincapié en el efecto que tienen las relaciones interpersonales sobre la formación del sistema del yo, el autor opinaba que la persona aprende a saber quién es a través de las valoraciones reflejadas de otros transmitidas por medio de las relaciones; consideraba también que la personalidad sólo podía estudiarse si se obtenía la participación de un observador

capacitado en comunicaciones interpersonales. Se pensaba que el comportamiento de una persona en las relaciones interpersonales era un reflejo del concepto que tenía la persona de sí misma, desarrollado en las primeras etapas de la vida, denominado “yo bueno”, “yo malo” y “no yo”. Sullivan estaba convencido de que la tendencia básica de la personalidad va dirigida a la salud mental y que hay una gran resistencia a cambiar la personalidad.

La era juvenil, que sigue a la niñez, se asocia frecuentemente con la entrada a la escuela, y otros cambios en las personas importantes para el individuo. Existe tendencia a cooperar con los amigos, en contraste con los esfuerzos anteriores por complacer a los padres. Es el momento de aprender el significado de competencia y compromiso; las experiencias, que ahora se producen de manera coordinada, pueden conceptualizarse en símbolos con un significado común y comunicarse sin dificultad de una persona a otra. La anticipación basada en experiencias previas ejerce una fuerte influencia sobre las experiencias sintácticas.

La preadolescencia, que tiene lugar entre los 8 y 12 años, está asociada con el desarrollo de la capacidad de amar; esta emoción significa que la satisfacción y seguridad de la persona amada adquieren tanta importancia como las propias. Con frecuencia, las primeras relaciones de amor se producen con amigos del mismo sexo, manifestadas principalmente entre compañeros de estudios.

Sullivan dividió la adolescencia en tres etapas: primera adolescencia que va desde los primeros signos de la pubertad hasta que terminan los cambios de voz; adolescencia media, incluyendo normas de comportamiento genital, y adolescencia tardía, en la que se inicia la intimidad sexual. En las culturas occidentales, la relativa postergación de la intimidad sexual genera una gran ansiedad durante la adolescencia y las formas en que se maneja la ansiedad reflejan ampliamente la autoimagen que la persona desarrolló durante la infancia y la niñez.

La edad adulta madura se caracteriza por el respeto que se tiene hacia sí mismo, hacia los demás, por un sentimiento de dignidad, y por la capacidad de ejercer la propia iniciativa. Esta etapa no refleja necesariamente la edad cronológica, y Sullivan creía que muchas personas no la alcanzan nunca en toda su plenitud.

En resumen, Sullivan consideraba que la personalidad se desarrolla como resultado de la comunicación interpersonal y que, de hecho, sólo puede evaluarse dentro de una relación interpersonal. Pensaba que la ansiedad interfiere con la comunicación y es responsable de muchos trastornos mentales. Sullivan conceptualizó el crecimiento de la personalidad como algo que ocurre en etapas, y afirmaba que las primeras etapas ejercen una importante influencia en el desarrollo del sistema del yo. El empleo de la teoría de Sullivan para guiar el proceso de enfermería implica el desarrollo de una relación interpersonal terapéutica con el usuario para facilitar la evaluación de factores asociados con la ansiedad del usuario y tomar las medidas necesarias para reducir ésta. El conocimiento de las etapas del crecimiento de la personalidad puede ayudar a la enfermera a comprender las posibles razones de los problemas del usuario y sugerir estrategias posibles de intervención; por ejemplo, la enfermera podría prever que el diagnóstico de una enfermedad crónica (por ejemplo, diabetes) en un adolescente puede conducir a un rechazo del tratamiento porque lo hace “diferente” de las demás personas que son importantes para él, es decir, sus amigos. El conocimiento del conflicto fundamental por parte de

la enfermera puede hacer que ésta enseñe al adolescente cómo modificar la dieta y el plan de actividades para permitirle realizar actividades “normales” cuando se encuentre en compañía de sus amigos.

### Teoría de Piaget sobre el desarrollo cognoscitivo

Jean Piaget elaboró una teoría para explicar los procesos que participan en el pensamiento o cognición; su teoría se relaciona con las formas en que la mente adquiere y emplea los conocimientos, en otras palabras, se refiere a la manera en que se desarrolla la inteligencia.

Piaget consideraba que la cognición es semejante a otros sistemas biológicos, es decir, posee una estructura, pero mantiene también cierta capacidad de adaptación con el ambiente. Estas características pueden encontrarse en personas de todas las edades. Según esta teoría, la mente experimenta constantemente estímulos sensoriales, y toma (asimila) y organiza primero estos trozos de información, pero luego es preciso modificar la estructura cognoscitiva (acomodación) con objeto de aceptar la nueva información; por ejemplo, la primera vez que un niño pequeño ve un perro, su mente asimila color, tamaño, y comportamiento del animal como “perro”; sin embargo, cuando ve otros perros, su intelecto debe aceptar diferencias en tamaño, color, y comportamiento de “perro”; de esta manera, la mente se adapta y se generaliza el concepto “perro”. Piaget consideraba que siempre debe haber un balance, o equilibrio, entre la asimilación y la acomodación. No obstante, el balance suele ser de corta duración, ya que la asimilación de nueva información hace que el desarrollo cognoscitivo continúe cíclicamente hacia un pensamiento cada vez más complejo (Fig. 7-2).

Además de estas características generales del crecimiento intelectual, Piaget creía también en la existencia de un patrón universal de desarrollo de la cognición a través de etapas bien definidas que se describen brevemente a continuación:

En la etapa sensomotora, que va del nacimiento a unos dos años de edad, el infante desarrolla el concepto de que los objetos tienen permanencia aun cuando no los vea (capacidad de representación), aprende a diferenciar entre sí mismo y todo lo demás (supera el egocentrismo) y, mediante la repetición, descubre causa y efecto. Hacia el final de esta etapa, el pensamiento simbólico documenta que el niño puede comprender los resultados de los actos antes de que se lleven a cabo.

La etapa preoperacional, que dura aproximadamente de los dos a los seis años de edad, se caracteriza sobre todo por el desarrollo del funcionamiento simbólico, incluyendo imaginación y lenguaje. Al final de este período, el niño desarrolla la capacidad de conservar o conceptualizar una amplia variedad de aspectos de un objeto como permanentes y reversibles; si cambiara cualquier aspecto de un objeto, como tamaño o forma, el niño es capaz de comprender que las demás cualidades permanecen inalterables; así pues un montón de barro retiene el mismo tamaño aunque cambie de forma.

La reversibilidad del pensamiento es esencial para la etapa operacional concreta, que abarca desde los 6 a los 11 o 12 años de edad. En esta etapa, el niño es capaz de pensar en acciones sin experimentarlas; sin embargo, no es capaz de considerar lo que no constituye una realidad concreta (por ejemplo, los conejos no son

morados) y tampoco puede diferenciar entre el pensamiento y la realidad; en consecuencia, las respuestas hipotéticas se consideran soluciones arbitrarias. Los conceptos de clasificación (por ejemplo, agrupamiento de todos los objetos que tengan el mismo color, tamaño, o forma), organización (agrupación por tamaño), y número se desarrollan en esta etapa. El pensamiento hipotético verdadero caracteriza la etapa operacional formal, la cual comienza a la edad de 11 o 12 años; el adolescente es capaz de pensar más allá de la realidad del presente y proyectar las posibilidades del futuro.

El empleo de la teoría de Piaget en la aplicación del proceso de enfermería debe incluir modificación de las estrategias de intervención basadas en la evaluación del nivel de desarrollo cognoscitivo del usuario; por ejemplo, las explicaciones dadas a un niño pequeño sobre lo que sucederá en la cirugía deben ser concretas y sencillas, y tener en cuenta el nivel de desarrollo del pensamiento simbólico del niño.

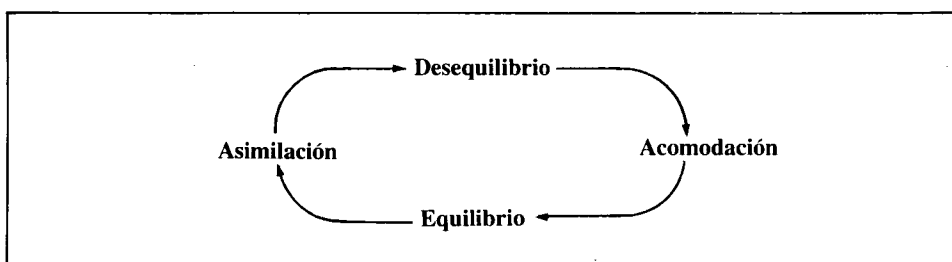


Fig. 7-2. Procesos cíclicos del desarrollo cognoscitivo.

#### Teoría de Kohlberg sobre el razonamiento moral

Lawrence Kohlberg (1981) trata de explicar el desarrollo de los procesos de razonamiento que sirven de base a la moralidad en lugar de limitarse a determinar si un comportamiento es moral o no. Considera que los diferentes niveles de razonamiento moral se presentan siempre en la misma secuencia, pero que las personas difieren en cuanto a la rapidez y hasta dónde los desarrollan. Como éste es un proceso gradual, un individuo puede funcionar en más de un nivel en cualquier momento.

En el primer nivel, *razonamiento moral preconventional*, se considera correcta la obediencia literal a las reglas y a la autoridad, evitar el castigo y no hacer daño a los demás. En las primeras fases de este nivel, un acto se considera bueno o malo dependiendo de si se asocia o no con castigo, y el poder superior de la autoridad constituye uno de los principales incentivos. En las fases posteriores de este nivel, se estima que un acto es correcto si satisface las necesidades de la persona o las de alguien cercano a ésta. Lo correcto es también lo justo, que en este caso implica un trato o intercambio equitativo. Cuando la persona comienza a tener en cuenta las necesidades de los demás, pasa al siguiente nivel de razonamiento.

El segundo nivel, *razonamiento moral convencional*, implica actuar como esperan los demás. Al iniciarse este nivel la persona actúa de una manera determinada con el fin de obtener aprobación, por lo tanto, lo correcto es hacer un buen papel (agradable), preocuparse por las demás personas y por sus sentimientos, ser leal

y tener confianza en quienes lo rodean. En las fases posteriores, las reglas se convierten en fines por sí mismas, la persona actúa para conservar la autoridad establecida, y lo correcto es cumplir con el deber y mantener el orden social; no obstante, cuando el individuo empieza a pensar sobre lo que debe hacer la sociedad a cambio, se produce la transición al siguiente nivel de razonamiento.

Kohlberg sugiere que algunas personas pueden pasar en este momento a un nivel de transición en el cual la elección se reconoce como algo personal basado en emociones subjetivas, y la conciencia se considera arbitraria y relativa, al igual que conceptos como “deber” y lo que es “moralmente correcto”. Si una persona pasa al tercer nivel, *razonamiento moral posconvencional*, las decisiones morales se derivan de los derechos, valores y principios. En las primeras fases de este nivel, el individuo cree que la relación entre él y la sociedad es recíproca, y que es correcto conservar derechos, valores fundamentales y contratos legales de la sociedad. En consecuencia, los compromisos legales determinan el comportamiento en forma arbitraria. Tal vez resulte difícil integrar los conflictos que surgen entre el punto de vista moral y el legal, pero en la última fase del tercer nivel, se recurre en última instancia a una conciencia internalizada. Es aceptable interpretar las reglas en forma subjetiva dentro de los principios universales de moralidad. El principio universal básico de la justicia es la igualdad de los derechos humanos y el respeto a la dignidad de los seres humanos como individuos.

Se ha encontrado que los niveles más altos de razonamiento moral se relacionan con un pensamiento crítico más avanzado, un comportamiento moral adecuado, y una educación profesional y no técnica en enfermería (Ketefian, 1981). La teoría de Kohlberg puede ayudar a la enfermera a comprender las bases de los juicios morales de usuarios y colegas, y a interpretar mejor los fundamentos de sus propias elecciones éticas.

### Teoría de Freud sobre el desarrollo psicosexual

Sigmund Freud creía que la mente se componía de tres partes. La primera en el desarrollo es el ello, que representa inconscientemente la influencia de la herencia. “Contiene todo lo que se hereda, lo que está presente al nacer, que forma parte de la constitución por encima de todo lo demás, esto es, los instintos” (Freud, 1949, p. 2). El ego es una organización especial que actúa como intermediaria entre el ello y el mundo exterior. Al controlar las exigencias de los instintos, el ego mantiene la autoconservación de la persona mediante el trato real con el mundo. El superego es una organización especial del ego que mantiene las normas y costumbres de la sociedad. En opinión de Freud, la constante interacción de estos tres elementos de la mente constituye la base inconsciente de gran parte del comportamiento de una persona.

La teoría de Freud sobre el desarrollo psicosexual se basa en el concepto de la libido o energía mental de los seres humanos. Freud pensaba que la libido causaba tensión en áreas localizadas del cuerpo que sólo podían liberarse por medio de la estimulación; en consecuencia, la “gratificación de la libido” consistía en una reducción de la tensión mediante la excitación de las áreas del cuerpo apropiadas. Freud creía que la libido cambiaba su área de localización (o zona erógena) por



etapas; en su opinión, la secuencia de éstas era igual para todas las personas y, básicamente, cuestión de maduración, aunque las experiencias de un individuo podían modificar los efectos.

La primera etapa, manifestada durante el primer año de vida, es la oral, en la cual imperan las experiencias repetidas de chupar y morder en las que participa la boca. Del final del primer año hasta el tercero se produce la fase anal, enfocada a la retención o liberación de heces fecales. Del tercero al quinto año tiene lugar la etapa fálica que culmina con la resolución del complejo de Edipo o de Electra y con la identificación del niño con el progenitor del mismo sexo. A partir del quinto año hasta la adolescencia, Freud creía que la libido permanecía latente hasta que llegaba a concentrarse en las funciones reproductoras durante la fase genital.

Las etapas de Freud sobre el desarrollo psicosexual se han utilizado para describir el comportamiento de los adultos. Una persona que "siempre trata de tomar" riqueza, poder, o alimentos, que fuma o hace observaciones mordaces puede estar liberando energía oral de la libido. El comportamiento asociado con la satisfacción anal de la libido puede ser desordenado o desperdiciado ("dejar las cosas al garete") o excesivamente pulcro y ordenado, y "preocupado" por no mostrar las emociones.

Freud creía que la etapa fálica se relacionaba con el desarrollo de la conciencia. En el caso del niño, el padre representa el ideal del ego, que Freud asociaba con el desarrollo de un superego y una conciencia fuertes; no obstante, como la niña se identifica con la madre, Freud pensaba que el resultado era una formación incompleta de la conciencia en las mujeres. Como cabría esperar, estas ideas han sido muy criticadas en los últimos años.

El concepto de ansiedad es de vital importancia en la teoría de Freud; la ansiedad resulta de gran utilidad como advertencia de peligro inminente, pero es dolorosa y, por ello, el individuo trata de enfrentarla. A menudo, el ego puede luchar contra la ansiedad usando recursos racionales, pero, si no resultan eficaces, el ego recurre a medidas protectoras irracionales que reciben el nombre de mecanismos de defensa del ego, ya que sirven para proteger el yo del daño y la degradación. Estos mecanismos de defensa reducen la ansiedad dolorosa, pero lo hacen a costa de distorsionar la realidad y, en consecuencia, el ego no encara en forma directa la situación que produce tensión.

Freud también suponía que los recuerdos, deseos, e impulsos objetables son menos dolorosos para el ego y provocan una menor ansiedad cuando se reprimen y, por lo tanto, se excluyen de la conciencia. El individuo no se percata de estos deseos inconscientes aunque suelen reflejarse en sus fantasías y sueños, de donde se deriva que con frecuencia la gente no está consciente de la motivación "real" existente detrás de su comportamiento.

La contribución más importante de Freud fue el concepto de la mente inconsciente; su trabajo constituyó la base de la teoría psicoanalítica y produjo una gran actividad en la teoría psicológica. Su teoría puede servir de guía a la enfermera en la evaluación de los mecanismos de defensa contra la ansiedad (tanto en el usuario como en la enfermera) y puede proponer medidas de intervención basadas en la apreciación del posible significado del comportamiento del usuario.

Teoría de Erikson sobre el desarrollo psicosocial

Erik Erikson amplió las teorías psicosexuales de Freud y elaboró una teoría psicosocial que hace hincapié en las relaciones existentes entre la personalidad (ego) y las fuerzas sociales que afectan su desarrollo. El desarrollo sano se produce a medida que la personalidad adquiere la capacidad de manejar las cambiantes demandas de la realidad.

Erikson consideraba que ciertas partes de la personalidad evolucionan en (y sólo en) etapas críticas del desarrollo. Al definir el principio epigenético, afirmó que “todo lo que crece posee un plan básico del cual surgen las distintas partes, cada una de las cuales tiene un momento de especial ascendencia e importancia, hasta que todas las partes surgen para formar un todo funcional” (Erikson, 1968, p. 92); en otras palabras, hay una secuencia de etapas en las que el desarrollo de una parte determinada de la personalidad adquiere importancia crítica. El individuo debe pasar por todas estas etapas antes de poder desarrollar un sentido completo de identidad, pero estas fases se rigen por un programa específico de tiempos de maduración. Si en cualquier etapa deja de desarrollarse la capacidad específica de la personalidad, permanecerá subdesarrollada para siempre, ya que no existen “segundas oportunidades” y se alterará el resto de la personalidad, dando como resultado neurosis o formas poco eficaces de manejar la realidad.

Las fases de desarrollo psicosocial propuestas por Erikson (Erikson, 1959) comienzan con la etapa sensorial oral; en ésta, el infante es acosado con estímulos, pero si percibe el insumo sensorial como relativamente agradable y benigno, comenzará a desarrollar un sentimiento de confianza básica; no obstante, si el mundo se percibe como peligroso o doloroso, adquirirá un sentimiento de desconfianza y, por ende, la crisis emocional estará entre la confianza y la desconfianza (Lerner, 1976, p. 202). La confianza, al igual que todas las consecuencias emocionales, se considera en el marco de un continuo, donde los sentimientos más positivos tienden hacia (pero no al final de) la parte positiva del continuo; por ejemplo, una persona que tiene confianza absoluta no es capaz de reconocer el peligro. Asimismo, tampoco es saludable una persona que ha desarrollado un sentimiento básico de desconfianza. El objetivo consiste en desarrollar un sentimiento positivo de confianza sin dejar de mostrar cierta precaución.

La segunda etapa es la etapa anal y de musculatura, en la que el niño necesita adquirir control de todos sus músculos mediante el aprendizaje de cuándo debe retener y cuándo soltar. Si el niño adquiere control de su cuerpo (movimientos intestinales, ingestión de alimentos), desarrollará un sentimiento de autonomía; si su falta de control significa que otros deben hacer cosas que se espera realice por sí mismo, desarrollará un sentimiento de vergüenza y duda; en consecuencia, la segunda crisis psicosocial se produce entre autonomía, vergüenza y duda.

La tercera etapa, la fase genital locomotora, corresponde a la etapa fálica de Freud. A medida que se resuelven los conflictos psicosociales del niño, éste necesita ser capaz de distanciarse de sus padres; si el niño puede actuar por sí mismo, desarrollará un sentimiento de iniciativa y propósito. Si, por el contrario, es incapaz de “romper los lazos”, desarrollará un sentimiento de culpa. En este caso, la crisis se produce entre la iniciativa y la culpa.

En la cuarta etapa, latencia, el niño adquiere habilidades necesarias para la edad adulta. Si aprende qué debe hacer y cómo tiene que hacerlo, desarrollará un sentimiento de aplicación y competencia, pero si otros aprenden a desempeñar tareas mientras él fracasa una y otra vez, adquirirá un sentimiento de inferioridad. La crisis tiene lugar entre la aplicación y la inferioridad.

La etapa de la pubertad y adolescencia corresponde a la fase genital de Freud; en este momento se producen en el adolescente importantes cambios físicos, emocionales y cognoscitivos, que originan una crisis de identidad. El adolescente debe ser capaz de desarrollar una identidad que identifique su papel con objeto de saber quién es y en qué cree; de otra manera, experimentará confusión en cuanto al papel que debe desempeñar o una difusión de la identidad; por lo tanto la crisis se encuentra entre la identidad y la confusión sobre el papel.

En la sexta etapa, principio de la edad adulta, las expectativas de la sociedad se orientan hacia el matrimonio y otras relaciones emocionales estrechas. Si el adulto joven es capaz de darse a sí mismo en una relación total de participación, adquirirá un sentimiento de intimidad; sin embargo, si no ha desarrollado previamente un sentido del yo, se sentirá aislado y solo. En consecuencia, la crisis se produce entre la intimidad y el aislamiento.

Si el adulto tiene éxito en alcanzar intimidad, puede tratar de convertirse en un miembro productivo de la sociedad, capaz de realizar contribuciones importantes. Si triunfa, se sentirá apto para producir, pero si los resultados que obtiene están por debajo de sus expectativas, se sentirá estancado. Durante cierto tiempo, las funciones asignadas por la sociedad asumían que los hombres alcanzaban la capacidad de generar mediante el trabajo productor de ingresos, mientras se esperaba que las mujeres tuvieran y criaran hijos; sin embargo, está aumentando la aceptación de un papel más amplio para las mujeres (y quizá para los hombres) en nuestra sociedad actual.

En la octava etapa, madurez, el individuo alcanza el final de la vida. Si ha avanzado con éxito a lo largo de las etapas anteriores de desarrollo, adquirirá un sentimiento de integridad del ego y sabiduría; considerará que ha llevado una vida plena y completa. No obstante, si siente que no ha obtenido de la vida todo lo que necesitaba, la desesperanza se apoderará de él y pensará que “el tiempo se le acaba”. En esta etapa la crisis está entre la desesperanza y la integridad del ego.

La teoría de Erikson aumenta la comprensión de los factores que intervienen en el desarrollo de la personalidad con el fin de incluir las fuerzas sociales. La comprensión de posibles influencias de todas estas fuerzas en la formación de la personalidad, puede ayudar a la enfermera a actuar con mayor conocimiento de causa en el comportamiento del usuario. En este libro también se mencionan las etapas de Erikson para describir el desarrollo del autoconcepto profesional (Ver Capítulo 4, Desarrollo del autoconcepto profesional).

#### Teoría de Maslow sobre el desarrollo psicosocial

Abraham Maslow (1968, p. 33) conceptualizó el crecimiento como “un desarrollo ascendente o progresivo, continuo y más o menos estable”; pensaba que, en el proceso del crecimiento, una persona debe satisfacer las necesidades básicas antes

de que pueda sentirse motivada para realizarse (es decir, llegar a ser todo lo que puede ser).

En consecuencia, Maslow propuso una jerarquía de necesidades básicas; en lo más alto de la jerarquía se encuentran las necesidades fisiológicas esenciales para la supervivencia, como alimento, agua, aire, sueño, y sexo. A continuación vienen las necesidades de seguridad, que incluyen estabilidad, protección, ausencia de ansiedad y cierto grado de rutina y predicción en la vida diaria. Una vez satisfechas en forma adecuada las necesidades fisiológicas y de seguridad, adquiere gran importancia el hecho de pertenecer a algo o alguien y amar en una relación correspondida. La satisfacción de esta necesidad es requisito indispensable para satisfacer las necesidades de estima, que incluyen reputación, posición, prestigio, y sentimiento de autoestima, basado en la confianza y en el valor propio de la persona. Sólo después de haberse satisfecho las necesidades (1) fisiológicas, (2) de seguridad, (3) de amor y pertenencia, y (4) de estima en un grado suficiente, el individuo puede concentrarse en la necesidad de realizar su potencial y capacidades. Maslow consideraba que las tareas de autorrealización son básicamente intrapersonales e incluyen el descubrimiento del yo y la adquisición de una perspectiva positiva de la vida.

Maslow planteó la hipótesis de que las personas que han satisfecho sus necesidades básicas y llegan a realizarse, son motivadas después por un nuevo conjunto de necesidades a las que dio el nombre de valores S (valores del ser) o metanecesidades. Algunos ejemplos de estos valores S son verdad, bondad, belleza, perfección y orden. Cuando se priva a una persona de los valores S, ésta puede desarrollar "metapatologías", caracterizadas por síntomas como alienación, pérdida del placer de vivir, apatía, desesperanza y "meta-rezongos" (Maslow, 1971) que impiden el crecimiento y desarrollo completo de la persona.

La teoría de Maslow sobre la jerarquía en el orden de las necesidades y su desarrollo del concepto de la realización como una necesidad que va más allá de las carencias básicas, proporciona una base para organizar la información obtenida en la valoración y fijación de prioridades relacionadas con las intervenciones; por ello, se han aplicado extensamente a los planes de estudio y prácticas de enfermería. Por ejemplo, para satisfacer las necesidades de un adulto joven que acaba de fracturarse una pierna esquiando, la enfermera debe darle medicamentos para aliviar el dolor (necesidad fisiológica) antes de ocuparse de la ansiedad (necesidad de seguridad) y de cómo realizar las actividades de la vida diaria (necesidad de estima).

## **TEORIA DEL RITMO**

---

Las teorías del ritmo consideran que los cambios se producen de manera cíclica y, por ende, predecible. Los patrones están constituidos por ciclos recurrentes de fenómenos o comportamientos, lo cual permite a la enfermera predecir en cierto momento un modelo determinado y adaptar las intervenciones en consecuencia.

Los seres humanos se caracterizan por un modelamiento distintivo y por un remodelamiento continuo que se produce en ondas rítmicas. Un gran número de ritmos biológicos completan un ciclo cada 24 horas y reciben el nombre de *períodos*

*circadianos* (circa; diem); los ritmos que completan más de un ciclo en un período de 24 horas se conocen como *ritmos ultradianos*. Por ejemplo, el sueño consta de cuatro etapas que se producen cada 90 minutos en una secuencia ordenada (Kleitman, 1963). También existen pruebas de que hay ciclos ultradianos en la actividad y en la actividad oral durante períodos de vigilia. (Kleitman, 1969). También hay ciclos mensuales como el menstrual, que reciben el nombre de infradianos porque su duración es mayor de 24 horas, y ritmos anuales. Conforme aumentan los conocimientos sobre los ritmos, se hace evidente que existen otros períodos rítmicos mucho menos conocidos, como el ritmo circasepta de un ciclo en 7 más o menos 3 días.

Los ritmos biológicos están constituidos por ondas que tienen puntos bajos o altos, o simas y crestas. Las crestas de muchos ritmos circadianos se producen casi al mismo tiempo según el reloj, y suelen mantener esa relación de fase (Mills, 1966). Se cree que el ambiente, en un proceso conocido como sincronización, conserva una relación habitual entre el ritmo y el tiempo del reloj (Halberg, 1960). En los seres humanos, se supone que la rutina social constituye el sincronizador predominante en el tiempo externo; sin embargo, existe otro punto de vista el cual sostiene que la integración y coordinación internas de los ritmos puede no estar controlada por un reloj, sino por otro ritmo interno (Mills, 1966). Se ha demostrado que cuando cambia el tiempo exterior (por ejemplo, un viaje en avión a través de distintas zonas horarias), las relaciones de fase normales se alteran hasta que vuelven a sincronizarse los ritmos del individuo; asimismo, varía la cantidad de tiempo necesaria para que los ritmos vuelvan a sincronizarse con el tiempo del reloj. Por ello, las relaciones de fase normales cambian durante un período de días y quizá, de semanas o meses. De hecho, estudios realizados en enfermeras que trabajan el turno nocturno durante varios años indican que nunca se han establecido del todo las relaciones de fase normales (Weitzman y Pollack, 1979).

¿Qué importancia tiene la ritmicidad biológica para la enfermería? Se supone (aunque todavía no se ha demostrado) que el mantenimiento de las relaciones de fase se asocia con la salud, y que si éstas se alteran entre los distintos ritmos se asocian con una función alterada y, posiblemente, con la frecuencia de síntomas de enfermedad (Leddy, 1973). Se requiere mayor información sobre los factores que podrían manipularse para producir una resincronización más rápida de un ritmo individual, o tal vez prevenir la desincronización durante el primer punto. Las personas difieren en cuanto al período del día en que están más alerta, más capaces de concentrarse, más susceptibles al dolor, poseen más fuerza muscular, sienten más temor, etc. Además, algunos medicamentos actúan de manera diferente según el momento en que se administran. La duración y fuerza de su acción puede variar en forma significativa (Halberg y col., 1980). El conocimiento del modelo de ritmo del paciente puede permitir que se programen las intervenciones de manera que resulten más eficaces.

Si la enfermera conoce su propio ritmo, podrá planear sus actividades en el período de mayor eficiencia o, por lo menos, ejercer mayor vigilancia para evitar errores. Si es preciso efectuar un cambio del turno diurno al nocturno, es necesario considerar que muchas relaciones de fase se alterarán durante un período mínimo

de dos semanas (la resincronización de la temperatura del cuerpo es un buen indicador).

Debe tenerse en cuenta el factor tiempo en la recopilación, registro y muestreo de la información; por ejemplo, la producción de orina suele ser mucho más baja entre la medianoche y las 8 de la mañana (Reinberg y Ghata, 1964); si durante la noche es tan alta como durante el día, tenemos un indicador de anormalidad, aunque la cantidad total de orina parezca normal.

La teoría del ritmo comienza apenas a desarrollarse y todavía queda mucho por conocer; sin embargo, el supuesto fundamental de que la ritmicidad de los seres humanos es vital para la vida y afecta todas las facetas del funcionamiento, está bien documentado. El empleo de esta teoría en el proceso de enfermería exige tener en cuenta el tiempo de los ritmos en relación con los demás, el tiempo externo y las distintas modalidades de intervención terapéutica; esto también implica la necesidad de considerar las interrelaciones de sistema abierto entre los ritmos del usuario y los de la enfermera. Esta teoría ofrece grandes posibilidades para la práctica y la investigación de enfermería.

## RESUMEN

En este capítulo se analizaron diversas teorías que pueden tener efecto importante en la práctica, y en el Cuadro 7-2 se hizo una comparación de las mismas.

**CUADRO 7-2. Comparación de conceptos en teorías seleccionadas**

Teoría	Hombre	Interacción entre hombre y ambiente	Salud	Ejemplo de implicación en enfermería
Sistemas	Varios subsistemas interactuantes que forman el sistema humano	Cambio simultáneo en ambos sistemas	Tendencia a una mayor complejidad	El sistema de la enfermera y el del usuario se afectan mutuamente
Tensión y adaptación	Varios subsistemas que comparan un ambiente interno	El hombre hace frente y compensa los cambios ambientales	Constancia del ambiente interno dentro de parámetros "normales"	Apoyo a los mecanismos de enfrentamiento del usuario
Crecimiento y desarrollo	El potencial intrínseco provoca cambios en las etapas	Lineal e irreversible. Afecta el cambio si se aplica en el momento adecuado	Cambio predecible hacia el máximo potencial	Supervisión apropiada del desarrollo
Ritmo	Cambia en ciclos hacia una mayor complejidad	El ambiente modifica los ritmos internos	Sincronía de las relaciones de fase	Restablecer las relaciones de fase mediante la manipulación de los sincronizadores

No obstante, la forma en que se emplean las teorías para predecir y explicar los acontecimientos que afectan la práctica de la enfermería, depende del concepto particular o modelo de enfermería que se utilice como marco de referencia. En el siguiente capítulo se analizan y comparan diversos modelos de enfermería.

## **BIBLIOGRAFIA**

---

- Appley M, Trumbull R: On the concept of psychological stress. En Monat A, Lazarus R (eds): *Stress and Coping: An Anthology*, pp. 58-66. Nueva York, Columbia University Press, 1977.
- Auger JR: *Behavioral Systems and Nursing*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1976.
- Bieliauskas LA: *Stress and Its Relationship to Health and Illness*. Boulder, Westview Press, 1982.
- Billingham KA: *Developmental Psychology for the Health Care Professions*. Boulder, Westview Press, 1982.
- Cannon WB: The sympathetic division of autonomic system in relation to homeostasis. *Arch Neurol Psych* 22:282-294, 1929.
- Caplan G: *Principles of Preventive Psychiatry*. Nueva York, Basic Books, 1964.
- Chin R: The utility of systems models and developmental models for practitioners. En Riehl JP, Roy C (eds): *Conceptual Models for Nursing Practice*, 2 ed, pp. 21-37. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1980.
- Cohen MB: Introduction. En Sullivan HS: *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Nueva York, WW Norton, 1953.
- Dickoff J, James P: A theory of theories: A position paper. *Nurs Res* 17:197-203, 1968.
- Erikson EH: *Identity, Youth and Crisis*. Nueva York, WW Norton, 1968.
- Erikson EH: *Growth and Crisis of the Health Personality. Identity and the Life Cycle*. Monografía 1:1, *Psych Issues*, Nueva York, International Universities Press, 1959.
- Fitzpatrick J: The crisis perspective: Relationship to nursing. En Fitzpatrick JJ, Whall AL, Johnston RL y col.: *Nursing Models and their Psychiatric Mental Health Applications*, pp. 19-35. Bowie, Robert H. Brady, 1982.
- Freud S: *An Outline of Psychoanalysis*. Nueva York, WW Norton, 1949.
- Halberg F: The 24-hour scale: A time dimension of adaptive functional organization. *Persp Biol Med* III:491-527, Summer, 1960.
- Halberg F, Kabat HF, Klein P: *Chronopharmacology: A therapeutic frontier*. *Am J Hosp Pharm* 37:101-106, enero de 1980.
- Helmre GA: *Piaget - A Practical Consideration*. Oxford, Pergamon Press, 1969.
- Ketefian S: Moral reasoning and moral behavior. *Nurs Res* 30:171-176, mayo-junio de 1981.
- Kleitman N: *Sleep and Wakefulness*. Chicago, University of Chicago Press, 1963.
- Kleitman N: *Basic Rest-Activity Cycle in Relation to Sleep and Wakefulness*. *Sleep Physiology and Pathology*, pp. 33-38. Filadelfia, JB Lippincott, 1969.
- Kohlberg L: *The Philosophy of Moral Development. Moral Stages and the Idea of Justice*. San Francisco, Harper & Row, 1981.

- Leddy S: Sleep and Phase Shifting of Biological Rhythms. Disertación no publicada, New York Univesity, 1973.
- Lerner RM: Concepts and Theories of Human Development. Boston, Addison-Wesley, 1976.
- Maslow AH: Toward A Psychology of Being, 2 ed. Nueva York, Van Nostrand Reinhold, 1968.
- Maslow AH: The Farther Reaches of Human Nature, pp. 318-319. Nueva York, Viking Press, 1971.
- Menke EM: Persistence, change and crisis. *En* Hall JE, Weaver BR (eds): Distributive Nursing Practice: A Systems Approach to Community Health, pp. 51-64. Filadelfia, JB Lippincott, 1977.
- Mills JN: Human circadian rhythms. *Physiol Rev* 46:128-171, 1966.
- Monat A, Lazarus R (eds): Stress and Coping: An Anthology. Nueva York, Columbia University Press, 1977.
- Mullahy P: A theory of interpersonal relations and the evolution of personality. *En* Sullivan HS: The Collected Works. Nueva York, WW Norton, 1953.
- Riehl JP, Roy C: Conceptual models for Nursing Practice, 2 ed. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1980.
- Reinberg A, Ghata J: Biological Rhythms. Nueva York, Walker, 1964.
- Rogers ME: An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing. Filadelfia, FA Davis Co. 1970.
- Selye H: The Stress of Life, ed rev. Nueva York, McGraw-Hill, 1976.
- Scott DW, Oberst MT, Dropkin MJ: A stress-coping model. *Adv Nurs Sci*: 9-23, 1980.
- Sills GM, Hall JE: A general systems perspective for nursing. *En* Hall JE, Weaver BR (eds): Distributive Nursing Practice: A System Approach to Community Health. Filadelfia, JB Lippincott, 1977.
- Stevens BJ: Nursing Theory: Analysis, Application, Evaluation. Boston, Little, Brown, 1979.
- Sullivan HS: The Collected Works. Nueva York, WW Norton, 1953.
- Thibodeau JA: Nursing Models: Analysis and Evaluation. Monterey, Wadsworth Health Science Division, 1983.
- Torres G: The Place of Concepts and Theories Within Nursing. *En* George JB (Presidente, Grupo de Conferencia sobre Teorías de la Enfermería): Nursing Theories, The Base for Professional Nursing Practice. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1980.
- Walker LO, Avant KC: Strategies for Theory Construction in Nursing. Norwalk, Appleton-Century-Crofts, 1983.
- Weitzman ED, Pollak CP: Disorders of the circadian sleep-wake cycle. *Med Times* 107:83-94, junio de 1979.
- Ziemer MM: Coping Behavior: A Response to Stress. *Adv Nurs Sci*: 4-12, julio de 1982.



## Capítulo 8

# *Modelos de enfermería*

### **PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR**

1. ¿El ser humano lucha por obtener estabilidad y equilibrio o busca variedad y cambio continuo?
2. ¿Es el comportamiento humano el reflejo de una unidad indivisible o una mezcla de diversos elementos?
3. ¿Qué papel desempeñan la innovación y el cambio en la determinación de la salud? ¿Son disruptivos o necesarios?
4. ¿Cómo afecta la velocidad del cambio a la capacidad de hacer frente al mismo?
5. ¿Afectan las personas al medio ambiente o sólo son afectadas por éste?
6. ¿Las interacciones entre persona y medio ambiente son de causa y efecto (lineales) o continuas y simultáneas (multidimensionales)?
7. ¿Qué fomenta la enfermería, el llegar a ser o el ser (futuro o presente)?
8. ¿La enfermería se realiza con, para o en la persona?

Hasta hace muy poco tiempo, la “ciencia de la enfermería” se derivó principalmente de las teorías de las ciencias sociales, biológicas y médicas; no obstante, a partir de la década de los cincuenta, un número cada vez mayor de teóricos han desarrollado modelos de enfermería que brindan las bases para elaborar teorías y avanzar en los conocimientos sobre esta profesión.

Un modelo, como una abstracción de la realidad, proporciona una forma de visualizar la realidad para simplificar el pensamiento; por ejemplo, el modelo de un aeroplano constituye la representación de un avión “real”. El modelo muestra cómo se relacionan los distintos conceptos y aplica teorías para predecir o evaluar las consecuencias de diversas acciones posibles. “Un modelo conceptual para la práctica de enfermería es un conjunto de conceptos elaborados sistemáticamente, con bases científicas y relacionados en forma lógica para identificar los elementos esenciales de la práctica junto con las bases teóricas de tales conceptos y los valores que debe poseer el practicante de la profesión para utilizarlos” (Johnson, citado por Riehl y Roy, 1980, p. 6).

Un modelo describe los conceptos que lo constituyen; en consecuencia, un

modelo de enfermería incluye (1) descripción de la persona que recibe la atención de enfermería (paciente o usuario), (2) un panorama general de la naturaleza del medio ambiente, y (3) un detalle de la naturaleza de la enfermería. El concepto que sirve para articular los anteriores es el (4) el cual incluye la salud.

En la siguiente sección se describen y comparan seis modelos de enfermería elaborados por Peplau, Johnson, Neuman, Orem, Roy, y Rogers, que actualmente se aplican y experimentan en entornos de educación y prácticas de enfermería. Todos los modelos describen los mismos cuatro conceptos: (1) persona que recibe atención de enfermería (hombre, paciente, usuario, persona); medio ambiente (sociedad); salud (o salud-enfermedad, o salud y enfermedad), y (4) la enfermería y la enfermera (metas, papel, funciones). No obstante, los modelos difieren en la importancia que conceden a cada uno de estos conceptos, así como en el tipo de teorías empleadas para explicar las relaciones existentes entre ellos.

Las presentaciones, que aparecen más o menos en el orden de su desarrollo cronológico, proporcionan los elementos esenciales de cada modelo, de tal forma que el lector pueda apreciar las similitudes y diferencias que hay entre ellos. El objetivo consiste en esclarecer los distintos modelos y no en analizar sus puntos débiles o fuertes ni en elegir el “mejor”. En el Capítulo 12, Proceso de enfermería, se presentan algunas aplicaciones del proceso de enfermería, basadas en estos modelos.

## **MODELOS DE RELACIONES INTERPERSONALES DE HILDEGARD PEPLAU**

---

### **Términos**

Tensión – resultado de las necesidades que produce un comportamiento específico cuyo objetivo es satisfacerlas y reducir la incomodidad.

Relación terapéutica – comunicación interpersonal entre enfermera y usuario para resolver los problemas de salud de éste.

La esencia del modelo de Peplau, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre “un individuo enfermo, o que requiere un servicio de salud, y una enfermera educada especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda” (Peplau, 1952, pp. 5-6). Este modelo, publicado por primera vez en 1952, “inició el paso del énfasis intrapsíquico en la enfermería psiquiátrica y de salud mental, y de la importancia preponderante de la atención física en la enfermería general al énfasis interpersonal en ambos tipos de enfermería” (Reed y Johnston, 1983, p. 28).

Peplau considera a la *persona* como “un organismo que vive en un equilibrio inestable (es decir, fluidez fisiológica, psicológica y social) y que la vida es el proceso de luchar por lograr un equilibrio estable, esto es, un patrón fijo que no se alcanza sino con la muerte” (Peplau, 1952, p. 82). La persona tiene necesidades que producen tensión y ésta conduce a un comportamiento que tiene por objeto reducir la tensión y satisfacer las necesidades.

En este modelo, la enfermera se ocupa de las necesidades de salud de individuos y grupos en las comunidades. La *salud* "implica un movimiento hacia adelante de la personalidad y otros procesos humanos en la dirección de una vida creativa, constructiva, productiva, personal, y comunitaria" (Peplau, 1952, p. 12). Por lo tanto, según Peplau, para tener salud es necesario satisfacer primero las necesidades fisiológicas y de la personalidad, y que el individuo sea capaz de expresar sus cualidades en forma productiva (Peplau, 1952, pp. 14-15).

La *enfermería* ayuda a las personas a satisfacer sus necesidades actuales; cuando se satisfacen, pueden surgir necesidades más maduras y la personalidad avanza.

La enfermería constituye un importante proceso *terapéutico e interpersonal*, el cual funciona en cooperación con otros procesos del ser humano, haciendo posible que los individuos de las comunidades tengan salud... La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que tiene por objeto dirigir el avance de la personalidad (Peplau, 1952, p. 16).

En el modelo de Peplau, la relación entre enfermera y paciente constituye el aspecto más importante del proceso terapéutico. En un principio, los dos extraños (enfermera y paciente) tienen metas e intereses diferentes; sin embargo, conforme la relación progresa, enfermera y usuario desarrollan una comprensión mutua de las metas de salud del usuario, dando por resultado que ambos colaboren para resolver los problemas de salud que pudieran presentarse. De esta manera, la relación brinda los medios necesarios para resolver frustración, conflicto, y ansiedad, con el fin de satisfacer las necesidades del usuario (Peplau, 1952, p. 86).

Peplau describe cuatro fases en la relación entre enfermera y paciente: orientación, identificación, explotación, y resolución. En la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad y busca ayuda profesional. La enfermera, en colaboración con el paciente y con todos los miembros del equipo profesional, se ocupa de recoger información, de reforzar y esclarecer lo que otras personas han comunicado al paciente y de identificar los problemas.

A medida que la relación pasa a la fase de identificación, el paciente comienza a responder en forma selectiva a las personas que parecen ofrecerle la ayuda necesaria. En este momento, el enfermo puede explorar y expresar los sentimientos relacionados con su percepción del problema, y las observaciones de la enfermera pueden servir para aclarar las expectativas del paciente respecto a la enfermera, y las expectativas de la enfermera sobre la capacidad de un paciente determinado para manejar su problema.

La fase de explotación se superpone a las fases de identificación y resolución. La "explotación" de la relación se refiere a tratar de aprovechar ésta al máximo para obtener del cambio los mayores beneficios posibles. El paciente utiliza plenamente los servicios que se le ofrecen, pero cuando comienza la convalecencia pueden surgir conflictos entre independencia y dependencia, con modificaciones en el comportamiento asociadas con las necesidades que cambian rápidamente. La enfermera debe tratar de satisfacer las demandas del paciente a medida que éstas surjan y no presuponer necesidades sobre la base de concepciones previas. Conforme avanza la recuperación, se puede ayudar al paciente a identificarse y dirigirse

hacia nuevas metas al mismo tiempo que disminuye la identificación con la persona que le brindó ayuda.

La fase de resolución implica un proceso de liberación que, para tener éxito, depende de la anterior cadena de acontecimientos; es preciso resolver las necesidades de dependencia psicológica del paciente y la creación de relaciones de apoyo para fortalecer su capacidad de valerse por sí mismo. Es posible que la recuperación médica no coincida con la disposición para dar por terminada la relación entre enfermera y paciente. Si los problemas continúan a pesar de la "curación" médica, resulta prematuro dar por terminada la relación.

Peplau describe diversos papeles que las enfermeras deben asumir en las distintas fases de su relación con el paciente. En el papel de persona extraña, debe hacerse hincapié en el respeto y el interés positivo. La enfermera debe aceptar al paciente tal cual es, como una persona emocionalmente capaz, y tiene que hacer un esfuerzo para decir lo que desea que escuche el paciente. Como persona hábil, la enfermera debe dar respuestas específicas a las preguntas, pero necesita mostrarse sensible a las cuestiones que implican sentimientos o se relacionan con problemas mayores. La enfermera también puede desempeñar el papel de maestra o líder, ayudando al paciente a aprender mediante la participación activa en las experiencias. Asimismo, puede actuar como consejera, y como sustituta y ayudar al paciente a verla como un individuo, y no en el marco de una relación coloreada por sentimientos pasados reactivados. Todos estos papeles ayudan a hacer de la enfermería una fuerza educativa, terapéutica y de maduración.

---

**CUADRO 8-1. Principales conceptos según la definición del modelo de Peplau**

---

<b>Persona:</b>	Trata de alcanzar el equilibrio Sistema del yo con fluidez fisiológica, psicológica y social
<b>Salud:</b>	Satisfacción de las necesidades fisiológicas y de la personalidad, de manera que puedan realizarse las capacidades en forma productiva
<b>Enfermedad:</b>	Síntomas de energía sujeta a ansiedad
<b>Ambiente:</b>	Otras personas importantes con las que interactúa el individuo
<b>Enfermería:</b>	Proceso terapéutico interpersonal que se realiza a través de la relación entre el individuo y la enfermera

---

Este modelo conceptual hace hincapié en la naturaleza terapéutica de las relaciones entre enfermera y usuario. El empleo del yo mediante estrategias de comunicación se ha aplicado extensamente a la utilización del proceso de enfermería para fomentar el cambio y la defensa de los pacientes. En el Cuadro 8-1 se resumen los principales conceptos como se definen en el modelo de Peplau.

## MODELO DEL SISTEMA DE COMPORTAMIENTO PARA LA ENFERMERIA DE DOROTHY JOHNSON

---

### Términos

Sistema de comportamiento – la persona, compuesta de la interacción entre siete subsistemas.

La esencia del modelo del sistema de comportamiento para la enfermería, organizado alrededor de los sistemas de conducta de la persona, es la conceptualización de Johnson sobre el hombre como un sistema de comportamiento constituido por subsistemas interrelacionados. El individuo trata de mantener un sistema balanceado, pero la interacción ambiental puede ocasionar inestabilidad y problemas de salud. La intervención de enfermería tiene por objeto ayudar a la persona a recuperar el equilibrio.

En el modelo de Johnson se concede gran importancia a la *persona* en su calidad de sistema de comportamiento. El sistema se identifica por acciones y conductas reguladas y controladas por factores biológicos, psicológicos y sociológicos. Está constituido por siete subsistemas interactuantes que desempeñan funciones especializadas para el sistema en su conjunto (Johnson, 1980, pp. 212-214); los siete subsistemas son:

1. *Afiliativo* o de adhesión, responsable de la función de seguridad, y hace posible la inclusión social, la intimidad y la creación y conservación de fuertes lazos sociales.
2. *De dependencia* exige una respuesta de cuidado, y sus consecuencias son aprobación, atención o reconocimiento, y ayuda física.
3. *De ingestión* cumple la amplia función de satisfacer los apetitos.
4. *De eliminación* incluye comportamientos aprendidos en la excreción de desechos.
5. *Sexual* participa en la procreación y gratificación, y abarca la amplia gama de comportamientos que dependen del sexo biológico, incluyendo, pero no limitándose al cortejo y apareamiento.
6. *Agresivo* se relaciona con la autoprotección y preservación.
7. *De realización* funciona para dominar o controlar algún aspecto del yo o del medio ambiente, medido según una norma determinada de excelencia.

Cada subsistema posee elementos estructurales y necesidades funcionales (Johnson, 1980, pp. 210-212). Los *elementos estructurales* son: (1) impulso o meta que se busca; (2) propensión o predisposición de la persona a actuar; (3) alternativas o alcances de la acción, y (4) comportamiento de la persona. Las *necesidades funcionales* incluyen (1) protección contra influencias perjudiciales (nocivas); (2) cuidado mediante el insumo de provisiones adecuadas, y (3) estimulación para fomentar el crecimiento y evitar el estancamiento. “Para que todas las personas crezcan, se desarrollen y continúen siendo viables” (Johnson, 1980, p. 212) es preciso que se satisfagan estas necesidades, ya sea gracias al propio esfuerzo del individuo o a la ayuda externa (la enfermera).

Si bien se concede una gran importancia a los subsistemas que constituyen el sistema de comportamiento (el hombre), se supone que cada persona posee un modelo único de interacción que lo distingue como una entidad global. El sistema trata de mantener un balance, mientras que las fuerzas ambientales (cualquier cosa ajena a los subsistemas interactuantes) ejercen influencia sobre el sistema y pueden ocasionar desequilibrio o problemas de salud.

En el modelo de Johnson no se define específicamente salud-enfermedad; no obstante, resulta evidente que la *salud* se asocia con el equilibrio del sistema, y la enfermedad se relaciona con una carencia de equilibrio funcional o estructural dentro del subsistema o con interacción desequilibrada entre los subsistemas. Las principales causas de inestabilidad son (1) desarrollo poco adecuado o inapropiado del sistema o de sus partes; (2) falla en los mecanismos de regulación interna o control; (3) exposición a influencias nocivas; (4) estimulación inadecuada del sistema, y (5) falta de insumos ambientales apropiados (Loveland-Cherry y Wilkerson, 1983, p. 120).

La *enfermería* sólo se ve implicada cuando se produce una ruptura en el equilibrio del sistema. "Un estado de desequilibrio o inestabilidad da por resultado la necesidad de acciones de enfermería, y las acciones de enfermería apropiadas son responsables del mantenimiento o restablecimiento del equilibrio y la estabilidad del sistema de comportamiento" (Loveland-Cherry y Wilkerson, 1983, p. 129). La enfermería no tiene una función definida en cuanto al mantenimiento o promoción de la salud. "La enfermería es una fuerza reguladora externa que actúa para preservar la organización e integración del comportamiento del paciente en un nivel óptimo bajo condiciones en las cuales el comportamiento constituye una amenaza para la salud física o social, o en las que se encuentra una enfermedad" (Johnson, 1980, p. 214). Así pues, "a menos que se produzca inestabilidad o que el funcionamiento del sistema de comportamiento sea inferior al óptimo, la enfermería no tiene meta definida" (Loveland-Cherry y Wilkerson, 1983, p. 128).

La enfermería puede imponer mecanismos externos de regulación o control (por ejemplo, fijar límites al comportamiento), cambiar las unidades estructurales en la dirección deseada (por ejemplo, enseñar), satisfacer las necesidades funcionales de los subsistemas (por ejemplo, suministrar los recursos o condiciones ambientales esenciales) o ayudar a regular el equilibrio entre los subsistemas (por ejemplo, modificar la dieta para facilitar la eliminación). No hay indicación de la posibilidad de tomar decisiones por parte del usuario.

En resumen, el modelo del sistema de comportamiento de Johnson subraya "las relaciones de reacción que se producen dentro de un enfoque hacia la enfermedad" (Loveland-Cherry y Wilkerson, 1983, p. 131). Conforme los subsistemas interactuantes tratan de conservar el equilibrio, pueden verse afectados por fuerzas ambientales que suelen producir desequilibrios. La enfermera puede intervenir para "restablecer, conservar o alcanzar el equilibrio y la estabilidad del sistema de comportamiento en el nivel más alto posible del individuo" (Johnson, 1980, p. 214). En el Cuadro 8-2 se presenta un resumen de los principales conceptos de acuerdo con la definición presentada en el modelo de Johnson.

**CUADRO 8-2 Principales conceptos según la definición del modelo de Johnson**

<b>Persona:</b>	Trata de conservar el equilibrio. Subsistemas relacionados que constituyen un sistema de comportamiento
<b>Salud:</b>	Equilibrio del sistema
<b>Enfermedad:</b>	Falta de equilibrio entre los subsistemas
<b>Ambiente:</b>	Insumo de fuentes externas a la persona
<b>Enfermería:</b>	Fuerza externa destinada a restablecer la estabilidad del sistema

**MODELO DE ENFERMERIA DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM**

**Términos**

- Autocuidado – actividades que realiza una persona por sí misma (cuando puede hacerlo) y que contribuyen a su salud.
- Deficiencia de autocuidado – falta de capacidad del individuo para realizar todas las actividades necesarias para un funcionamiento saludable.
- Necesidades de autocuidado – necesidades universales o relacionadas con la obtención u obstaculización de la salud.
- Demanda de autocuidado – medidas terapéuticas requeridas para satisfacer las necesidades.

El fundamento del modelo de enfermería de Orem, organizado en torno a la meta de la enfermería, es el concepto de autocuidado, considerado como “acto propio del individuo que sigue un patrón y una secuencia y que, cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento, y al desarrollo de los seres humanos” (Orem, 1980, p. 37). Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectadas por creencias culturales, hábitos, y costumbres de la familia y de la sociedad. Edad, etapa del desarrollo, y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado; por ejemplo, un padre o tutor debe brindar continuamente atención terapéutica al niño.

La enfermería se ocupa de la necesidad que tienen los *individuos* de tomar medidas de cuidado propio con el fin de ayudar al paciente a “conservar la vida y la salud, recuperarse de una enfermedad o lesión, y a hacer frente a los efectos ocasionados por las mismas” (Orem, 1980, p. 6). En opinión de Orem, la atención de enfermería puede ofrecerse a “unidades individuales o multipersonales”, pero sólo los individuos tienen necesidades de autocuidado. La enfermera brinda atención, ayuda o hace lo posible para que el paciente obtenga los resultados de salud que desea (Orem, 1980, p. 126).

Orem sostiene que la *salud* se relaciona con la estructura y función normales, ya que “cualquier desviación de la estructura o del funcionamiento se denomina correctamente una ausencia de salud en el sentido de unidad o integridad” (Orem,

1980, p. 118). La autora se refiere a los aspectos físico, psicológico, interpersonal y social de la salud, pero afirma que son inseparables en el individuo. "El ser humano es una unidad que funciona biológica, simbólica y socialmente" (Orem, 1980, p. 120). Pueden existir diversos estados de "bienestar o salud", y una persona puede pasar de un estado a otro, pero la constancia de "las condiciones externas e internas" se asocian con la salud.

Orem sugiere que algunas personas pueden tener requisitos de autocuidado (necesidades) asociados con el desarrollo o con la desviación de la salud y que todas las personas poseen las condiciones universales de autocuidado que se mencionan a continuación:

1. Conservación de una ingestión suficiente de aire, agua, y alimento.
2. Suministro de cuidado asociado con los procesos de eliminación y excrementos.
3. Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso y entre la soledad y la interacción social.
4. Evitar los riesgos para la vida, funcionamiento, y bienestar.
5. Promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas, y el deseo de ser normal. (Orem, 1980, p. 42).

Las necesidades antes mencionadas (requisitos de autocuidado) exigen que se tomen medidas a las que se les da el nombre de demandas de autocuidado terapéutico. Los requisitos de autocuidado, universales y asociados con el desarrollo, dan por resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas, y son conocidos como demandas de autocuidado para la prevención primaria. Los requisitos de autocuidado relacionados con las desviaciones de la salud conducen a prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad, dándoles el nombre de demanda de autocuidado para la prevención secundaria. La demanda de autocuidado relacionada con la prevención terciaria tiene que ver con el funcionamiento eficaz y satisfactorio de acuerdo con las posibilidades existentes. Es posible determinar la demanda terapéutica de autocuidado si se identifican todas las necesidades existentes o posibles de cuidado propio y los métodos más adecuados para atender dichas necesidades y se diseña, implementa y evalúa un plan de acción; esto es el proceso de *enfermería*.

Orem describe tres etapas del proceso de enfermería. La primera implica la determinación de "por qué una persona debe recibir atención de enfermería". Esta etapa se refiere principalmente a la evaluación de la demanda terapéutica de autocuidado del paciente, a cualquier deficiencia que pudiera existir en la realización de las actividades de cuidado propio, y a las metas futuras más convenientes. La segunda etapa incluye el diseño de un sistema de enfermería que dé por resultado la consecución de las metas de salud; esta etapa incluye básicamente la planificación de métodos para satisfacer las necesidades de autocuidado teniendo en cuenta las limitaciones existentes. La tercera etapa se refiere a la implementación y evaluación de las acciones diseñadas para superar las limitaciones del autocuidado, proporcionar atención terapéutica, y prevenir el desarrollo de nuevas limitaciones de autocuidado.



En consecuencia, los candidatos a la atención de enfermería son pacientes que no tienen o no tendrán la capacidad suficiente para cuidarse por sí mismos. “La base de una relación de enfermería es la necesidad de realizar acciones compensatorias (para vencer la incapacidad o capacidad limitada de cuidarse) o para facilitar el desarrollo u organización de las actividades de autocuidado” (Orem, 1980, p. 58).

Con el fin de ayudar a definir la magnitud de la responsabilidad de la enfermería y las funciones y acciones de pacientes y enfermeras, Orem diseñó tres tipos de sistemas de enfermería. En el sistema compensatorio global, el paciente es incapaz de realizar cualquier acto deliberado (por ejemplo, en estado de coma) o no es capaz de caminar, manipular, ni razonar; en estos casos, la enfermera brinda y maneja la atención, hace juicios y toma decisiones sobre las necesidades de cuidado del paciente. En un sistema parcialmente compensatorio, tanto la enfermera como el paciente realizan acciones de atención, mientras que en el sistema educativo y de apoyo, el paciente es capaz de desempeñarlas, y puede o debe aprender a ejecutar las actividades necesarias de autocuidado terapéutico aunque no pueda hacerlo sin ayuda.

En este modelo se hace hincapié en la función de la enfermera sólo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de autocuidado. La intervención de enfermería suele estar dirigida a conservar la salud, prevenir enfermedades, o restablecer la salud y puede incluir actividades realizadas para el paciente o en colaboración con éste. El modelo se emplea extensamente en la educación y práctica de la enfermería, y constituye la base de algunas investigaciones básicas. En el Cuadro 8-3 se resumen los conceptos más importantes de acuerdo con la definición del modelo de Orem.

---

**CUADRO 8-3 Principales conceptos según la definición del modelo de Orem**

---

<b>Persona:</b>	Aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, inseparables
<b>Salud:</b>	Constancia de las condiciones internas y externas que hacen posible la satisfacción de las necesidades de autocuidado
<b>Enfermedad:</b>	Desviación de la estructura o funcionamiento normales, que da por resultado deficiencias en el autocuidado
<b>Ambiente:</b>	Factores externos a la persona
<b>Enfermería:</b>	Acciones que tienen por objeto vencer o prevenir el desarrollo de limitaciones en el autocuidado o proporcionar un cuidado propio terapéutico a los individuos que son incapaces de hacerlo por sí mismos

---

**MODELO DE ADAPTACION DE LA HERMANA CALLISTA ROY**

---

**Términos**

Productores de tensión – estímulos provenientes del medio ambiente que exigen adaptación de la persona.

Formas de adaptación – medios por los que la persona se adapta (por ejemplo,

a través de necesidades fisiológicas, autoconcepto, desempeño de funciones, o relaciones de interdependencia).

Clases de estímulos – focales (que confrontan a la persona inmediatamente), contextuales (todos los demás estímulos presentes), y residuales (estímulos no específicos, como creencias o actitudes).

Nivel de adaptación – rango de capacidad de una persona para responder y hacer frente a los estímulos

Enfrentamiento – formas de responder a los productores de tensión

La base del modelo de Roy, organizado en torno a los comportamientos de adaptación de la persona, es el conjunto de procesos mediante los cuales una persona se adapta a los productores ambientales de tensión. En el modelo de Roy, la persona como sistema unificado se considera desde la perspectiva de un ser biopsicosocial. El individuo está en constante interacción con un medio ambiente cambiante. La tensión equivale a la transacción entre la demanda ambiental de adaptación y la respuesta de la persona (Roy y Roberts, 1981, p. 56).

El *individuo* se ve afectado por productores de tensión que se describen como estímulos focales; éstos son cambios que confrontan inmediatamente a la persona y que exigen una respuesta de adaptación. Los estímulos contextuales (todos los demás estímulos presentes) y los residuales (otros factores importantes) intervienen y contribuyen al efecto del productor de tensión para generar la interacción denominada tensión. El efecto combinado de las tres clases de estímulos da por resultado el nivel de adaptación, que determina una zona que indica el rango de estimulación ulterior que tendrá una respuesta positiva o de adaptación; si los nuevos estímulos caen fuera de dicha zona, la persona no podrá responder en forma positiva y se producirá un enfrentamiento ineficaz.

“El enfrentamiento se refiere a los modelos rutinarios y habituales de comportamiento responsables de manejar las situaciones cotidianas y de producir nuevas formas de comportamiento cuando un cambio drástico desafía las respuestas familiares” (Roy y Roberts, 1981, p. 56). Los dos mecanismos de enfrentamiento más importantes son el regulador y el de cognación. El subsistema regulador está constituido fundamentalmente por elementos neurales, endocrinos, y perceptivos-psicomotores. El subsistema de cognación incluye patrones psicosociales y hace posible el procesamiento perceptual de información, aprendizaje, razonamiento, y emoción.

Roy considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: fisiológica, autoconcepto, desempeño de funciones, y relaciones de interdependencia. El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

De este modo, en el modelo de Roy la adaptación es un proceso mediante el cual la persona hace frente a los productores de tensión y a un estado final producido por el proceso. Si los mecanismos de enfrentamiento son eficaces para resolver la tensión, se obtiene un estado dinámico de equilibrio que facilita la consecución de las metas del individuo. Cuando ciertas tensiones poco comunes o el debilitamiento de los mecanismos de enfrentamiento hacen que resulten ineficaces los esfuerzos

normales de enfrentamiento de las personas, es necesaria la atención de enfermería (Roy y Roberts, 1981, p. 45). El usuario puede ser una familia, comunidad o sociedad, aunque Roy enfatiza la adaptación del individuo (Roy y Roberts, 1981, p. 42).

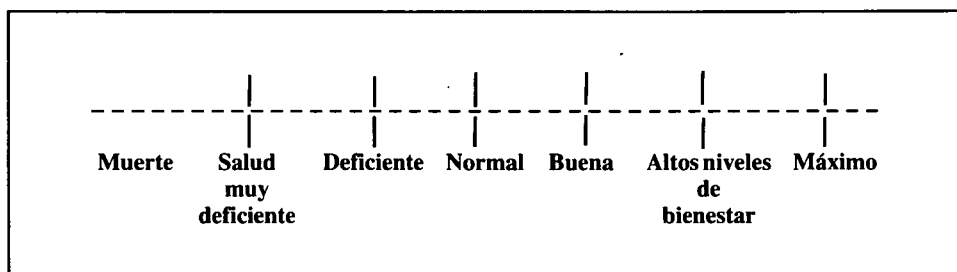
“La salud es un estado de funcionamiento de los seres humanos mediante el cual la persona se adapta continuamente al cambio” (Galbreath, 1980, p. 201). La *salud* puede verse a lo largo de un continuo que va de la muerte a una salud muy deficiente, a una salud deficiente, a una salud normal, a buena salud, a un alto nivel de bienestar, y al máximo posible de bienestar (Fig. 8-1).

La meta de la *enfermería* es lograr la adaptación de la persona a través de los cuatro modos de adaptación. “El criterio empleado para determinar si se ha alcanzado la meta suele ser cualquier respuesta positiva del receptor ante los estímulos presentes que liberan energía destinada a responder a nuevos estímulos” (Riehl y Roy, 1980, p. 183). El objetivo de la adaptación se facilita a través de la valoración e intervención de enfermería donde el paciente desempeña una función activa.

Con el modelo de Roy, la valoración se concentra primero en la identificación de los comportamientos del paciente en cada uno de los modos de adaptación y en el reconocimiento de la posición que ocupa la persona en el continuo de salud y enfermedad. Las valoraciones de segundo nivel incluyen la identificación de los factores focales, contextuales, y residuales que pueden estar afectando al paciente. En consecuencia, la enfermera efectúa un diagnóstico de enfermería de las deficiencias o excesos de necesidades básicas que son la causa de los comportamientos ineficaces del paciente (Roy y Roberts, 1980, p. 47).

La intervención de enfermería implica aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales, y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos. Roy subraya que en su intervención, la enfermera “debe estar siempre consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo” (Roy y Roberts, 1981, p. 47).

Este modelo proporciona un sistema de clasificación de los productores de tensión que suelen afectar la adaptación, así como un sistema para clasificar las valoraciones de enfermería. Se trata de un modelo de uso difundido y constituye la base de un número cada vez mayor de investigaciones. En el Cuadro 8-4 se



**Figura 8-1.** Continuo de la salud en el modelo de Roy. (Roy SC: Introduction to Nursing: An Adaptation Model, p. 18, 1976. Reimpreso con autorización de Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ)

---

**CUADRO 8-4. Principales conceptos según la definición del modelo de Roy**

---

<b>Persona:</b>	Ser biopsicosocial que forma un sistema unificado que trata de alcanzar el equilibrio
<b>Salud:</b>	Adaptación resultante del éxito obtenido al hacer frente a los productores de tensión
<b>Enfermedad:</b>	Enfrentamiento ineficaz a lo largo del continuo que va de la muerte a la adaptación
<b>Ambiente:</b>	Condiciones e influencias externas que afectan el desarrollo de la persona
<b>Enfermería:</b>	Manipulación de los estímulos para facilitar el éxito del enfrentamiento

---

resumen los conceptos más importantes de acuerdo con la definición que se les da en el modelo de Roy.

**MODELO DE LOS SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD DE BETTY NEUMAN**

---

**Términos**

Líneas de defensa – formas en las que los individuos manejan los productores de tensión con objeto de mantener el equilibrio del sistema.

Líneas de resistencia – protección contra los productores de tensión.

El modelo de Neuman, organizado alrededor de la reducción de tensión, se ocupa primordialmente de los efectos y de las reacciones ante la tensión, en el desarrollo y mantenimiento de la salud. La persona se describe como un sistema abierto que interactúa con el medio ambiente para facilitar “la armonía y el equilibrio entre los ambientes interno y externo” (Neuman, 1982, p. 14). El individuo es un compuesto de variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo que se consideran como un todo. “Ninguna parte puede verse por separado... de la misma manera que una de las partes influye en la percepción del todo, los patrones del todo influyen en la conciencia de las partes” (Neuman, 1982, p. 14). Por ende, el funcionamiento de cada uno de los subsistemas o partes de un sistema debe evaluarse en el contexto del sistema en su totalidad.

Los productores de tensión afectan constantemente a la *persona*; se trata de estímulos que producen tensión y tienen la capacidad de perturbar el equilibrio o línea normal de defensa. Esta línea normal de defensa es el “estado estable habitual” del individuo y se refiere a la forma en que éste suele manejar los productores de tensión, que pueden ser (1) intrapersonales, es decir, energías que surgen dentro del individuo; (2) interpersonales, o sea, fuerzas que actúan entre los individuos, o (3) extrapersonales, es decir, fuerzas que intervienen fuera del individuo. La flexibilidad de la línea de defensa, que es un amortiguador dinámico de protección formado por todas las variables que afectan al individuo en cualquier momento del tiempo, suministra la resistencia necesaria contra los productores de

tensión. Por ejemplo, estas variables pueden incluir estructura y condición fisiológica, antecedentes socioculturales, estado de desarrollo, capacidades cognoscitivas, edad, sexo, etc. Las relaciones que existen entre las variables determinan la cantidad de resistencia que un individuo ofrece a un productor o productores de tensión.

Si la línea flexible de defensa no es capaz de proteger a la persona contra un productor de tensión, éste rompe la línea normal de defensa; en otras palabras, se perturba el equilibrio del individuo y se produce una reacción que puede conducir al restablecimiento del equilibrio o a la muerte, dependiendo de las líneas internas de resistencia que traten de restablecer el equilibrio (volver a la persona a la línea normal de defensa). El número de productores de tensión y la fuerza con que afectan a la persona, la cantidad de tiempo que ésta es afectada, y la importancia que tenga el productor de tensión para el individuo, influyen sobre la reacción ante el productor de tensión y sobre la prognosis.

Con este modelo, Neuman trata de "ayudar a individuos, familias y grupos, a alcanzar y conservar el máximo nivel de bienestar total mediante intervenciones específicas" (Neuman, 1982, p. 11). No está claro el significado de "bienestar total" en este modelo; el *bienestar* se define como "un estado de saturación, de inercia libre de necesidades perturbadoras" (Neuman, 1982, p. 10). Al parecer, el bienestar se relaciona con el equilibrio dinámico de la línea normal de defensa, en el que se vence con éxito a los productores de tensión o en el que la línea flexible de defensa es capaz de evitarlos. Neuman define la enfermedad como un "estado de insuficiencia en el que todavía es preciso satisfacer necesidades perturbadoras" (Neuman, 1982, p. 10). La enfermedad parece ser un estado independiente cuando un productor o productores de tensión logran penetrar la línea normal de defensa provocando una reacción en las líneas de resistencia.

La intervención de *enfermería* tiene por objeto "reducir los factores que generan tensión y las condiciones adversas que afectan o podrían afectar el funcionamiento óptimo en la situación determinada de un usuario" (Neuman, 1980, p. 19). La intervención de enfermería se lleva a cabo mediante la prevención primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria se realiza antes de que la persona entre en contacto con un productor de tensión. "La meta de la prevención primaria es evitar que el productor de tensión penetre en la línea normal de defensa o disminuya el grado de reacción reduciendo la posibilidad de hacer frente al productor de tensión, debilitando su fuerza, o el fortalecimiento de la línea flexible de defensa" (Venable, 1980, p. 136), lo cual se logra fundamentalmente valorando a los pacientes para identificar y reducir los posibles factores de riesgo asociados con los productores de tensión. Asimismo, también puede resultar apropiado planificar, intervenir, y evaluar las estrategias destinadas a fortalecer la línea normal de defensa. La prevención secundaria es conveniente después de que el productor de tensión penetra la línea normal de defensa. La atención incluye la detección oportuna de casos, y la planificación y evaluaciones de las intervenciones relacionadas con los síntomas. La prevención terciaria acompaña al restablecimiento del equilibrio, girando en forma circular hacia la prevención primaria. El punto central está en "la reeducación para evitar que vuelva a suceder lo mismo, la readaptación, y la conservación de la estabilidad" (Venable, 1980, p. 136).

Este modelo desarrollado hace poco tiempo sugiere diversas actividades de

**CUADRO 8-5 Principales conceptos según la definición del modelo de Neuman**

<b>Persona:</b>	Sistema abierto que busca el equilibrio y la armonía. Constituida por variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales, y de desarrollo que se ven como un todo
<b>Salud:</b>	Equilibrio dinámico de la línea normal de defensa
<b>Enfermedad:</b>	Resultado de la reacción de los productores de tensión y las líneas de resistencia
<b>Ambiente:</b>	Productores internos y externos de tensión y factores de resistencia
<b>Enfermería:</b>	Reducción de los productores de tensión a través de la prevención primaria, secundaria y terciaria

enfermería de prevención primaria, secundaria y terciaria para reducir los factores que provocan tensión y fortalecer la resistencia del individuo. Tiene muchas aplicaciones posibles en el proceso de enfermería. En el Cuadro 8-5 se resumen los conceptos más importantes de acuerdo con la definición del modelo de Neuman.

## **CIENCIA DEL HOMBRE UNITARIO, DE MARTHA ROGERS**

### **Términos**

Continuo espacio-tiempo – combinación en cuatro dimensiones de ambos elementos.

La base del modelo de Rogers, organizado en torno a la interacción entre individuo y medio ambiente, es un sistema conceptual construido sobre el supuesto de que la persona es un campo de energía unificado que intercambia constantemente materia y energía con el medio ambiente. Rogers propone que “el hombre es un todo unificado que posee su propia integridad y manifiesta características que son más que y diferentes de la suma de sus partes” (Rogers, 1970, p. 47). Los atributos físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales, y espirituales se fusionan en un comportamiento que refleja a la persona como un todo indivisible. Rogers considera que no es posible definir al hombre combinando los atributos de cada una de las partes y que sólo puede describirse cuando las partes pierden su identidad particular.

La *persona* es un campo de energía organizado que posee un modelo único; el campo de energía que es el individuo intercambia continuamente materia y energía con el campo de energía ambiental, dando por resultado un remodelamiento constante de la persona y del ambiente (Rogers, 1970, p. 53). Estos intercambios de energía tienen como consecuencia una mayor complejidad y capacidad de innovación de la persona. Rogers considera que este proceso de la vida “evoluciona en forma irreversible y unidireccional a lo largo del continuo espacio-tiempo” (Rogers, 1970, p. 59) y conceptualiza esta dirección única como una espiral que se regula a sí misma “dirigida hacia la obtención de una mayor complejidad de

organización y no hacia la consecución de equilibrio y estabilidad” (Rogers, 1970, p. 64). El individuo también se caracteriza por su “capacidad de abstracción e imaginación, lenguaje y pensamiento, sensación y emoción” (Rogers, 1970, p. 73).

Rogers trata tanto los procesos normales como los patológicos y no considera que la *salud* y la enfermedad sean estados independientes ni que exista una relación lineal entre ellas. “Bienestar y enfermedad son conceptos dicótomos que no pueden utilizarse para explicar la complejidad dinámica ni la realización incierta del desarrollo del hombre” (Rogers, 1970, p. 42).

La intervención de *enfermería* tiene por objeto la remodelación del hombre y del ambiente con el fin de alcanzar el máximo potencial de salud (Rogers, 1970, pp. 86, 127). “La gente debe ser participante activo e informado en la búsqueda de la salud. La intervención debe tener por objeto ayudar a los individuos a poner en movimiento sus recursos, consciente e inconscientemente, para que se fortalezca la relación que existe entre el hombre y el medio ambiente, y para incrementar la integridad del individuo” (Rogers, 1970, p. 134). “Mantener y promover la salud, prevenir enfermedades, diagnosticar, intervenir y rehabilitar, constituyen el alcance de las metas de enfermería” (Rogers, 1970, p. 86).

Rogers describe tres principios que explican el proceso de la vida en el hombre y predicen su evolución (Rogers, 1980, p. 333). El principio de *complementaridad* hace hincapié en que el campo de energía del hombre y el campo de energía del ambiente deben percibirse al mismo tiempo; la relación que existe entre ellos es de interacción constante y cambio mutuo y simultáneo; en otras palabras, “se trata de sistemas recíprocos en los que el hecho de modelar y ser modelado se producen al mismo tiempo” (Rogers, 1970, p. 97). El principio de *hélice* predice que la naturaleza y dirección del cambio se produce “sobre un eje espiral longitudinal sujeto al espacio-tiempo” (Rogers, 1970, p. 101). El campo humano se diversifica cada vez más con el transcurso del tiempo; conforme la persona envejece, el comportamiento no se repite, pero puede volver a producirse a niveles cada vez más complejos. El principio de *resonancia* indica que el cambio producido en el modelo y organización hacia una mayor complejidad del campo, se produce por medio de ondas y que el “cambio continuo se mueve de ondas de baja frecuencia y largas a ondas de alta frecuencia y cortas” (Rogers, 1980, p. 333).

Rogers considera que la comprensión de los mecanismos que afectan el proceso de la vida en el hombre hace posible que la enfermera intervenga con conocimiento de causa para afectar el remodelamiento de la persona y hacer que se mueva en

---

#### CUADRO 8-6 Principales conceptos según la definición del modelo de Rogers

---

<b>Persona:</b>	Campo de energía unificado que posee una configuración cambiante
<b>Salud:</b>	Incremento de la complejidad y capacidad de innovación del modelamiento
<b>Ambiente:</b>	Campo de energía que interactúa constantemente con el campo de energía que es la persona
<b>Enfermería:</b>	Remodelamiento de la persona y del ambiente que tiene por objeto convertir en realidad el máximo potencial de salud del individuo

---

la dirección deseada. En el proceso, la enfermera también cambia; la importancia que concede al hombre holístico y a la interacción simultánea y continua entre éste y el ambiente son conceptos ampliamente aceptados en la enfermería actual. En el Cuadro 8-6 se resumen los conceptos más importantes de acuerdo con la definición del modelo de Rogers.

## **INVESTIGACION RELACIONADA CON LOS MODELOS DE ENFERMERIA**

---

En la actualidad se llevan a cabo tres tipos de investigación relacionados con los modelos de enfermería. Un método consiste en someter a prueba las relaciones propuestas por el modelo; por ejemplo, Floyd predijo cambios en los ritmos de sueño y vigilia tomando como base los principios de resonancia y hélice de Rogers, y encontró pruebas de que los trabajadores que alternaban turnos (cambio en el campo ambiental) manifestaban un aumento en el tiempo total de vigilia y en la frecuencia de los ciclos de sueño y vigilia (indicadores de la diversidad y complejidad de los ciclos de sueño y vigilia); no obstante esta información todavía no se ha repetido y Floyd menciona varias limitaciones de control en el estudio que pudieron haber afectado los resultados (Floyd, 1983).

Otro método consiste en utilizar un modelo como marco para efectuar un análisis descriptivo; por ejemplo, Derdiarian y Forsythe emplearon la perspectiva del modelo de sistemas de comportamiento de Johnson para medir y describir los cambios percibidos en el comportamiento del paciente con cáncer; elaboraron un instrumento para describir existencia, dirección, calidad, importancia, y efectos del "desequilibrio en el sistema de comportamiento del paciente" (Derdiarian y Forsythe, 1983, p. 260) que se creía relacionado con el proceso de la enfermedad. Se ha afirmado que este tipo de información puede servir de base a la definición de problemas y a las intervenciones de enfermería. El instrumento se encuentra en las primeras etapas de prueba destinadas a construir su validez y confirmar resultados.

Algunos estudios tratan de modificar la atención de enfermería mediante el empleo de un modelo; un ejemplo es el estudio de Ziemer (1983) sobre la orientación preoperatoria (es decir, incrementa las líneas de defensa) con el fin de reducir los síntomas de dolor después de la cirugía. Por desgracia, no fue posible comprobar las hipótesis de este estudio basadas en el modelo de Neuman.

Se ha planteado el problema de la utilidad de los modelos de enfermería. Un modelo proporciona un sistema útil para clasificar información durante el proceso de enfermería; asimismo, el modelo también ofrece relaciones teóricas que pueden someterse a prueba a través de la investigación. Sin embargo, ¿las diferencias de términos entre los modelos constituyen simplemente un juego semántico? ¿El modelo utilizado para organizar la información representa una diferencia real en la atención de enfermería que se da al usuario? ¿Constituye alguna diferencia llamar a la causa de un problema "influencia nociva" que afecta un subsistema del comportamiento, "deficiencia del autocuidado" que conduce a una "demanda de autocuidado" o "estímulo focal" que representa un productor de tensión? ¿Existe alguna diferencia en la atención de enfermería si se afirma que su objetivo consiste



**CUADRO 8-7. Semejanzas y diferencias de conceptualización en seis modelos de enfermería seleccionados**

	Persona		Salud	Ambiente	Enfermería
	Meta	Composición			
<b>Peplau</b>	Equilibrio	Sistema con elementos fisiológicos, psicológicos, y sociales	Satisfacción de necesidades	Otras personas importantes	Proceso interpersonal terapéutico
<b>Johnson</b>	Equilibrio	Sistema de comportamiento formado por siete subsistemas	Equilibrio	Insumos externos	Fuerza externa que tiene por objeto restablecer la estabilidad
<b>Orem</b>	Constancia	Un todo que posee aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales	Satisfacción de las necesidades de autocuidado	Fuerzas externas	Acciones cuyo objetivo es limitar las deficiencias del autocuidado
<b>Roy</b>	Equilibrio	Sistema con elementos biopsicosociales	Adaptación	Condiciones externas	Manipulación de los estímulos para facilitar el enfrentamiento
<b>Neuman</b>	Equilibrio	Compuesta de variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales, y de desarrollo	Equilibrio	Productores internos y externos de tensión	Reducción de los productores de tensión
<b>Rogers</b>	Aumentar la complejidad del modelo	Campo de energía indivisible	Mayor capacidad de innovación del modelamiento	Campo de energía contiguo que interactúa constantemente	Remodelamiento para facilitar la realización del potencial

en reducir las deficiencias de autocuidado, disminuir los productores de tensión o incrementar la capacidad de enfrentamiento?

La ciencia de la enfermería se encuentra en las primeras etapas de su desarrollo; se ha producido un acalorado debate sobre si debe haber un modelo de enfermería. Sin embargo, la controversia y la popularidad de los diversos modelos hacen patente que no existe un consenso acerca de la forma en que debe describirse la enfermería ni de cuál es la mejor manera de alcanzar sus metas. ¿Es que la controversia sobre los méritos relativos de los diferentes modelos es irrelevante o prematura y, por ende, sólo una distracción? En ausencia de un consenso, quizá resulte mucho más productivo concentrar la investigación en la prueba y confirmación de las relaciones propuestas por la teoría y en las implicaciones que tienen los resultados en el mejoramiento de la práctica de la profesión.

## RESUMEN

---

En estas primeras etapas del desarrollo de la ciencia de la enfermería, algunos teóricos han publicado modelos de enfermería. En este capítulo se han resumido y comparado seis de los más conocidos (Cuadro 8-7). En el Capítulo 12, Proceso de enfermería, se presentan las implicaciones de los distintos modelos en la aplicación del proceso de enfermería.

## BIBLIOGRAFIA

---

- Derdarian AK, Forsythe AB: An instrument for theory and research development using the behavioral systems model for nursing: The cancer patient. *Nurs Res* 32:260-266, septiembre-octubre de 1983.
- Floyd J: Research using Roger's conceptual system: Development of a testable theorem. *Adv Nurs Sci*: 37-48, enero de 1983.
- Galbreath JG: Sister Callista Roy. En George JB (ed): *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*, pp. 199-212. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1980.
- George JB (Presidente, Grupo de Conferencia sobre las Teorías de la Enfermería): *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1980.
- Johnson DE: The behavioral system model for nursing. En Riehl JP, Roy SC (eds): *Conceptual Models for Nursing Practice*, 2 ed, pp. 207-216. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1980.
- Lippitt GL: *Visualizing Change. Model Building and the Change Process*. San Diego, University Associates, 1973.
- Loveland-Cherry C, Wilkerson SA: Dorothy Johnson's behavioral system model. En Fitzpatrick JJ, Whall AL (eds): *Conceptual Models of Nursing: Analysis and Application*, pp. 117-135. Bowie, Robert J. Brady, 1983.
- Neuman B: *The Neuman Systems Model. Application to Nursing Education and Practice*. Norwalk, Appleton-Century-Crofts, 1982.
- Neuman B: *The Betty Neuman health care systems model: A total person approach*

- to patient problems. *En* Riehl JP, Roy SC (eds): *Conceptual Models for Nursing Practice*, 2 ed, pp. 119-131. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1980.
- Orem DE: *Nursing: Concepts of Practice*, 2 ed, Nueva York, McGraw-Hill, 1980.
- Peplau HE: *Interpersonal Relations in Nursing*. Nueva York, GP Putnam's Sons, 1952.
- Reed PG, Johnston RL: Peplau's nursing model: The interpersonal process. *En* Fitzpatrick JJ, Whall AI (eds): *Conceptual Models of Nursing: Analysis and Application*, pp. 27-46. Bowie, Robert J. Brady, 1983.
- Riehl JP, Roy SC: *Conceptual Models for Nursing Practice*. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1980.
- Rogers ME: *An Introduction To The Theoretical Basis of Nursing*. Filadelfia, FA Davis, 1970.
- Rogers ME: Nursing: A science of unitary man. *En* Riehl JP, Roy SC (eds): *Conceptual Models for Nursing Practice*, pp. 329-337. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1980.
- Roy SC, Roberts SL: *Theory Construction in Nursing: An Adaptation Model*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1981.
- Venable JF: The Neuman health-care systems model: An analysis. *En* Riehl JP, Roy SC (eds): *Conceptual Models for Nursing Practice*, 2 ed, pp. 135-150. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1980.
- Ziemer MM: Effect of information on post-surgical coping. *Nurs Res* 32:282-287, septiembre-octubre de 1983.

## **Sección 3**

### ***Prestación de servicios de enfermería profesional***

## Capítulo 9

# *El proceso de la salud*

### **PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR**

1. ¿Qué diferencia existe entre bienestar y salud y entre malestar y enfermedad?
2. ¿Qué factores son responsables de las variaciones en el bienestar de los individuos?
3. ¿Cuáles son las creencias y normas de la “cultura de prestación de servicios? ¿Por qué es importante que la enfermera las comprenda?
4. ¿Cómo puede propiciar la enfermera comportamientos que promuevan la salud tanto en los usuarios como en sí misma?

Cuando se les pregunta por qué decidieron estudiar enfermería, muchas enfermeras responden: “para ayudar a la gente”, con lo cual suelen querer decir ayudar a las personas enfermas a recuperar la salud. En la mente de muchas personas, la enfermería se relaciona con la medicina y los hospitales, ya que la mayoría de las enfermeras trabajan en hospitales brindando atención a los enfermos.

El objetivo primordial de los hospitales es apoyar el régimen médico para tratar enfermedades y disfunciones. La imagen pública de la enfermería y de lo que hacen las enfermeras está influenciada por la definición médica de salud como ausencia de enfermedad. La asociación de la enfermería con la enfermedad y los trastornos constituye la base de la caracterización tradicional de la enfermera como ayudante del médico. En el Capítulo 17, “El promotor del papel de la profesión”, se analiza este problema.

La curación de las enfermedades es el principal objetivo de la medicina, pero la prestación de “servicios de salud” encaminada primordialmente a la curación de enfermedades es un desperdicio de recursos y sumamente costosa. El público está adquiriendo una conciencia cada vez mayor de la necesidad de prevenir las enfermedades y promover y mantener el bienestar. Las enfermeras se ocupan de las respuestas de la gente a los factores que amenazan el bienestar y la enfermedad; en consecuencia, la profesión de enfermería tiene la posibilidad de modificar en forma importante la filosofía de nuestra sociedad y la prestación de servicios de salud a través de funciones diseñadas para promover ésta.

En este capítulo se definen los conceptos de enfermedad, malestar, trastorno,

salud, bienestar, y buen estado, y se presentan diversos modelos conceptuales de las relaciones que existen entre ellos. Asimismo, se analizan con detalle los distintos factores (multideterminantes) que pueden afectar la condición de bienestar. La última sección del capítulo está dedicada a intervenciones de enfermería cuyo objetivo es prevenir el malestar y promover el bienestar y la salud.

## **RELACIONES DE BIENESTAR Y ENFERMEDAD**

Tanto los léigos como los profesionales suelen definir la buena salud como ausencia de signos clínicos de enfermedad. ¿Es que la salud y la enfermedad constituyen los polos de un continuo? ¿Se trata de fenómenos cualitativamente diferentes? o ¿Se encuentran ambos en el mismo nivel de disertación? Después de definir los conceptos, trataremos de resolver estos problemas filosóficos.

### **Definiciones**

#### Enfermedad

Enfermedad es un término médico. Se trata de un proceso de alteración de las funciones del cuerpo que da por resultado una reducción de la capacidad o el acortamiento de la duración normal del ciclo de vida (Twaddle, 1977, p. 97). El objetivo del médico es clasificar los cambios apreciables en la estructura y función del organismo (signos) en un síndrome clínico reconocido. La clasificación correcta, o diagnóstico, implica curso y duración, capacidad de transmisión, pronóstico, y tratamiento adecuado. La intervención médica tiene por objeto curar la enfermedad. Parte de la intervención de enfermería respalda y facilita el régimen médico al administrar tratamientos, facilitar el descanso, y evaluar la eficacia de la intervención, entre otras cosas.

Antiguamente se creía que las enfermedades eran causadas por un agente que, si estaba presente en cantidad suficiente, producía ciertos signos y síntomas predecibles; no obstante, se piensa cada vez con más frecuencia que una gran variedad de factores relacionados con la persona (huésped), agente, y medio ambiente participan en la causalidad y en la eficacia del tratamiento de la enfermedad. Al elaborar un plan de atención, es preciso tener en cuenta todos estos factores multideterminantes.

#### Malestar

El malestar es un sentimiento subjetivo de no estar saludable que puede o no relacionarse con la enfermedad. Un individuo puede padecer una enfermedad sin sentirse enfermo, y puede sentirse enfermo sin tener enfermedad; por ejemplo, una persona puede padecer hipertensión (una enfermedad) controlada con medicamentos y no presentar síntomas (ningún malestar) o puede experimentar dolor y, por lo tanto sentirse enferma, sin presentar una enfermedad identificable. Lo importante es cómo se siente y qué hace al respecto. La intervención de enfermería tiene por objeto identificar la causa y, si es posible, reducir los síntomas, mientras

que la atención médica se ocupa de identificar la enfermedad y darle un tratamiento. Cuando el malestar de una persona es aceptado por la sociedad y, en consecuencia, se le confiere legitimidad, se considera un trastorno.

### Trastorno

El trastorno es una condición, una entidad social que suele relacionarse con enfermedad o malestar aunque puede producirse de manera independiente (Twaddle, 1977, p. 97). Cuando se define a una persona como enferma, se perdonan diversos comportamientos dependientes que, en otro caso, se considerarían inaceptables. La función de la enfermera es ayudar a la persona hasta que es capaz de volver a asumir la responsabilidad de tomar decisiones.

### Salud

Es muy difícil definir la salud. En diversas fuentes, la salud se define como juicio de valor, estado subjetivo, concepto relativo, espectro, ciclo, proceso, y abstracción que no puede medirse en forma objetiva (Siegel, 1973, pp. 282-283). En muchas definiciones se establece una dicotomía entre los elementos fisiológicos y psicológicos de la salud. Otros subconceptos que deben incluirse en las definiciones de salud incluyen influencias ambientales y sociales, ausencia de dolor y de enfermedad, capacidad óptima, facultad de adaptación, dirección y significado de la vida, y armonía, equilibrio, o sensación de bienestar (Keller, 1981, p. 49).

Smith (1981) presenta cuatro modelos de salud que "puede considerarse constituyen una escala -expansión progresiva de la idea de salud" (Smith, 1981, p. 47) El *modelo clínico* representa la perspectiva más estrecha. Las personas son consideradas sistemas fisiológicos con funciones relacionadas, y la salud se identifica como la ausencia de signos y síntomas de enfermedad o incapacidad según las definiciones de la ciencia médica. En consecuencia, la salud puede definirse como "un estado de no estar enfermo" (Ardell, 1979, p. 18) o "un estado relativamente pasivo de ausencia de malestar... una condición de homeostasia relativa" (Dunn, 1977, p. 9). Gran parte de nuestro sistema actual de servicios de salud está diseñado para tratar la enfermedad y el malestar después de que se producen, tomando como base este modelo de la "salud". En el modelo clínico, el polo opuesto de la salud es la enfermedad.

A continuación en la escala se encuentra la idea de la salud como *desempeño de funciones*. Este modelo añade normas sociales y psicológicas al concepto de salud. En este caso, el criterio más importante es la capacidad de los individuos para realizar las funciones que les corresponden en la sociedad con el máximo (es decir, el mejor o más alto) desempeño posible. Si la persona es incapaz de desempeñar las funciones que se esperan de ella, puede significar una enfermedad aunque parezca clínicamente sana. Un ejemplo de este tipo de definición es "la salud somática es ... el estado de capacidad óptima para el desempeño eficiente de tareas valiosas" (Parsons, 1958, p. 168). En el modelo de salud sobre desempeño de funciones, el extremo opuesto de la salud es el trastorno.

En el *modelo de adaptación* se incluyen los modelos clínico y de desempeño de

funciones; la salud se percibe como una condición en la cual el individuo puede llevar a cabo una interacción eficaz con el medio ambiente físico y social. Hay una indicación de crecimiento y cambio en este modelo; por ejemplo, Murray y Zentner (1979, pp. 5-6) definieron la salud como “una respuesta intencionada de adaptación física, mental, emocional, y social a los estímulos internos y externos con el fin de mantener la estabilidad y comodidad”. Siegel (1973, p. 286) describe la salud como “un resultado de la interacción entre el ambiente interno y los multiambientes externos”. En el modelo de adaptación de la salud, el extremo opuesto de la salud es el malestar.

Smith considera que el *modelo eudemonista* representa la concepción más amplia de la salud. En este modelo, la salud es una condición de actualización o realización del potencial del individuo; por ejemplo, la salud “es un proceso de llegar a ser, un movimiento dinámico hacia la completa realización de las posibilidades latentes, no sólo en el cuerpo humano, sino también en los sentimientos, mentes, y espíritus de los seres humanos” (Greifinger, 1977, p. 207). “La salud trasciende la competencia biológica y es, primordialmente, una medida de la capacidad de cada persona de hacer lo que quiere y llegar a ser lo que desea” (Dubos, 1978, p. 74). En el modelo eudemonista de salud, ésta es congruente con “un alto nivel de buen estado”, y es el polo opuesto del malestar que incapacita.

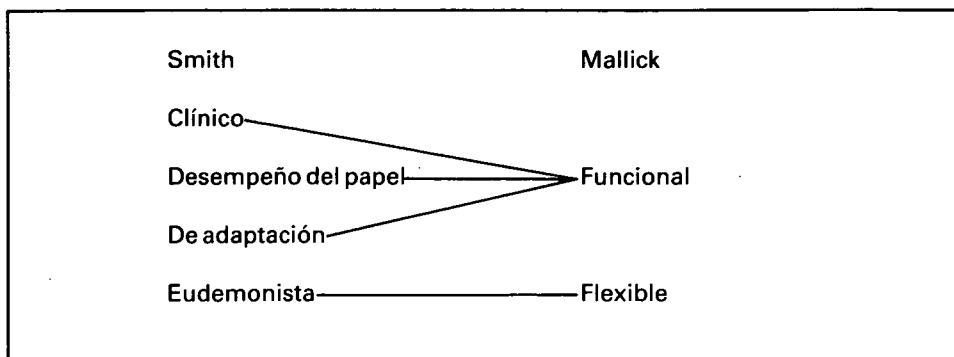
Mallick afirma que las definiciones de salud pueden clasificarse en dos categorías: flexibles y funcionales. Las definiciones flexibles proponen, al igual que el modelo eudemonista antes mencionado, “un ideal en el horizonte al que podemos acercarnos sin jamás alcanzarlo” (Wylie, 1970, p. 100). Las definiciones funcionales, como la clasificación de Smith sobre el desempeño de funciones, relacionan la salud con la capacidad de funcionar a pesar de la presencia de enfermedades (Mallick, 1979, p. 30). Wylie añade una tercera categoría posible, la elástica, que al igual que la clasificación de adaptación “describe una interacción positiva entre la persona o comunidad y el medio ambiente” (Wylie, 1970, p. 101). Este punto de vista abarca el concepto de que la salud máxima exige elección y participación consciente del individuo (Dubos, 1978, p. 80; Hollen, 1981, p. 27). En la Figura 9-1 se comparan las categorías de Mallick con las de Smith.

#### Bienestar

El bienestar, de acuerdo con la definición de este libro, es una percepción subjetiva de equilibrio, armonía y vitalidad; se trata de un estado que puede describirse en forma objetiva y que se produce por grados. En los niveles más bajos de bienestar, el individuo se calificaría como “enfermo”; en los más altos, podría experimentar la mayor satisfacción y un sentimiento de colaboración. En consecuencia, la condición de bienestar puede trazarse a lo largo de un continuo como aparece en el diagrama de la Figura 9-2.

La salud es una meta y un proceso siempre cambiante, mientras que el bienestar es un estado variable, próximo al malestar. En nuestra opinión, la incapacidad actual de cuantificar la salud es el resultado de la confusión que existe entre su *proceso y el estado* de bienestar. El bienestar puede describirse y medirse. La salud, por otra parte, incluye bienestar y malestar, y constituye un potencial en constante evolución que no puede cuantificarse.





**Figura 9-1.** Comparación de los modelos de salud de Smith y Mallick

Las enfermeras tratan de ayudar a las personas a alcanzar el bienestar prestando atención tanto a los puntos fuertes como a los débiles, y colaborando con los usuarios para facilitar el crecimiento y hacer posible la realización del potencial de salud de éstos. Las metas y sentimientos del usuario constituyen factores determinantes importantes en la intervención de enfermería.

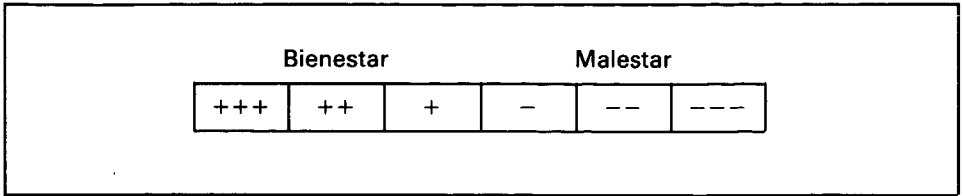
#### Buen estado

El buen estado, como se define en la literatura, es muy semejante al modelo flexible o eudemonista de la salud y, en este libro, se consideran sinónimos. (Dunn, 1977, p. 9) describe el buen estado como “un modo integrado de funcionamiento orientado a la elevación máxima del potencial de que es capaz un individuo, dentro del ambiente en el cual se desenvuelve”. Otros autores caracterizan el buen estado como “un estado integrado de funcionamiento óptimo” (Auger, 1976, p. 4), “un proceso en continua evolución y cambio” (Bruhn y col., Spring 1977, p. 209) y como la habilidad para “funcionar a la mayor capacidad y satisfacción percibidas” (Bruhn y Cordova, Noviembre-Diciembre 1977, p. 248).

Tal vez se conceptualice mejor el buen estado (salud) como un proceso activo, constante en el tiempo, que incluye iniciativa, capacidad de asumir la responsabilidad de la salud, juicios de valor, y una integración total del individuo. Se trata de una meta, de un proceso fluido, y no de un estado real. En consecuencia, el buen estado es difícil de cuantificar para realizar una evaluación objetiva; sin embargo, los indicadores pueden incluir capacidad de la persona para desempeñar lo mejor posible su habilidad, facultad de ajustarse y adaptarse a situaciones cambiantes, sentimiento de bienestar, y sensación de que “todo está unido”.

#### Relaciones posibles

¿Qué relación existe entre la salud y el malestar? ¿Los conceptos de salud y malestar se encuentran en un nivel comparable como señala la literatura, o debe considerarse la salud como un proceso mucho más amplio (modelo eudemonista), que abarca un estado definible de malestar en cualquier momento? Se estudiarán



**Figura 9-2.** Continuo del bienestar. (Modificada de Terris M: Approaches to an epidemiology of health. Am J Public Health 65:1039, 1975. Reproducida con autorización del editor)

cuatro alternativas: salud y malestar como opuestos dicotómicos, salud como una dimensión independiente del malestar, salud en una escala graduada con el malestar (Wu, 1973, p. 76), y salud holística como un concepto que incluye malestar.

Dicotomía de la salud y el malestar

En el enfoque de la “dicotomía de la salud y el malestar” no existen grados de salud o malestar; una persona está sana o enferma, por ejemplo, Wu define el malestar como “un acontecimiento... que obstaculiza la capacidad de satisfacer... los mínimos requisitos de un funcionamiento adecuado...” (Wu, 1973, p. 23). En su opinión, “salud o buen estado es... la capacidad de actuar y desempeñarse de la mejor manera posible de acuerdo con la capacidad de la persona” (Wu, 1973, p. 86). Si el individuo no es capaz de desenvolverse a su potencial máximo, su capacidad está obstaculizada”.

Este método, que define los términos de acuerdo con la relación que tienen entre sí, no es congruente con las observaciones del mundo real. Considerar la salud como un estado estático no es compatible con el concepto de sistemas abiertos en constante cambio y, como no existen grados de salud, no resulta posible reconocer comportamientos saludables en una persona que está enferma. Este enfoque subraya la importancia del malestar y la debilidad, y la intervención se concentra en la curación del problema.

Bienestar y malestar como dos dimensiones independientes

Para que bienestar y malestar puedan considerarse dos dimensiones independientes, es preciso describirlas por separado en términos observables, Hadley (1974, pp. 24-25) trata de definir los criterios físicos y fisiológicos dentro o fuera de los límites normales de tamaño, composición, y funcionamiento establecidos por un médico; algunos ejemplos de los criterios sociales y psicológicos que demuestran la relación lineal que existe entre ellos como opuestos bipolares son:

<i>Buen estado</i>	<i>Malestar</i>
Independencia	Dependencia
Aplicación	Rechazo pasivo de las obligaciones
Iniciativa	Culpa

Vigor  
Capacidad  
Confianza

Impotencia  
Desamparo  
Incertidumbre

Jahoda (Wu, 1973, p. 82), considera la salud y el malestar en dos dimensiones diferentes y cree que todas las personas presentan simultáneamente aspectos saludables y enfermos, aunque uno predomina sobre el otro. Como el individuo sólo puede considerarse como un todo, el comportamiento predominante determinará, ante un observador, si está sano o enfermo. El comportamiento predominante también afecta la percepción de la persona hacia su condición.

Para iniciar una investigación, es conveniente saber describir salud y malestar en términos observables; sin embargo, algunos críticos sostienen que, puesto que la salud es subjetiva, influenciada por la cultura, y relativa, es una abstracción que no puede medirse en conjunto objetivamente (Siegel, 1973, pp. 282-283). En este momento, sólo pueden marcarse algunos aspectos de la salud. Asimismo, es cuestionable el hecho de si suele ser útil o posible definir el estado de una persona en un momento dado. Como los individuos cambian constantemente, el aspecto más importante desde el punto de vista clínico podría ser la capacidad del observador de evaluar qué comportamientos son saludables (puntos fuertes), y cuáles indican la posible necesidad de ayuda (puntos débiles).

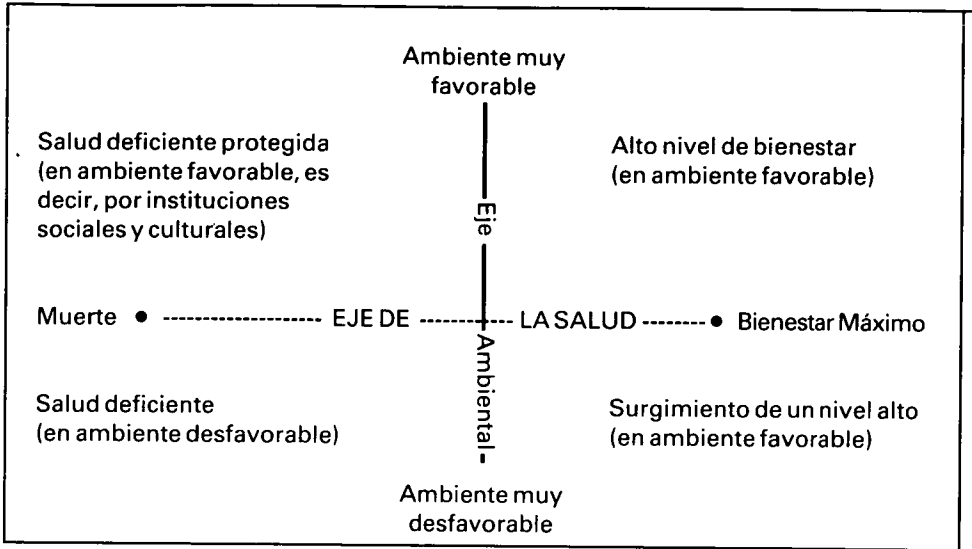
#### Método del continuo

Tan pronto como se renuncia a la necesidad de medir la salud y el malestar en términos discretos, resulta más conveniente el método de la escala graduada o continuo. La condición de bienestar puede conceptualizarse como un cambio constante hacia malestar o bienestar, a medida que diversas influencias afectan el equilibrio del individuo. Dunn (1959) describió una rejilla de salud (bienestar), constituida por el eje de la salud, el eje ambiental, y los cuadrantes resultantes de salud y buen estado. El propósito de este modelo es indicar cuáles son los posibles efectos de la interacción ambiental con el continuo de bienestar y malestar. Una persona que se encuentra en el extremo inferior de la línea de bienestar y malestar puede estar enferma si se sitúa en un ambiente desfavorable, pero quizá no presente síntomas si el ambiente es protector (Fig. 9-3).

En otro enfoque, Twaddle propone que "como nadie alcanza una salud perfecta y no todos se definen como enfermos, debe haber un rango de salud menos que perfecta interpretada como normal" (Twaddle, 1977, p. 103). En el continuo de Twaddle (Fig. 9-4), se superponen en forma considerable los comportamientos "sanos" y "enfermos", y hay cabida para el cambio en la posición relativa de la persona en el continuo con el transcurso del tiempo. Los comportamientos sanos y enfermos pueden coexistir.

#### Salud holística

La salud holística se basa en la teoría de que el todo es más que la suma de las partes. "Las cosas y los acontecimientos no pueden analizarse reduciéndolos a las



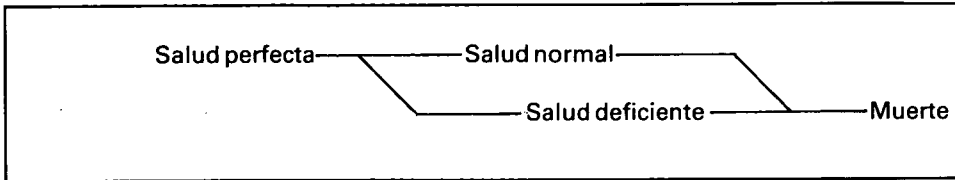
**Figura 9-3.** Rejilla de la salud, sus ejes y cuadrantes (Dunn HL: High-level wellness for man and society. *Am J. Public Health* 49:788, 1959)

partes componentes sin destruir o distorsionar la integridad del todo” (Flynn, 1980, p. 9). Esta teoría difiere mucho de los demás modelos prevalentes que consideran a la persona como un compuesto de varios subsistemas: fisiológico, psicológico, social, etc. Si un individuo expresa dolor después de fallecer un familiar, los demás modelos clasificarán el “problema” como psicológico y la enfermera diseñará intervenciones psicológicas. Con el enfoque de la salud holística, la enfermera analizará el efecto de la pérdida en toda la persona. El significado de la muerte se relacionará con experiencias anteriores del individuo y se evaluará la influencia que ejerce en las distintas variables, como estado de ánimo, apetito, energía, bienestar, y funcionamiento. La intervención tendrá por objeto restablecer la armonía, basándose en el concepto individual de dirección y significado de su vida.

Dentro del concepto de salud holística, el malestar se considera como una oportunidad positiva para el crecimiento del individuo. El malestar señala cierto grado de desequilibrio en la “integración armónica de cuerpo, mente, espíritu y ambiente” (Flynn, 1980, p. 12). Este ofrece al individuo la oportunidad de “esclarecer aún más los valores, confirmar las prioridades individuales y el sentido que quiere dársele a la vida, y profundizar en el significado y valor de ésta” (Flynn, 1980, p. 28).

El modelo de salud holística es compatible con la teoría de sistemas; se concede gran importancia al efecto de la interacción entre las diversas variables del individuo. Como éste es un sistema abierto, hay interacción constante con el ambiente. El cambio en cualquiera de las variables afecta a todo el sistema. El individuo experimenta un cambio continuo que puede ser una influencia positiva en el desarrollo.

La salud es una meta y un proceso; la capacidad de definir la posición momentánea de una persona en el continuo es menos importante que la promoción de cambios positivos hacia el bienestar y la salud. La enfermera debe ser capaz de



**Figura 9-4.** Continuo de la salud. (Reproducida con autorización de Twaddle AC: *A Sociology of Health*, 2a. ed. p. 130. Nueva York, MacMillan, 1987.

evaluar con eficiencia una amplia variedad de comportamientos y de intervenir para ayudar al individuo a soportar y capitalizar sus puntos fuertes y a mejorar o reducir sus debilidades. En la siguiente sección se analizan los factores multideterminantes que pueden afectar el bienestar y que, en consecuencia, deben considerarse durante la evaluación de enfermería sobre la condición de bienestar del usuario.

## DETERMINANTES MÚLTIPLES DEL BIENESTAR

### Factores endógenos (factores internos del individuo)

#### Factores biológicos

**Herencia genética.** La herencia genética se relaciona con la susceptibilidad a enfermedades específicas; por ejemplo, el grupo sanguíneo A se asocia con cáncer gástrico y anemia perniciosa (Harrison, 1966, p. 295); asimismo, se ha demostrado la influencia de los antecedentes familiares en la incidencia de cáncer y diabetes (Bower, 1980, pp. 20-21). Las personas que presentan anemia drepanocítica tienen mayor susceptibilidad a la infección por salmonella, y también se cree que la fiebre reumática se encuentra bajo algún tipo de control genético (Sodeman y Sodeman, 1967, p. 54). Además, se ha relacionado la resistencia a ciertas enfermedades con la herencia genética; por ejemplo, la resistencia al paludismo parece asociarse con drepanocitemia.

**Sexo.** El sexo influye en la distribución de enfermedades; por ejemplo, algunas de las más frecuentes en los varones son tuberculosis, enfermedades parasitarias, enfermedades cardíacas arterioscleróticas, hemorroides, enfermedades respiratorias, úlceras gástricas, y hernias abdominales. Los trastornos más comunes entre las mujeres incluyen neoplasmas, asma, enfermedad de la tiroides, diabetes sacarina, obesidad, y enfermedades de la vesícula biliar (Mechanic, 1978, p. 210). Por otra parte, algunos comportamientos influenciados por factores biológicos y socio-culturales se relacionan con el sexo; por ejemplo, se ha encontrado que los varones son más agresivos que las mujeres desde la infancia, un fenómeno que se considera ocasionado, al menos parcialmente, por las diferencias hormonales.

**Edad.** La edad también se relaciona con la distribución de las enfermedades; por ejemplo, para los varones blancos de 30 a 34 años, el mayor riesgo de mortalidad

es la enfermedad cardiaca arteriosclerótica (Bower, 1980, p. 18). La edad también se asocia con las necesidades o tareas de desarrollo que tienen un impacto importante en los comportamientos relacionados con la salud, como el crecimiento físico durante la pubertad, las necesidades del adolescente para forjarse una identidad y adaptarse a sus compañeros (Bruhn y Cordova, enero-febrero 1977, p. 17) cambios que afectan el modo de vida, la disposición a correr riesgos y la práctica de comportamientos saludables.

**Raza.** La raza también se asocia con la distribución de las enfermedades. Los indios americanos presentan una mayor incidencia de diabetes, y los negros tienen más probabilidades de desarrollar anemia drepanocítica o hipertensión (Bower, 1980, p. 18).

**Nutrición.** La nutrición es otra variable biológica con un efecto importante en el estado de salud. La obesidad es prevalente en la sociedad estadounidense. Las razones para ingerir alimentos sobre y por encima de las necesidades nutricionales se relacionan con variables psicológicas, socioeconómicas y culturales; no obstante, el sobrepeso está claramente relacionado con la incidencia de enfermedades cardiacas (Haggerty, 1977, p. 277) y aumenta el riesgo de desarrollar arteriosclerosis, diabetes, hipertensión, y hernias, entre otras enfermedades.

La malnutrición recibe menos publicidad, pero constituye otro importante problema de salud en muchas partes del mundo (incluyendo algunos sectores de la sociedad estadounidense). La pobreza es la causa más frecuentemente citada para ingerir menos nutrientes de los necesarios, pero las creencias culturales y las dietas radicales también están asociadas con una dieta desequilibrada. Los trastornos nutricionales causados por factores fisiológicos suelen dar por resultado incapacidad de utilizar los nutrientes ingeridos debido a malabsorción o diarrea. Un tercer factor puede ser el aumento de las demandas metabólicas ocasionado por cambios en el desarrollo (por ejemplo, embarazo, infancia, o adolescencia). Las necesidades nutricionales deben relacionarse con las necesidades metabólicas, las limitaciones o restricciones culturales, y la coexistencia de enfermedad.

#### Estructuras cognoscitivas

Existe una controversia constante acerca de la determinación de la inteligencia. Parece claro que la herencia genética afecta el potencial, pero todavía no está claro si las influencias ambientales pueden alterar el potencial o sólo afectar la realización completa de éste. En cualquier caso, se ha descubierto que la inteligencia se relaciona en forma positiva con ocupación, condición socioeconómica, aptitudes, y variables de rendimiento. (Auger, 1976, p. 119). Resulta obvio que los métodos empleados para la educación de la salud son influenciados por la capacidad de la persona de comprender. La enfermera debe modificar su nivel de instrucción para adaptarlo a la capacidad del usuario de comprender y aceptar información.

La estructura cognoscitiva también afecta el estilo de aprendizaje y las situaciones en las que se toman decisiones sobre la salud; por ejemplo, algunas personas necesitan contar con toda la información pertinente acerca de una situación y

después analizar las diferentes alternativas en forma lógica para tomar una decisión; otras personas suelen actuar de manera más espontánea basándose en intuición, impulso o deseo. En consecuencia, los métodos de enseñanza también deben modificarse para satisfacer las necesidades de cada usuario.

### Patrones de conducta

Un factor importante que influye en el grado de comodidad ante un cambio es la *personalidad y temperamento* de los individuos; éstos difieren en cuanto a la cantidad de alteraciones que pueden aceptar sin dejar de sentirse cómodos, de hecho, la persona varía su grado de comodidad con los cambios que se producen día a día e incluso minuto a minuto. La satisfacción emocional y la capacidad de adaptación son en parte el resultado de experiencias anteriores. La tolerancia a los productores de tensión, la inclinación a correr riesgos, y el valor que se concede a la satisfacción inmediata, son conductas que ejercen un efecto importante en el comportamiento de la salud. No está claro si el comportamiento del individuo posee la congruencia suficiente para ser capaz de predecir, por experiencia previa, cómo se comportará en una situación determinada. Por lo tanto, cada situación específica debe evaluarse en relación con el historial anterior, pero también debe tenerse en cuenta la posibilidad de que se produzcan respuestas nuevas.

Otro conjunto de factores que afecta el comportamiento es el *modo de vida* de una persona. “El modo de vida, incluyendo hábitos alimenticios, ejercicio, bebida, forma de hacer frente a la tensión, y uso de tabaco y drogas, junto con los peligros ambientales, constituyen actualmente las principales causas modificables conocidas de enfermedades en Estados Unidos. La atención médica, en la que tanto gastamos, tiene en comparación un efecto muy reducido” (Haggerty, 1977, p. 276).

Se ha demostrado que la duración de la vida puede incrementarse modificando sencillos hábitos del modo de vida. Siete hábitos se relacionan con mejor salud y mayor longevidad: sueño adecuado (7-8 horas), comidas regulares (no comer entre comidas), actividad recreativa (largas caminatas, trabajo de jardinería, natación), beber en forma moderada o no beber, nunca haber fumado, tener un peso cercano al promedio, y desayunar en forma habitual (Belloc y Breslow, 1972).

Las expectativas culturales influyen en la forma de vida; ciertos valores se han asociado con la “cultura estadounidense” (Parsons, 1958, pp. 178-179), algunos ejemplos son la necesidad de dominar el medio ambiente, en nombre de los ideales y metas, mediante el trabajo arduo. La enfermedad constituye un desafío al que se debe hacer frente. El progreso significa moverse en dirección “correcta”. La salud es algo muy valioso porque constituye la base de la capacidad del éxito. A causa de estas actitudes, se espera que la persona enferma trate de recuperarse. “La dependencia es la peor amenaza para la capacidad de realización”. (Parsons, 1958, p. 185).

Muchas enfermedades específicas se asocian con los hábitos de vida; fumar cigarrillos se relaciona con cáncer de pulmón, enfisema, y enfermedades cardiovasculares; la presencia de azúcar refinada en la boca se asocia con frecuencia de caries dental (Haggerty, 1977, p. 277).

### Nivel de vida

El nivel de vida y los principales papeles familiares y ocupacionales son importantes factores determinantes del consumo de alimentos, tipo de vivienda, y hábitos de recreación (Lerner, 1977, pp. 77-79). Un gran número de estudios relacionan la *clase social* con morbilidad y mortalidad. Por otra parte, *ingreso, ocupación y educación*, que son elementos principales de la clase social, suelen correlacionarse en forma positiva con la condición de salud y en forma negativa con morbilidad y mortalidad. (Haggerty, 1977).

La clase socioeconómica también se asocia con ciertos valores que afectan la salud; por ejemplo, los valores de la clase media se derivan de la “ética protestante” original. Algunas de las características de los valores de la clase media son la postergación de la gratificación inmediata en beneficio de las metas a largo plazo, conceder un gran valor a la racionalidad (por ejemplo, previsión, planificación deliberada, y distribución de los recursos en forma eficaz), asignación de una gran prima a la responsabilidad individual, habilidad y confianza en uno mismo, y pulcritud, las cuales se consideran como un índice de las virtudes y moralidad del individuo. Por el contrario, los valores de la clase baja se han descrito como gratificación inmediata, orientación hacia el presente, reciprocidad, sobre todo dentro de la familia, y una pulcritud más casual (Simmons, 1958, p. 111).

La *posición financiera*, en especial la pobreza, afecta toda la vida de la persona. Con la pobreza se relacionan características de alto riesgo como falta de educación, ancianidad, incapacidad física, o discriminación racial. Además, el pobre tiende a tener una orientación hacia el “presente” que puede interferir en la planificación de necesidades futuras, y suele dar mayor importancia a mantener la capacidad fundamental de ganar dinero que a prevenir la enfermedad, lo cual puede no considerarse como algo crucial.

Otras características que afectan la salud incluyen los hábitos de *higiene* y los patrones de comportamiento que se adquieren en las primeras etapas de la vida, los hábitos y *preferencias alimenticias*, y la *propensión a buscar la salud* y seguir regímenes saludables. Se afirma que “son cinco las dimensiones que constituyen el marco de un modo de vida saludable: responsabilidad propia, conciencia nutricional, condición física, manejo de las tensiones y sensibilidad ambiental” (Ardell, 1979, p. 19). Más adelante, en este capítulo, se analiza el efecto que tiene la educación de la salud sobre el modo de vida.

## **Factores exógenos (Factores externos al individuo)**

### Grupos sociales

Las personas cuentan con diversos sistemas sociales de apoyo que son de vital importancia en la conformación de las creencias y del comportamiento. Las expectativas de amigos y otras personas importantes para el individuo ejercen presión sobre éste. Escuela, iglesia, compañeros, y medios de comunicación tienen la responsabilidad de enseñar los valores de la salud. Estas redes sociales se convierten en sistemas no profesionales de referencia que el individuo consulta para poder interpretar los sistemas y decidir si necesita ayuda profesional.



Uno de los principales sistemas de apoyo es la familia. "La familia constituye un factor de primordial importancia en el aprendizaje de los comportamientos sanos" (Bruhn y Cordova, noviembre-diciembre de 1977, p. 249). La familia es el lazo que une a la persona con el mundo; como ésta comparte una perspectiva común derivada de las influencias étnicas, religiosas, regionales, y de clase social, ayuda al individuo a comprender y definir los objetos y acontecimientos que le afectan. Si una persona aprende hábitos saludables, la influencia primaria serán los padres, incluso en la adolescencia, cuando la aprobación de los compañeros se convierte en algo muy importante, el ejemplo y la influencia de los padres continua controlando los valores y las actitudes (Bruhn y Cordova, 1978, p. 17).

## Cultura

Todas las personas son influenciadas por la cultura, una "forma de vida perteneciente a un grupo determinado de gente; cada grupo cultural posee un patrón especial para vivir e interactuar unos con otros" (Leininger, 1967, p. 41), que da por resultado normas distintivas y recurrentes de comportamiento que se estandarizan en todo el grupo. "Estas normas culturales son las reglas estables de comportamiento que prescriben la conducta que debe seguirse y, consciente o inconscientemente regulan nuestra existencia y nos ayudan a resolver muchos problemas de la vida" (Leininger, 1967, p. 42). La forma en que las personas perciben, experimentan, y se enfrentan a la salud y a la enfermedad depende de sus creencias culturales.

Cada cultura constituye un todo sistemático e integrado que posee prácticas, valores y creencias, estrechamente relacionados y comprendidos (Leininger, 1967, p. 41); por ejemplo, los indios navajos, quienes creen que el hombre es una parte integral de la naturaleza, incluyen en su lenguaje muy pocas referencias al tiempo medido con reloj, pero hacen hincapié en los tipos de actividad, duración o aspectos del movimiento (Givens, 1977). Creencias, valores, y sus patrones asociados de vida, influyen en el estado de salud de un grupo cultural. Por otra parte, "los individuos provenientes de distintas culturas perciben y clasifican sus problemas de salud en formas específicas y tienen ciertas expectativas sobre la manera en que deben ser ayudados" (Leininger, 1967, p. 44). La comprensión de la cultura de un individuo es tan importante para la atención eficaz de la salud como el conocimiento de los aspectos fisiológicos y psicológicos. La enfermera también debe estar consciente de los posibles efectos de la hospitalización en el individuo, ya que el cambio súbito a la cultura del hospital puede crear una especie de "choque cultural" que afectará la condición de salud y la respuesta a la intervención de enfermería.

Reacciones semejantes a los síntomas por parte de miembros de diferentes grupos etnoculturales no reflejan necesariamente actitudes similares. Zborowski (1958, pp. 261-263) estudió las respuestas al dolor de italianos y judíos hospitalizados, y descubrió que ambos grupos eran muy sensibles, emocionales en sus respuestas, y tendían a exagerar el dolor; sin embargo, los dos grupos reaccionaban de manera muy diferente al significado del síntoma. Los italianos se preocupaban ante la proximidad del dolor y la sensación real de sufrimiento; manifestaban incomodidad con el dolor y se sentían contentos cuando éste se aliviaba; expresaban simpatía hacia el médico y despertaban la compasión de sus amigos. Por otra parte, los

judíos asociaban el dolor con el significado que tenía para su salud y bienestar, y manifestaban preocupación y ansiedad; se mostraban renuentes a aceptar medicamentos porque sólo les brindaban un alivio temporal e incluso, cuando desaparecía el dolor, continuaban deprimidos y preocupados sobre su recurrencia; se mostraban escépticos en cuanto a la eficiencia del médico, causando preocupación y ansiedad en sus familiares y amigos respecto a su estado general de salud. Este estudio demuestra la necesidad de comprender el significado que tienen los síntomas para el paciente; ya que puede darse una mala interpretación cuando la enfermera interviene sobre la base de suposiciones estereotipadas.

La percepción de estar enfermo o sano es sobre todo un fenómeno cultural que puede variar de manera significativa desde el punto de vista del trabajador "científico" de la salud, quien suele definir salud y enfermedad en una forma especial y dentro de un esquema social y cultural limitado" (Leininger, 1967, p. 45). Esta influencia sobre el profesional de la salud se conoce como "la cultura de quienes brindan servicios de atención de la salud". Todos los profesionales de sanidad son miembros de una subcultura específica que presupone ciertas creencias y patrones de comportamiento inconscientes. Además, las personas que brindan servicios de atención de la salud se socializan en una cultura profesional caracterizada por creencias, prácticas, hábitos, gustos, disgustos, normas, y rituales específicos (Spector, 1979, p. 78); algunos ejemplos incluyen terminología médica especializada, valoración de la tecnología y, por lo general, la suposición de que el profesional sabe lo que es mejor para el paciente.

Los usuarios representan una amplia variedad de creencias culturales, diferentes unas de otras y también de la cultura de quienes brindan los servicios de atención de la salud.

La perspicacia de las personas para creer en las causas del malestar ayudará a la enfermera a comprender los comportamientos de los usuarios, como el punto de un episodio de enfermedad en el que un paciente buscará atención occidental de la salud y qué tratamientos cumplirá o no cumplirá, así como los factores que determinan si éste regresará o no para la atención de seguimiento, en caso de que sea necesaria. (Hautman, 1979, p. 23).

La enfermera también debe estar enterada de la creencia inconsciente en la superioridad de su propio grupo cultural o de sus creencias y prácticas, fenómeno conocido como etnocentrismo. Con el fin de evitar imponer sus propios valores al usuario, o de juzgarlo según sus valores, la enfermera debe tratar, en forma consciente, de comprender las necesidades de salud y el "por qué" del comportamiento de una persona desde su punto de vista, sin importar su afiliación cultural específica.

Kleinman y col., (1978, p. 256) sugirieron varias preguntas que pueden ayudar a evaluar el "modelo del paciente" en cuanto a su actitud cultural hacia la enfermedad:

1. ¿Cuál piensa Ud. que sea la causa de su problema?
2. ¿Por qué considera que comenzó cuando lo hizo?

3. ¿Qué cree que le ocasiona la enfermedad? ¿Cómo funciona?
4. ¿Es grave su enfermedad? ¿Piensa que será corta o larga?
5. ¿Qué tratamiento piensa que debería recibir?

La salud y la enfermedad significan cosas diametralmente diferentes para personas de distintas culturas. Un paciente puede estar enfermo a pesar de no tener una patología orgánica demostrable (por ejemplo, enfermedad mental de histeria), mientras otro puede padecer un trastorno sin sentir malestar (diabetes controlada) (Hautman, 1979, p. 23). La enfermera debe tratar de comprender las necesidades de salud desde el punto de vista de los miembros de diferentes culturas, así como evitar suponer que una persona tiene ciertas creencias *sólo* porque pertenece a un grupo cultural determinado, ya que cada persona manifiesta diferencias individuales. No obstante, debe comprenderse el por qué de la conducta humana desde un punto de vista cultural para poder manejar el comportamiento condicionado por la cultura (Leininger, 1967, p. 46).

#### Ambiente físico y ecológico

La comunidad proporciona diversos servicios que son necesarios para la vida de grupo; algunos incluyen servicios de saneamiento, disposición de excretas, transporte, y atención de la salud. Todos estos factores pueden afectar la salud.

Toffler (1970) describe los cambios acelerados que se producen en nuestro ecosistema. La investigación actual trata de establecer los efectos que pueden tener en la salud los aditivos químicos no nutritivos, contaminación radioactiva y química del aire, consumo de energía, decadencia urbana, crecimiento y aglomeración de las poblaciones y cambios inducidos médicamente, como las reacciones a los medicamentos y la mutación del organismo.

La comprensión de los determinantes múltiples de la condición de bienestar es de gran importancia para las enfermeras. Estos factores deben evaluarse para identificar la necesidad de las intervenciones de enfermería; por otra parte, la enfermera necesita comprender la conducta del usuario, que puede relacionarse con malestar, trastorno, o bienestar. En la siguiente sección se analizan estas conductas.

## **CONDUCTAS EN SITUACIONES DE MALESTAR, ENFERMEDAD Y BIENESTAR**

---

### **Conducta en situaciones de malestar**

La conducta en situaciones de malestar es "cualquier actividad, realizada por una persona que se siente mal, para definir su estado de salud y descubrir un remedio adecuado" (Igun, 1979, p. 445). La conducta depende de la forma en que el individuo percibe el malestar, y está selectivamente afectada por múltiples determinantes, como edad, sexo, ocupación, posición socioeconómica, religión, grupo étnico, estabilidad psicológica, personalidad, educación, interpretación de los síntomas, formas de enfrentar la ansiedad, actitud hacia uno mismo, experiencias

previas de salud y malestar, disponibilidad de recursos, y grado, tipo, y duración de situaciones concurrentes de tensión, factores que suelen relacionarse con el malestar (Wu, 1973; Kasl y Cobb, 1966, y Falek y Britten, 1974).

El significado que la experiencia del malestar tiene para la persona también puede ser un factor; por ejemplo, si éste se considera un castigo por pecados pasados, el individuo puede sentirse deprimido por temor al ostracismo, o aliviado por haber sido castigado. La incapacidad puede verse como un escape a una situación tensa, una solución a los conflictos, o un obstáculo para lograr las metas (Martin y Prange, 1962, p. 168).

Si bien la conducta en situación de malestar es una reacción determinada individualmente, se ha descubierto que algunos comportamientos se asocian con distintos grados de malestar. Igun (1979, pp. 445-456) describe once etapas de malestar compuestas de secuencias de acontecimientos que varían en duración, algunas pueden producirse en forma simultánea o combinarse estrechamente.

#### Etapas de malestar

**Experimentación de síntomas.** La etapa de experimentación de síntomas puede constar de cuatro pasos: experiencia física real, conciencia de que algo puede estar mal, nombre y significado que la persona da a los síntomas y la respuesta asociada de miedo o ansiedad. Mientras los síntomas no sean específicos, el individuo puede negarlos inconscientemente para evitar la ansiedad, pero cuando éstos son definidos, es necesario el reconocimiento emocional y, en este punto, la ansiedad suele tornarse evidente (Martin y Prange, 1962, p. 169).

Algunos factores que podrían afectar el juicio sobre la gravedad de los síntomas incluyen el punto en el cual los síntomas interfieren con las actividades normales, la "obviedad" de los síntomas, el umbral de tolerancia, y significado del malestar para la persona, familiaridad, gravedad, y velocidad de cambio de los síntomas, suposiciones sobre las causas y pronóstico, y otras crisis concurrentes en la vida del individuo (Twaddle, 1977, pp. 125-127).

**Autotratamiento.** Si la persona comprende y puede dar un nombre a los síntomas, y considera que éstos no son graves, puede decidir tratarse por sí misma; algunos métodos posibles incluyen quedarse en casa, beber líquidos, descansar en cama, y automedicarse con productos que no requieren receta médica.

**Comunicación con otras personas importantes para el individuo.** Si el paciente se siente bastante preocupado, puede comunicar su inquietud a sus familiares más cercanos, amigos, o algún miembro del equipo de salud. Hay más posibilidades de que la persona consulte a un profesional cuando la cultura de ésta es similar a la del profesional. Los individuos de clases sociales más bajas suelen consultar menos a los profesionales de la salud, incluso cuando existen síntomas específicos (Twaddle, 1977, p. 129).

**Valoración de los síntomas.** La etapa de valoración de los síntomas determina el diagnóstico y el hecho de si la persona debe asumir en forma legítima el papel

de enfermo. El paciente, u otras personas importantes para él, pueden hacer el diagnóstico, aunque mucha gente asocia la legitimidad con el diagnóstico efectuado por un profesional de la salud. Síntomas observables, como fiebre o vómito ayudan a reforzar la legitimidad.

**Aceptación del papel de enfermo.** El individuo acepta su enfermedad, se define como enfermo, y asume el papel de paciente; en este punto suele experimentar regresiones en su comportamiento, puede volverse más típico y predecible, y depender de otras personas para tomar decisiones, trata de delegar su preocupación, pero sigue mostrándose ansioso. En la siguiente sección se analiza con más detalle la conducta del enfermo.

**Manifestación de preocupación.** Familia, amigos, y demás personas importantes para el individuo ofrecen simpatía, ánimo moral, y quizá lo recomienden a otras personas que consideren pueden brindarle ayuda. Esta etapa se produce casi simultáneamente con la siguiente.

**Valoración de la probable eficacia o de las adecuadas fuentes de tratamiento.** Pueden evaluarse diversos tratamientos posibles. Las experiencias anteriores, positivas o negativas, pueden afectar la percepción del tratamiento más conveniente.

**Selección del plan de tratamiento.** El paciente, tal vez con asesoría, evalúa costos y beneficios de los planes que él considera apropiados. Por desgracia, muchos individuos no están bien informados sobre las posibles elecciones de tratamiento ni de los efectos de la terapéutica elegida, y suelen confiar en lo que la persona que presta servicios de atención de la salud estima “mejor”.

**Tratamiento:** Se pone en práctica el tratamiento seleccionado.

**Evaluación de los efectos del tratamiento.** Cuando el paciente pasa a la evaluación de los efectos de la etapa de tratamiento, pueden producirse varios resultados. Si el tratamiento fue eficaz, el paciente se recuperará y se sentirá bien; incluso si el tratamiento inicial no es efectivo, es posible alcanzar la recuperación mediante nuevos tipos de intervención. En algunos casos, la recuperación dejará una incapacidad parcial y, en otros, el paciente no se recuperará.

En este punto, el paciente puede regresar a cualquiera de las etapas anteriores. Por lo general, existe un lapso entre los acontecimientos físicos y su significación psicológica. En esta etapa puede ser necesario intervenir para ayudar a manejar la falta de congruencia entre las percepciones del paciente y las de la persona que le brinda cuidados de salud; por ejemplo, el paciente puede insistir en seguir desempeñando el papel de enfermo, aunque el profesional opine que está completamente restablecido. En este caso, sería útil analizar por qué el paciente necesita seguir desempeñando el papel de enfermo. Por otra parte, es posible que el profesional de la salud haga hincapié en que el paciente está enfermo, pero éste no lo acepte; quizá necesite ayuda para reducir su actividad y seguir el tratamiento aunque insista en que está bien; asimismo, el profesional debe aceptar el derecho del individuo a rechazar el tratamiento.

**Recuperación y rehabilitación.** Las funciones normales del individuo sano pueden volver a asumirse en forma gradual o repentina.

En el caso de una incapacidad crónica (diabetes, parálisis causada por polio), no suele considerarse a la persona como enferma, sino incapacitada y, por lo tanto, se desvía de las normas establecidas por la sociedad como normales, pero el nuevo nivel de capacidad debe considerarse la nueva "normal" del individuo; por lo general se espera que realice actividades normales en la medida de lo posible dentro de las limitaciones impuestas por la enfermedad o incapacidad (Twaddle, 1977, p. 131).

Quienes padecen incapacidad crónica tienen que manejar una percepción y capacidad modificadas de bienestar en su vida diaria. La forma en que una persona maneja la percepción de un productor de tensión se denomina proceso de enfrentamiento, el cual se analiza en la siguiente sección.

#### Sucesos de la vida que producen tensión (enfrentamiento)

Muchas personas consideran la tensión como algo "malo", juicio reforzado por la extensa literatura que documenta la relación entre los sucesos de la vida que causan tensión y la enfermedad o el malestar. Se ha investigado a fondo la evaluación de los sucesos de la vida como productores de tensión, especialmente desde que Holmes y Rahe elaboraron la Escala de Calificación de Reajuste Social, en 1967. Desde entonces se ha modificado en diversas ocasiones, creándose varias escalas específicas empleando como modelo la de Holmes-Rahe.

La cantidad de ajuste requerida por algunos sucesos de la vida que causan tensión especial (por ejemplo, divorcio, separación marital o muerte de un cónyuge, enfermedad o lesión personal) es muy semejante en una amplia gama de grupos culturalmente diferentes; por ejemplo, si al matrimonio se le da un valor medio arbitrario en una escala de 0 a 100 (es decir, 50), el fallecimiento de un cónyuge requerirá el doble de ajuste (100 en la escala), en tanto que un cambio en las condiciones de vida o el hecho de comenzar o terminar la escuela sólo exigirá la mitad del ajuste (25 en la escala) dentro del modelo de vida diario. Se ha supuesto que los "acontecimientos que cambian la vida... reducen la resistencia corporal e incrementan las posibilidades de que se produzca una enfermedad" (Holmes y Masuda, 1974); no obstante, se ha descubierto que la relación entre la enfermedad y los hechos de la vida que causan tensión incluye diversas variables.

La forma en que un individuo reacciona (se enfrenta) a los acontecimientos ambientales, es muy variable. Los parámetros que deben tenerse en cuenta incluyen "independencia de los hechos de la vida respecto a la enfermedad, conveniencia de los acontecimientos, capacidad de predecirlos y controlarlos, evaluación de los padecimientos en comparación con la conducta en situaciones de enfermedad, antecedentes de enfermedades, posibles efectos críticos debidos a la tensión causada por la vida, e impacto de los sucesos de la vida en el individuo" (Bieliauskas, 1982, p. 63).

Ursin y col., (1978) consideran el enfrentamiento como el dominio de algo amenazador; Lazarus y col., (1980) ampliaron la definición del proceso de enfrentamiento para incluir la eficacia psicológica del individuo, que puede aumentar o

disminuir el riesgo de enfermedad causada por mala adaptación. En su opinión, el mediador fundamental de la respuesta a la tensión es psicológico y la evaluación cognoscitiva de la amenaza es muy importante para iniciar una respuesta. El éxito o fracaso del proceso de enfrentamiento determina si la respuesta a la tensión se relaja o se mantiene.

Falek y Britton (1974, pp. 2-4) describen una secuencia de conductas que pueden manifestarse en el proceso de enfrentamiento con un productor excesivo de tensión; en primer lugar, el individuo puede parecer aturdido o estupefacto, como si no comprendiera lo que se le dijo. Inconscientemente, estas conductas se relacionan con el choque y la *negación*. Esta etapa suele ser de corta duración, pero en ella el paciente no tiene motivación para cambiar; es demasiado pronto para suministrar información o esperar que se tomen decisiones.

Conforme empieza a cobrar conciencia, el paciente puede parecer cansado y nervioso; quizá trate de resolver la *ansiedad* manejando la situación desde un punto de vista intelectual; tal vez busque información con el fin de comprender o identificar las formas de “deshacer” el diagnóstico. El efecto total suele asociarse con un sentimiento de *ira*. El paciente no acepta del todo el diagnóstico y puede tratar de culpar a otros de su situación.

La aceptación del diagnóstico se relaciona frecuentemente con *depresión*; en este punto, el paciente puede empezar a manejar la realidad; no obstante, estas etapas suelen reciclarse presentando comportamientos fluctuantes. Cada persona presentará un patrón de conductas diferente dentro de estos amplios parámetros. La familia y los profesionales de la salud deben tratar de responder a los sentimientos subyacentes al comportamiento del paciente. Como norma general, resulta útil subrayar los aspectos positivos y no los negativos del individuo, todo lo que ha alcanzado en la vida, y hacer hincapié en la esperanza dentro de la realidad de su situación.

### **Conducta del papel de enfermo**

La conducta del papel de enfermo “es la actividad realizada por quienes se consideran enfermos, con el fin de recuperarse” (Igun, 1979, p. 445). Parsons fue el primero en describir, en 1951, el papel de enfermo desde un punto de vista sociológico; considera el comportamiento durante la enfermedad como una clase especial de desviación que, a diferencia del comportamiento criminal, está legitimizado por la sociedad. Parsons describe cuatro expectativas de conducta en el paciente que asume el papel de enfermo:

1. Exención de responsabilidad moral por el hecho de estar enfermo.
2. Liberación de las tareas y responsabilidades normales.
3. Necesidad de buscar y colaborar con personas técnicamente competentes que le brinden ayuda.
4. Obligación de desear recuperarse. (Parsons, 1958, pp. 176-177).

Al enfermo se le permite volverse dependiente y abandonar por un tiempo algunas o todas sus responsabilidades normales sin vergüenza o culpa, pero se le exige tratar de recuperarse para poder abandonar el papel de enfermo.

Esta formulación teórica ha recibido muchas críticas porque el modelo no incluye un programa ni un mecanismo para pasar de una etapa de enfermedad a otra; asimismo, sólo presenta un enfoque, aunque la personas reaccionan a la enfermedad de muchas maneras diferentes. Es preciso conocer el desempeño de papeles, expectativas y percepciones del individuo cuando está sano, así como variables culturales. El papel de enfermo no se aplica en todas las condiciones (por ejemplo, embarazo y estados triviales e incurables), éste se limita a las enfermedades crónicas y no se considera válido en caso de autotratamiento ni en consultas no profesionales, a menos que el paciente piense que son expertos; además, quizá no sea aplicable en culturas no occidentales (Twaddle, 1977, p. 118).

A pesar de sus limitaciones, la teoría del papel de enfermo puede resultar útil para comprender ciertos comportamientos de enfermedad. Las personas a quienes los profesionales de la salud califican de enfermos, y aceptan este papel, se les permite abandonar sus responsabilidades normales y depender de otros. En nuestra sociedad, los individuos gravemente enfermos suelen hospitalizarse, al menos por poco tiempo. Con frecuencia, la enfermera asume la responsabilidad de las actividades diarias hasta que el paciente puede abandonar el papel de enfermo.

Las personas presentan grandes diferencias de conducta cuando están enfermas; algunas aceptan con facilidad el papel de paciente, cooperan con el tratamiento, y abandonan su papel sin problemas en el momento oportuno; otras tienen muchas dificultades para aceptar la dependencia, luchan contra la pérdida de autonomía y proyectan su ira y ansiedad en la enfermera. Ciertos individuos tienen dificultades para abandonar el papel de enfermos y se niegan a volver a asumir sus responsabilidades, aunque la persona responsable de los servicios de salud considere que está "bastante bien" para reanudar las actividades normales de la vida diaria. Algunas personas que prestan servicios de atención de salud tienen grandes dificultades para aceptar un comportamiento semejante y clasifican al paciente como "simulador" y "difícil".

La enfermera debe evaluar a cada paciente en forma individual para determinar sus percepciones y motivaciones durante la enfermedad. Al desarrollar una relación con el enfermo y permitir que exprese la ansiedad (sin importar la forma en que se manifieste), la enfermera puede brindar apoyo al paciente mientras reúne información que servirá de base a una intervención terapéutica individualizada.

### **Conducta de bienestar**

Igun (1979, pp. 445-456) define la conducta de bienestar (salud) como "cualquier actividad realizada por una persona que se cree saludable con el fin de prevenir la enfermedad o detectarla en una etapa asintomática". Además de esta orientación de la enfermedad, la conducta de bienestar puede realizarse para promover la tranquilidad (por ejemplo, un individuo que hace ejercicio regularmente para incrementar la elasticidad).

El sistema de servicios de salud de Estados Unidos está orientado a la enfermedad. Cerca del 90% del gasto nacional destinado a la atención médica se dedica a la curación y control de enfermedades, mientras que sólo el 3% está destinado a la prevención, y el 1% en educación de la salud (Dayani, 1979, p. 34). Incluso los



esfuerzos de prevención y educación están orientados a la enfermedad; por ejemplo, a los niños se les enseña a cepillarse los dientes para evitar caries (no porque la boca se sienta, se vea, sepa, o huelga mejor) y a abrigarse para no “pescar un resfriado” (no para sentirse mejor).

Teorías sobre la conducta preventiva de bienestar

**Teoría de la motivación.** Hay diferentes teorías que predicen la probabilidad de que un individuo presente conductas relacionadas con el bienestar, una de ellas es la teoría de la motivación. Rosenstock (1966) incluyó en su modelo de Creencias sobre la Salud (1) susceptibilidad percibida (percepción del paciente sobre la posibilidad de padecer una enfermedad determinada), (2) gravedad experimentada (la percepción del enfermo acerca de la importancia de la enfermedad y del posible efecto en su vida), (3) beneficios de la acción (evaluación del paciente sobre el potencial de la intervención de salud para reducir la susceptibilidad o la gravedad), y (4) costo de la acción (estimación del paciente de los costos financieros, tiempo y esfuerzo, inconveniencia, y posibles efectos secundarios, como dolor o incomodidad) Rosenstock también incluyó en su modelo claves que desencadenan conductas encaminadas a la salud; éstas pueden ser informes externos, como noticias en periódicos o en televisión, o señales internas, como síntomas. El hecho de que el paciente cumpla con el régimen terapéutico se relaciona con el conocimiento y la comprensión del régimen, complejidad del mismo, y relaciones interpersonales con la persona que brinda servicios de atención de la salud y con otros individuos importantes para el enfermo (Loustau, 1979, p. 242).

El modelo de Creencias sobre la Salud es “racional” de la conducta de bienestar; éste da por hecho que el bienestar es un objetivo común de todas las personas, y que las diferencias individuales se explican en gran parte en términos de las distintas percepciones en la interacción con la motivación. Kasl y Cobb (1966), ampliaron el modelo básico especificando una variable relativamente positiva, la “importancia percibida de las cuestiones de salud”, además del valor y del riesgo advertidos. Becker (1975) completó este modelo aún más al incluir la motivación positiva de la salud.

Pender (1975) considera que la conducta preventiva de bienestar se manifiesta en dos etapas: tomar decisiones y acción. Los tres determinantes más importantes para tomar decisiones son factores personales, interpersonales, y de situación.

Los determinantes personales incluyen (1) importancia del bienestar (por ejemplo, qué, de lo que el individuo considera valioso, es posible gracias al bienestar), (2) vulnerabilidad (historial de la familia, formar parte de un grupo de alto riesgo), (3) valor percibido de la detección oportuna, (4) gravedad percibida (debida al grado de amenaza, visibilidad, efecto en los papeles que se desempeñan, y capacidad de comunicarse con los demás), (5) eficacia de la acción (alternativa con mayores probabilidades de éxito y riesgos más bajos de inconveniencia), (6) nivel de control interno en comparación con el externo (creencia en la capacidad de influir sobre el medio ambiente). Quienes creen que pueden influir en el curso de su propia salud (control interno) emplearán los servicios preventivos en mayor medida que aquellos que se sienten impotentes (Pender, 1975, p. 387).

Los determinantes interpersonales incluyen (1) preocupación de las personas importantes para el individuo (por ejemplo, familia), (2) patrones familiares de uso (los patrones que se adquieren en la infancia son importantes), (3) expectativas de amigos, y (4) información brindada por profesionales. Un tipo específico de determinante interpersonal es el *sistema de apoyo* del individuo, descrito por primera vez por Cobb (1976). El sistema de apoyo se define como "un conjunto de personas constituido por una persona central, toda la familia, todos los amigos, y todos los que están dispuestos a ayudar a la persona central, así como los lazos o relaciones que existen entre estas personas" (Hogue, 1977, p. 68). Los sistemas de apoyo poseen sus propios patrones, formados por lazos continuos e intermitentes y propiedades de gran intercambio de información (Hogue, 1977, p. 68). Los puntos fuertes del individuo se incrementan mediante el suministro de apoyo emocional y ayuda orientada a la realización de las tareas. Los determinantes de situación incluyen (1) aceptación cultural de los comportamientos saludables, (2) normas y presiones del grupo social, y (3) información obtenida de fuentes no personales (por ejemplo, comunicación masiva).

Cuando un individuo decide realizar conductas preventivas, comienza la etapa de acción. Una clave del exterior o una señal interna desencadenan la acción. La intensidad de la clave necesaria depende de la disposición a actuar; si la clave es demasiado fuerte, es posible que la ansiedad excesiva inhiba la acción en lugar de fomentarla.

Es más probable que quienes se preocupan por su salud, se dan cuenta del valor de reducir el riesgo de enfermedad, creen que la acción de salud reducirá la amenaza, y cuentan con un conjunto de factores demográficos, estructurales y de capacitación que fomenta un comportamiento semejante, realicen conductas relacionadas con el bienestar (Harris y Guten, 1979, p. 19).

**Teoría del aprendizaje social.** ¿Por qué los individuos se comportan de determinada manera en ciertas situaciones? ¿Qué tipos de intervención de enfermería resultarían más eficaces para modificar el comportamiento? Un método para responder a estas preguntas es la teoría del aprendizaje social, que se ocupa de "analizar por qué las personas se comportan de una manera determinada bajo ciertas condiciones y de los efectos que tienen algunos patrones de reforzamiento sobre su conducta" (Lowery, 1981, p. 294). Rotter, uno de los principales teóricos del aprendizaje social, creó el concepto de centro de control para diferenciar a quienes creen que las recompensas se basan en recursos internos, como esfuerzo, de los que piensan que las retribuciones se relacionan externamente con suerte, azar, o personas poderosas (Rotter, 1954).

Se ha sugerido que el centro de control está asociado con el dominio de la información sobre salud, motivación, resolución eficaz de problemas, sentido de responsabilidad, deseo de participar activamente en la atención de la salud, y capacidad de postergar la satisfacción (Arakelian, 1980). Este es un factor estable de la personalidad que existe a lo largo de un continuo, pero que puede modificarse por experiencias nuevas; sin embargo, se han planteado numerosas preguntas sobre la medición del concepto. Las escalas usadas para medir el centro de control poseen aspectos relacionados con la ideología del mismo (medida en que las personas suelen

tener control), incluyendo creencias en cuán modificable, justo, predecible, difícil, o capaz de dar una respuesta política es el mundo, así como confianza en el control personal (Arakelian, 1980, p. 28). Por otra parte, parece que el centro de control es mediador y no factor causal en la determinación del comportamiento y que es sólo una de las diversas variables importantes; por ejemplo, Weiner sugiere que es preciso tener en cuenta la *cantidad* de control que tiene la persona sobre la causa y si éste es *estable* (es decir, variable o duradero), además del *centro* de control en sí mismo (Weiner, 1979).

Parece que el centro de control puede ser un factor que interactúa con otros muchos para afectar el comportamiento. La comprensión de este concepto puede ayudar a señalar las estrategias convenientes de intervención para promover la conducta preventiva de salud; no obstante, no sería adecuado predecir ciertos tipos de respuestas sobre la base del centro de control del usuario, ni suponer que éste es el único o el determinante predominante de la conducta.

Además de las teorías motivacional y de aprendizaje social de la conducta preventiva de bienestar, los investigadores han dedicado sus esfuerzos a la influencia que ejercen los factores ambientales (como medio social), a las influencias de retroalimentación y reforzamiento para fomentar la vigilancia y autonomía y, por último, a la filosofía de propiciar el autocuidado, lo cual sostiene que la persona es responsable de decidir sobre su propia salud y las prácticas de atención que seguirá. El individuo debe evaluar los posibles factores de riesgo en relación con su modo de vida y tomar sus propias decisiones (Ruffing, 1979).

Casi todas las personas llevan a cabo "algún comportamiento regular y rutinario para proteger su salud", definido como "cualquier conducta realizada por un individuo, sin importar su estado real o percibido de salud, con el fin de proteger, promover o conservar ésta, y sin considerar si dicha conducta es eficaz desde un punto de vista objetivo para alcanzar esa meta" (Harris y Guten, 1979, p. 18). En un estudio efectuado sobre las conductas que protegen la salud, casi tres cuartas partes (71,3%) consideraron que los hábitos alimenticios y nutricionales constituían un comportamiento de protección de la salud, pero menos de una décima parte pensaron lo mismo del peso (9,7%), fumar (8,8%), medicación (7,8%) o consumo de alcohol (6,8%). Resulta interesante que sólo el 18,8% de la muestra pensara en el contacto con el sistema de servicios de salud en términos del comportamiento para la protección de ésta (Harris y Guten, 1979, p. 28).

#### Prevención de enfermedades

La prevención se ha clasificado como primaria, secundaria (AMA, 1951) o terciaria. La prevención secundaria es el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la enfermedad, en tanto que la "prevención terciaria se refiere a las condiciones que no pueden curarse ni revertirse, pero pueden aliviarse o mejorarse por medio de medidas de rehabilitación" (Fielding y col., 1978, p. 569).

La prevención primaria puede tener lugar en el período previo a la aparición de la patología y puede llevarse a cabo "a través de medidas diseñadas para promover una salud general óptima o de la protección específica del hombre contra las causas de enfermedades o la creación de barreras contra los agentes en el medio

ambiente” (Leavell y Clark, 1965, p. 20). Una de las técnicas empleadas para identificar la posible susceptibilidad a la enfermedad es la valoración del riesgo de salud, diseñada por primera vez por Robbins y Hall en 1970. Los instrumentos de valoración del riesgo de salud calculan las probabilidades de que una persona, con un conjunto determinado de características, enferme o muera a causa de algunas enfermedades seleccionadas en un lapso de tiempo determinado; se espera que los individuos aprendan a conocer sus probabilidades, para mejorarlas.

Existen tres pasos diferentes; primero, se efectúa un cálculo del riesgo presente y futuro mediante un análisis por computadora de la probabilidad de supervivencia a 10 años teniendo en cuenta factores como antecedentes personales y familiares de ciertas enfermedades; modo de vida, como fumar, beber, hacer ejercicio, prácticas de manejo, tensión en el trabajo; mediciones físicas, como presión sanguínea, peso y análisis de sangre; y ausencia o presencia en un grupo de alto riesgo de acuerdo con los resultados de estudios recientes (por ejemplo, cáncer de mama o cervical). A continuación, la persona y el evaluador consideran las posibles medidas preventivas para reducir los riesgos identificados y elaboran un plan de atención de la salud. El objetivo es tratar de evitar un “fallecimiento prematuro”.

Las valoraciones de los riesgos de salud proporcionan las *probabilidades* que tiene un individuo de desarrollar una enfermedad específica o de morir dentro de un período definido de tiempo; no se trata de un diagnóstico, y se determina únicamente sobre la base de probabilidades estadísticas. Se han planteado críticas a este método basándose en la variabilidad de los instrumentos empleados en la valoración, la falta de un seguimiento adecuado después de valorar al usuario, y los abusos cometidos por evaluadores mal preparados. Por otra parte, la valoración del riesgo de salud puede beneficiar al usuario reforzando conductas en situaciones de riesgo en que no se presentan síntomas (por ejemplo, empleo del cinturón de seguridad, presión arterial alta) y proporcionar un documento que puede utilizarse para seguir los progresos realizados hacia la consecución de una meta. También puede ser útil para la comunidad como estadística adicional para valorar el riesgo de diversas enfermedades que pueden prevenirse.

La enfermera debe estar consciente de los factores que fomentan o inhiben las conductas preventivas sobre la salud. El usuario debe estar informado para fomentar su percepción realista de vulnerabilidad a problemas específicos, así como de las consecuencias de las enfermedades que está propenso a contraer. La información sobre las diferentes medidas que puede tomar para reducir su vulnerabilidad pueden ayudarlo a disminuir la ansiedad a niveles manejables y a fomentar su cooperación; la enfermera también puede facilitar el empleo de los servicios preventivos proponiendo recursos apropiados y manifestando aprobación a los intentos del usuario por cambiar su conducta.

### Promoción del bienestar

Con frecuencia se combina la promoción de la salud con su conservación y la prevención de enfermedades; no obstante, Brubaker define la promoción de la salud como “cuidados dirigidos a alcanzar un alto nivel de bienestar a través de procesos que propician la modificación de los hábitos personales o del medio

ambiente en el que viven las personas. Se produce después de alcanzar la estabilidad en la salud y considera la prevención de las enfermedades y la conservación de la salud como requisitos previos o subproductos” (Brubaker, 1983, p. 12). Esta definición asume que conservación y prevención constituyen la “línea de partida” y se basa en el potencial de crecimiento de la promoción.

Hasta hace poco tiempo, se prestaba una atención limitada a los esfuerzos positivos por fomentar la responsabilidad individual para el bienestar y la salud. Probablemente la primera conciencia que tiene un individuo del “bienestar” se derive de las personas modelo en el medio ambiente inmediato, es decir, la familia. Bruhn y Cordova (Noviembre-Diciembre 1977) sugirieron que en cada una de las etapas del continuo de desarrollo existen niveles mínimos o umbrales de bienestar que deben completarse a satisfacción del individuo. En cada etapa, es preciso seguir animando a la persona por practicar comportamientos positivos. Familia, escuela, compañeros, y medios masivos de comunicación ejercen gran influencia en la creación de un sistema de valores. El individuo es considerado participante activo en la determinación de la dirección de su vida.

Por ejemplo, la instrucción sobre aspectos relacionados con la salud durante la niñez debe basarse en la confianza y en el sentimiento de autonomía desarrollados en la infancia. El concepto positivo de uno mismo y la opinión de que la salud es importante se inician en la primera infancia, pero deben reforzarse. En esta etapa, la persona también está preparada para el conocimiento intelectual de las técnicas y fundamentos relacionados con los hábitos positivos de salud. Se concede gran importancia a la integración de conductas positivas de salud dentro de la estructura de valores (Bruhn y Cordova, Noviembre-Diciembre 1977); sin embargo, al llegar a la edad adulta, el individuo suele haber adoptado la ética del trabajo y es preciso prestar atención especial a la promoción del autocontrol en el modo de vida de la persona.

Con frecuencia, los esfuerzos de promoción del bienestar dependen de los programas de educación para la salud, pero los resultados han despertado muchas controversias. Muchos programas de educación para la salud se concentran en la adquisición de conocimientos, confiando en transmitir éstos para lograr modificar el comportamiento. La motivación adecuada del usuario parece ser el estímulo faltante en muchos programas. Como las creencias suelen preceder a la motivación, es necesario conocer los valores y actitudes de la persona antes de tratar de persuadirla a modificar una conducta de bienestar. La enfermera puede ser capaz de estimular la motivación cuando no exista una amenaza inmediata para la salud del usuario. Utilizar el deseo del usuario por cumplir las normas sociales suele ser útil (por ejemplo, “Vi a su amiga en la clínica de inmunización con sus hijos”). Por desgracia, parece que incluso con las mejores técnicas, sólo se producen modestos cambios en el comportamiento a menos que el grupo social refuerce la motivación (Haggerty, 1977, p. 280); por esta razón, con frecuencia se emplea un grupo (sistema social) para facilitar la modificación del comportamiento (por ejemplo, grupos para perder peso o dejar de fumar).

No obstante, hay indicios importantes de que el público está adquiriendo una mayor conciencia de la importancia relativa que tienen diversos factores para la salud, y es probable que esté más dispuesto a adaptar su modo de vida para

promover el bienestar; por ejemplo, "en el transcurso de los últimos 15 años Estados Unidos ha experimentado notables mejoras en el control de la hipertensión arterial. La proporción de fumadores en la población adulta ha disminuido más de un 20%; el consumo total de alimentos con alto contenido de grasas completas, grasas saturadas, y colesterol, se redujo en un 10 ó 15% entre 1968 y 1978, y la proporción de la población que hace ejercicio en forma regular aumentó un 100%" (McGinnis, 1982, pp. 296-297). Las actividades de promoción y la publicidad están logrando una gran diferencia en el bienestar y la salud.

## RESUMEN

---

En nuestra sociedad, la responsabilidad de la enfermedad se ha delegado en los profesionales de la "salud" quienes se preparan y reciben una retribución por atender a los enfermos. No existen incentivos ni recompensas a corto plazo para que los beneficiarios traten de conservar su salud. El sistema de servicios de salud no está organizado para retribuir a la persona que presta servicios de salud por mantener al usuario saludable, por ello es preciso alentar a los individuos para que se preocupen y responsabilicen de su propio potencial de salud.

"Los profesionales de la salud deben dejar de dictar y exhortar; los maestros de atención de la salud deben ser expertos en técnicas o estrategias para motivar, explorar, aprender por medio de la experiencia, asignar responsabilidades, facilitar o negociar metas, prácticas o regímenes para el cuidado de la salud, persuadir o recompensar los éxitos alcanzados" (Norris, 1979, p. 489). Al emplear el proceso de enfermería, aplicado a través del papel de liderazgo, las enfermeras pueden respaldar, facilitar y fomentar las habilidades, cualidades y planes positivos que fomentarán el proceso de la salud e incrementarán el potencial de bienestar. Posteriormente, la enfermera y el paciente podrán colaborar en el diseño de intervenciones, basándose en metas y programas establecidos por el paciente. En capítulos posteriores se analiza el proceso de la enfermería y el papel de liderazgo de la enfermera.

## BIBLIOGRAFIA

---

- American Medical Association, Comisión sobre Enfermedades Crónicas. Procedimientos de la Conferencia sobre Aspectos Preventivos de la Enfermedad Crónica, Chicago, del 12 al 14 de marzo de 1951.
- Arakelian M: An assessment and nursing application of the concept of locus of control. *Adv Nurs Sci* 3:25-42, octubre de 1980.
- Ardell DB: The nature and implications of high level wellness, or why 'normal health' is a rather sorry state of existence. *Health Values* 3:17-24, enero-febrero de 1979.
- Auger JR: *Behavioral Systems and Nursing*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1976.
- Becker MH; Maiman LA: Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care* 13: 10-24, 1975.
- Belloc NB, Breslow L: Relationship of physical health status and health practices. *Prev Med* 1:409-21, agosto de 1972.

- Bieliauskas LA: Stress and its Relationship to Health and Illness, Boulder, Westview Press, 1982.
- Bower FL (ed): Health Maintenance. Nueva York, John Wiley & Sons, 1980.
- Brubaker BH: Health promotion: A linguistic analysis. *Adv Nurs Sci* 6:1-14, abril de 1983.
- Bruhn JG, Cordova FD, Williams JA y col., The Wellness Process, *J Comm Health* 2:209-221, primavera de 1977.
- Bruhn JG, Cordova FD: A Developmental Approach to Learning Wellness Behavior. I. Infancy to Early Adolescence. *Health Values* 1: 246-254, noviembre-diciembre de 1977.
- Bruhn JG, Cordova FD: A Developmental Approach to Learning Wellness Behavior. II. Adolescence to Maturity. *Health Values* 2:16-21, enero-febrero de 1978.
- Cobb S: Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 38:300-314, septiembre-octubre de 1976.
- Dayani E: Concepts of Wellness. *Nurs Prac*:31-34, enero-febrero de 1979.
- Dubos R: Health and creative adaptation. *Human Nature* 1:74-82, enero de 1978.
- Dunn HL: What high-level wellness means. *Health Values* 1:9-16, enero-febrero de 1977.
- Dunn HL: High-level wellness for man and society. *Am J Pub H* 49:786-792, 1959.
- Falek A, Britton S: Phases in coping: The hypothesis and its implications. *Soc Biol* 21:1-7, primavera de 1974.
- Fielding JE, Hyde J hijo, Russo PK: A program for prevention in Massachusetts. *Prev Med* 7:564-640, diciembre de 1978.
- Flynn PAR: Holistic Health. Bowie, Robert J. Brady, 1980.
- Givens D: An Analysis of Navajo Temporality. Washington, Univeristy Press of America, 1977.
- Greifinger RB, Grossman RL: Toward a language of health. *Health Values* 1:297-299, septiembre-octubre de 1977.
- Hadley BJ: Current concepts of wellness and illness: Their relevances for nursing. *Image* 6:21-27, 1974.
- Haggerty RJ: Changing lifestyles to improve health. *Prev Med*: 276-289, 1977.
- Harris DM, Guten S: Health-protective behavior: An exploratory study. *J Health Soc Behav* 20:17-29, marzo de 1979.
- Harrison TR: Principles of Internal Medicine, Nueva York, McGraw-Hill, 1966.
- Hautman MA: Folk health and illness beliefs. *Nurs Prac*: 23-27, 31, 34, julio-agosto de 1979.
- Hogue CC: Support systems for health promotion. *En* Hall JE, Weaver BR (eds): *Distributive Nursing Practice*, pp. 65-80. Filadelfia, JB Lippincott, 1977.
- Hollen P: A holistic model of individual and family health based on a continuum of choice. *Adv Nurs Sci* 3:27-42, julio de 1981.
- Holmes TH, Masuda M: Life Change and Illness Susceptibility. *En* Dohrenwend BS, Dohrenwend BP (eds): *Stressfull Life Events: Their Nature and Effects*. Nueva York, John Wiley & Sons, 1974.
- Holmes TH, Rahe RH: The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 11:213-218, 1967.

- Igun UA: Stages in health-seeking: A descriptive model. *Soc Sci Med* 13A:445-456, 1979.
- Kasl S, Cobb S: Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Arch Environ Health* 12:246-266, 1966.
- Keller MJ: Toward a definition of health. *Adv Nurs Sci*:43-82, octubre de 1981.
- Kleinman A, Eisenberg L, Good B: Culture, Illness and care. *Ann Int Med* 88:251-258, febrero de 1978.
- Lazarus RS, Cohen JB, Folkman S *et al*: Psychological stress and adaptation: Some unresolved issues. *En Selye H (ed): Selye's Guide to Stress Research*, vol. 1. Nueva York, Van Nostrand, 1980.
- Leavell HR, Clark EG (eds): *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*, 3 ed. Nueva York, McGraw-Hill, 1965.
- Leininger M: The Culture Concept and Its Relevance to Nursing. *J Nurs Ed* 6:27-37, abril de 1967.
- Lerner M: The Non-Health Services' determinants of health levels: Conceptualization and public policy recommendations. *Med Care* 15:74-83 Supl, mayo de 1977.
- Loustau A: Using the Health Belief model to predict patient compliance. *Health Values* 3:241-245, septiembre-octubre de 1979.
- Lowery BJ: Misconceptions and limitations of locus of control and the I-E scale. *Nurs Res* 30:294-98, septiembre-octubre de 1981.
- McGinnis JM: Targeting progress in health. *Public Health Rep* 97:295-307, julio-agosto de 1982.
- Mallick MJ: Defining Health: The Step "Before" The Nursing Assessment. *J Geront Nurs* 5:30-33, mayo-junio de 1979.
- Martin HW, Prange AJ hijo: The stages of illness-psychosocial approach. *Nurs Outlook* 10:168-171, marzo de 1962.
- Mechanic D: Sex, Illness, Illness Behavior, and the Use of Health Services. *Soc Sci Med* 12:207-214, julio de 1978.
- Murray RB, Zentner JP: *Nursing Concepts for Health Promotion*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1979.
- Norris CM: Self care. *Am J Nurs* 79:486-489, marco de 1979.
- Offer D, Sabshin M: *Normality*. Nueva York, Basic Books, 1966.
- Parsons T: Definitions of health and illness in the light of american values and social structure. *En Jaco EG (ed): Patients, Physicians and Illness*, pp. 165-187, Illinois, The Free Press, 1958.
- Pender NJ: A conceptual model for preventive health behavior. *Nurs Outlook* 23:385-390, junio de 1975.
- Robbins L, Hall J: *How to Practice Prospective Medicine*. Indianapolis, Methodist Hospital of Indiana, 1970.
- Rosenstock IM: Why People Use Health Services. *Milbank Mem Fund Quart* 44:94-127, julio de 1966.
- Rotter JB: *Social Learning and Clinical Psychology*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1954.
- Ruffing MA: Preventive health behavior: A theoretical review and synthesis. *Health Values* 3:235-240, septiembre-octubre de 1979.
- Siegel H: To Your Health-Whatever That May Mean. *Nurs Forum* 12:280-89, 1973.



- Simmons O: Implications of social class for public health. *En* Jaco EG (ed): Patients, Physicians and Illness, p. 111. Illinois, The Free Press, 1958.
- Smith JA: The idea of Health: A philosophical inquiry. *Adv Nurs Sci*: 43-50, abril de 1981.
- Sodeman WA, Sodeman WA hijo: Pathologic Physiology. Mechanisms of Disease. Filadelfia, WB Saunders, 1967.
- Spector RE: Cultural Diversity in Health and Illness. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1979.
- Toffler A: Future Shock. Nueva York, Random House, 1970.
- Twaddle AC: A Sociology of Health. St Louis, CV Mosby, 1977.
- Ursin H, Baade E, Levine S: Psychobiology of Stress: A Study of Coping Men. Nueva York, Academic Press, 1978.
- Weiner B: Theory of motivation for some classroom experiences. *J Educ Psych* 71:3-25, febrero de 1979.
- Wu R: Behavior and Illness. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1973.
- Wylie CM: The definition and measurement of health and disease. *Public Health Rep* 85:100-104, febrero de 1970.
- Zborowski M: Cultural components in responses to pain. *En* Jaco EG (ed): Patients, Physicians and Illness, pp. 256-268. Illinois, The Free Press, 1958.

Si se comprende qué es lo que ocasiona la buena salud y se parte de un punto de vista sobre lo socialmente deseable, entonces es posible deducir qué se requiere de la sociedad, en forma de instituciones, relaciones, ciencias, y participación individual para mejorar la salud (Blum, 1983, p, xiii)

## Capítulo 10

# ***La enfermería profesional en el marco del sistema de servicios de salud***

***Marie G. Finamore y Eleanor Rudick***

### **PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR**

1. ¿Por qué se dice que actualmente la prestación de servicios de salud no es en realidad un sistema en Estados Unidos?
2. ¿Qué papel desempeña en nuestros días el gobierno de Estados Unidos en la prestación de servicios de salud?
3. ¿Cuáles son los diferentes tipos de instituciones que prestan servicios de salud y en qué forma difiere el poder de organización entre ellas?
4. ¿Cuáles son algunas de las cosas que deben hacer las enfermeras para obtener el control del ejercicio de la enfermería dentro de los sistemas de servicios de salud?
5. Comparar las características de colaboración, cooperación, y competencia entre las disciplinas de la salud en el sistema de servicios de salud.
6. ¿Cuáles son algunos de los factores que deben considerarse en nuestros días para reducir los costos de atención de la salud en Estados Unidos?
7. Mencionar algunos cambios propuestos que permitirán a las enfermeras convertirse en miembros más eficientes del equipo interdisciplinario de atención de la salud.

Deseamos preparar un líder visionario que se preocupe más de dar una nueva forma a las instituciones de servicios de salud en beneficio de la humanidad que de dirigir las instituciones. Se cree que la forma de definir la atención de la salud regula la manera en que se organiza el Sistema de Servicios de Salud. Si la atención de la salud continúa equiparándose con el cuidado médico, el sistema actual de servicios permanecerá inalterable; no obstante, si se concede más importancia al bienestar que a la enfermedad, y a la atención de la salud en lugar de a la atención médica o a los cuidados de enfermería, el proceso empleado para prestar servicios de salud será diametralmente opuesto y lo mismo ocurrirá con los diferentes profesionales de la atención de la salud.

En este capítulo se analiza el Sistema de Servicios de Salud como existe en la actualidad y posteriormente se examinan algunos métodos para cambiarlo con el fin de obtener una mejor atención de la salud. En un principio, nos concentraremos en la estructura de organización del SSS, luego nos referiremos a su misión, responsabilidad de la enfermería profesional en diversos entornos de atención de la salud y al empleo de la teoría del cambio planificado para facilitar la creación de servicios eficaces de atención de salud.

## **ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACION DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD**

---

En Estados Unidos, el Sistema de Servicios de Salud se describe como sumamente pluralista, una compleja mezcla de diversos tipos de organizaciones públicas y privadas que cuentan con diferentes fuentes de financiamiento, muchos puntos para tomar decisiones, y gran cantidad de personal no calificado. Este sistema ha sufrido cambios continuos y con frecuencia rápidos: Wilson y Neuhauser categorizaron sus elementos en *atención institucionalizada*, para ayudar a personas que permanecen períodos cortos o largos en hospitales, clínicas, y otras instituciones, y en *atención ambulatoria*, que se brinda a los usuarios de la comunidad; afirman que los valores y prioridades sociales se manifiestan en regulaciones, financiamiento, consumismo y tecnología, los cuales interactúan dentro del sistema de servicios de salud, e indican que el complejo sistema educativo y de investigación, el conjunto de fabricantes y abastecedores de equipo, medicamentos y demás productos, y los muchos proveedores de servicios de salud también apoyan e interactúan con los elementos básicos (Wilson y Neuhauser, 1982, p. 1).

La palabra *sistema* implica que en Estados Unidos está organizada la prestación de servicios de salud, y que cuenta con un límite, elementos y relaciones. Algunas personas afirman que no se trata de un sistema, implicando que es caótico y necesita reorganizarse en forma más racional. Se han dado múltiples razones de la situación actual del Sistema de Servicios de Salud, algunas incluyen incremento en los costos, mala distribución de personal y servicios, limitaciones y trampas en la cobertura de los seguros, y organización confusa y fragmentaria de los servicios hospitalarios. Al parecer, los estadounidenses están convencidos de que la atención de salud en Estados Unidos pasa por un momento crítico. La crisis en los servicios de salud pública es, por supuesto, sólo una parte de las dificultades más grandes que sufre la sociedad estadounidense, ya que la salud se relaciona con todos los aspectos de la vida y el progreso fundamental en la salud depende de la resolución de los grandes problemas que afectan la vida nacional.

### **Papel del gobierno**

En principio, la responsabilidad de la salud, seguridad, y bienestar social generales del pueblo recae en los estados que promulgan y cumplen las leyes apropiadas gracias a los poderes de orden público de los estados soberanos. A pesar de la creciente influencia del gobierno federal en los últimos años, estos poderes y responsabilidades básicos siguen correspondiendo a los estados, los cuales desem-

peñan una función cada vez más amplia e importante en muchos aspectos de atención de salud, incluyendo la extensa regulación de instalaciones y fuerza de trabajo. Algunas funciones y poderes se delegan en los gobiernos locales de condados, ciudades, y poblaciones, ya sea directamente o a través de actas estatales que permiten a muchas ciudades y poblaciones funcionar con una autonomía considerable (Wilson y Neuhauser, 1982, p. 229).

Aunque el gobierno federal no tiene un papel constitucionalmente definido sobre la salud, con los años se ha incrementado en forma gradual la presencia del gobierno federal en el campo de la salud. Wilson y Neuhauser identifican las fuentes de esta función que crece día a día como:

1. Responsabilidad especial del gobierno hacia ciertos grupos de la población, como marinos mercantes, miembros de las fuerzas armadas, veteranos de guerra, e indios americanos.
2. Poder constitucional para reglamentar el comercio interestatal; una gran parte del poder de regulación del gobierno federal en el campo de la salud y en otras áreas se deriva de este poder, un ejemplo sería la reglamentación de alimentos y medicamentos.
3. Subvenciones oficiales concedidas a los estados, instituciones e individuos para llevar a cabo una amplia gama de actividades.
4. En años más recientes, patrocinio y participación financiera en el programa de seguro de gastos médicos para personas mayores (Medicare). (Wilson y Neuhauser, 1982, p. 137).

El gobierno federal de Estados Unidos, a través de la Ley de Planificación de la Salud y Desarrollo de los Recursos (Ley Pública 93-641) suscrita en enero de 1975, también ha dirigido la creación de cuatro nuevas estructuras que ayudan en el entorno de las prioridades nacionales y brindan a enfermeras y consumidores la oportunidad de participar; estas estructuras son National Council on Health Planning and Development (NCHPD), organismo estatal de planificación y desarrollo de la salud en cada uno de los estados (SHPDA), consejos estatales de coordinación de la salud (SHCCS) y agencias del sistema de salud (HSAS) en cada estado (Chopoorian y Craig, 1976, p. 1988). La mayor parte de funciones federales relacionadas con la salud se consolidan en las diversas unidades del Department of Health and Human Services; no obstante, muchas otras, se encuentran entre la responsabilidad de otros ministerios, organismos, y dependencias, donde sólo representan una parte o son de carácter incidental respecto a las principales actividades de la unidad (Wilson y Neuhauser, 1983, p. 139).

Como base para comprender el Sistema de Servicios de Salud actual, se examina la estructura del poder dentro del mismo. Los poderes formal e informal se definen y describen, analizando su relación con la responsabilidad y la obligación.

### **Poder formal, responsabilidad, y obligación**

Según la definición de MacKenzie, poder significa capacidad de afectar a las personas para cambiar su forma de vida. Además, MacKenzie afirma que para que

el poder sea eficaz debe estar legitimizado por la responsabilidad dentro de un sistema (MacKenzie, 1979, pp. 6-7).

French y Raven han clasificado los tipos de poder de recompensa, coercitivo, referente, legítimo, experto, y de información; su teoría de la influencia y poder sociales se limita a la autoridad que ejerce un agente social sobre una persona, que puede ser otra persona, función, grupo, o parte de un grupo. El poder de recompensa se basa en la percepción del individuo de que el agente tiene la capacidad de otorgarle recompensas, mientras el poder coercitivo se fundamenta en la percepción de que el agente es capaz de imponerle castigos. El poder legítimo se apoya en la comprensión de la persona de que el agente tiene derecho a dictarle comportamientos que debe seguir. El poder referente se basa en la identificación del individuo con el agente, y el poder experto se funda en la percepción de que el agente posee algún conocimiento o habilidad especial (French y Raven, 1959, pp. 155, 156).

Stevens clasifica el poder como de posición y funcional o personal, y afirma que el poder de posición, el cual se combina con la autoridad existente en una organización de forma inherente, posee poder legítimo y de recompensa. El poder legítimo es autoridad y el poder de recompensa puede incluir el derecho de contratar, despedir, promover, reconocer, y conceder aumentos de salario; a esta combinación se le da el nombre de poder formal o de posición. El poder funcional o personal puede ser independiente del poder formal y existir con o sin éste; el poder funcional suele utilizarse para convencer a otros de conceder más poder formal a la posición que ocupa una persona (Stevens, 1983, p. 12).

Chaney y Knebel consideran que el poder en las instituciones de atención de salud posee un carácter único, aunque es semejante en algunos aspectos al de otras organizaciones. La autoridad en las instituciones de atención de salud no sólo está respaldada por el poder experto y de recompensa, sino también por el legítimo o de posición. El poder legítimo o de posición, que puede o no merecerse, es simplemente el resultado de ocupar un cargo específico; éste poder, a diferencia de la autoridad, no requiere legitimización de los subordinados para ejercerse. El planeamiento de la organización suele dictar el poder legítimo o de posición, y las organizaciones se proyectan con diversos grados de complejidad, según la clasificación y magnitud del organismo; la diversidad y complejidad se reflejan en la clasificación de las instituciones de atención de salud. La clasificación de la institución indica su responsabilidad y obligación para con el público.

Más de 7 000 hospitales proporcionan la mayor parte de atención médica a personas gravemente enfermas. Existen también alrededor de 4 000 instalaciones de extensión hospitalaria y cerca de 23 000 clínicas privadas que brindan atención a casos no graves. Los hospitales se clasifican de diversas formas, como tamaño (número de camas, sin incluir cunas para recién nacidos), tipo (general, mental, tuberculoso, u otras especialidades como maternidad, ortopedia, ojos y oídos, rehabilitación, enfermedades crónicas, alcoholismo, o adicción a las drogas), duración de la permanencia (corta estancia, permanencia media menor de 30 días o de larga estancia, es decir, 30 días o más), o de acuerdo con el tipo de propiedad (público o privado, incluyendo el hospital lucrativo propiedad de inversionistas o el hospital voluntario no lucrativo, que puede ser propiedad de una fraternidad,

grupo religioso, o comunitario) (Kelly, 1981, p. 118). A causa de la gran variedad en la clasificación organizacional, resulta difícil obtener un panorama único de la estructura del poder formal dentro de los hospitales.

En los hospitales voluntarios, el poder reside formalmente en el consejo administrativo, una junta directiva constituida generalmente por individuos que representan diversas empresas, y grupos profesionales interesados en la comunidad. La mayoría de los miembros no asalariados y voluntarios del consejo son ciudadanos influyentes que pueden ayudar a reunir fondos para sufragar los gastos del hospital. En la actualidad, debido a las quejas de ciertos grupos de consumidores sobre el hecho de que los consejos no son representativos de los usuarios en general, algunos consejos están adquiriendo en forma gradual una representación más amplia. Otros cambios en el nivel de poder de los administradores serían posibles si los hospitales adoptaran un modelo corporativo, integrando el consejo de administración y los administradores del hospital, en el cual presidentes y vicepresidentes trabajaran tiempo completo y percibieran un salario. Asimismo, ha aumentado el número de fusiones, consorcios y sociedades de control que están creando sistemas hospitalarios con una orientación empresarial. Todos estos cambios también contribuirán a modificar la función desempeñada por el consejo de administradores (Kelly, 1981, pp. 120, 121).

El flujo del poder de la organización es diferente en los hospitales públicos; los administradores hospitalarios son directamente responsables ante sus supervisores administrativos en la jerarquía gubernamental, que puede ser un consejo estatal de salud, comisionado, departamento (como la Administración de Veteranos) o alguna corporación pública con funcionarios designados. El administrador hospitalario, agente directo de un consejo de dirección, pone en práctica sus políticas, aconseja sobre nuevas políticas y es responsable del diario funcionamiento del hospital. Por lo general, el administrador del hospital no es un profesional de la medicina, con preparación y experiencia en administración, aunque en el pasado solían ocupar este puesto médicos y enfermeras (Kelly, 1981, p. 121).

El personal médico, a través del control absoluto que ejerce sobre la admisión de pacientes en los hospitales y el reembolso por los servicios, establece y mantiene un monopolio sobre la asistencia que desea brindar y tiene un gran poder en el hospital (DeSantis, 1982, p. 17). El poder experto se considera la base desde la cual los médicos practican la medicina; por lo general, la organización del cuerpo médico es paralela y no subordinada a la administración del hospital, aunque han comenzado a producirse algunos cambios en esta área; por ejemplo, enfermeras y representantes de otras disciplinas están uniéndose a los comités hospitalarios que se ocupan de la atención de los pacientes y participan en el proceso de tomar decisiones. Los médicos también controlan a través de sus comités, incluyendo el Comité de Credenciales, no sólo la práctica de la medicina, sino toda la atención de los pacientes en el hospital (Kelly, 1981, p. 121).

Como los miembros del personal médico tienen una obligación semejante respecto al cuidado de los pacientes, también se les responsabiliza de la calidad de la atención. (Consultar el Capítulo 11 para un análisis de la responsabilidad). Se han aplicado presiones externas para conseguir este objetivo. Cada vez con mayor frecuencia, el público recurre a la ley, mediante juicios por tratamientos erróneos

en el desempeño de la profesión, para hacer valer sus derechos como usuarios de atención de la salud. Estas presiones han dado como resultado la creación de consejos de revisión de los servicios en los hospitales, a los que de acuerdo con la ley Medicare se les exige revisar los expedientes para determinar si la admisión del paciente en el hospital es válida, el tratamiento es apropiado y si se da de alta en un tiempo razonable. The Professional Services Review Organization (PSRO) se encarga de éste y otros factores. Es importante que las enfermeras participen en estos comités y así lo hacen, en algunos casos incluso, sobre una base de tiempo completo (Kelly, 1981, p. 122).

La enfermería no ha gozado de una base de poder amplia que permita a la enfermera influir en las decisiones políticas que podrían mejorar en grado sumo la prestación de servicios de salud, aunque la enfermera se encuentra en excelente posición para hacerlo. Como la atención de la salud es un sistema en el que se emplea gran cantidad de poder y política para controlar o generar cambios, se afirma que el desarrollo del poder de la enfermería, el cual permitiría a las enfermeras incrementar el efecto que tienen sobre el SSS, se ha retrasado debido a las características de la profesión y del entorno burocrático en el que practican. Las enfermeras no están familiarizadas con el juego ni con las reglas de las políticas corporativas y aceptan su papel tradicional de ocupar una posición inferior en situaciones de poco riesgo y mínima responsabilidad (Stevens, 1983, pp. 4-7, 20). Además, las enfermeras empleadas en hospitales enfrentan otro problema porque consideran que tienen una doble responsabilidad, con la administración que las contrata y con los médicos a quienes se les asigna toda la responsabilidad de la atención de los pacientes. Cuando surge alguna diferencia entre estos dos grupos, la enfermera queda atrapada en medio. La forma en que las enfermeras reaccionan a estas situaciones está cambiando en algunos casos cuando éstas comienzan a reconocer su responsabilidad hacia sí mismas y para con sus pacientes. Está pres-tándose mayor atención a la responsabilidad legal que tiene la enfermera para con los usuarios y están tratando de obtener mayor autonomía (Kelly, 1981, p. 122). Las enfermeras comienzan a reconocer su importancia en la prestación de servicios de salud y están empezando a obtener poder; no obstante, la adquisición de poder no es más que el primer peldaño para efectuar cambios, todavía deben dar un paso de vital importancia, que consiste en aprender las reglas del juego de las políticas de la organización (Stevens, 1983, p. 13); el aprendizaje de estas reglas ayudará a las enfermeras a controlar el ejercicio de su profesión.

Cleland identifica un problema de control para la enfermería en el hecho de que los honorarios de las enfermeras se incluyen en las tarifas diarias del hospital; los resultados son que (1) la enfermería no tiene control exacto sobre su presupuesto, lo cual implica falta de verificación en las decisiones relativas al personal, y (2) no es posible separar la contribución profesional de la enfermería al bienestar de los servicios técnicos prestados por la institución. Cleland afirma que no puede responsabilizarse a la profesión de enfermería por el costo y la eficacia de la atención a menos que las enfermeras ejerzan un control mayor sobre el uso apropiado de los recursos de enfermería, y agrega que sólo con el empleo adecuado de las enfermeras, según su nivel de educación y experiencia, podrá la enfermería tener un efecto importante en la disponibilidad, continuidad, calidad y costo de los servicios de

salud. Las metas de los sistemas de salud no podrán alcanzarse sin la participación activa de las enfermeras en la documentación y cuantificación de sus contribuciones. (Cleland, 1983, p. 19). Las enfermeras que tratan de alcanzar la meta de separar los costos de enfermería de los costos institucionales totales, tienen excelentes oportunidades de participar en el juego de la política dentro de la organización.

Las enfermeras deben usar el poder para convertir en realidad todo su potencial profesional y elevar al máximo sus contribuciones a la atención de la salud y a la sociedad en su conjunto (Stevens, 1983, p. 3). Hemos analizado el poder formal; no obstante, se sabe que en todo sistema existe también un poder informal y las enfermeras también deben conocerlo si desean usarlo con eficiencia.

### **Poder informal, autoridad, y responsabilidad**

“No existe duda de que dentro de las organizaciones hay individuos que tienen poder a pesar de no contar con una fuente formal de autoridad como posición importante o un alto nivel de especialización” (Chaney y Knebel, 1983, p. 134). Claus y Bailey llaman autoridad funcional al poder informal y afirman que esta fuente de poder se deriva de conocimientos profesionales y técnicos, pericia y experiencia, y del conocimiento de las técnicas de administración y de las relaciones humanas. En la estructura de cualquier organización suele existir mucha autoridad funcional que nadie utiliza, y se dan tres razones para ello: las organizaciones no comprenden que pueden fomentar positivamente la adquisición de autoridad funcional, más bien dependen demasiado de la autoridad formal investida en los puestos, funciones o cargos considerados legítimos; como las enfermeras no suelen estar dispuestas a correr riesgos, tienden a sentir temor de usar el poder funcional personal, y, por último, los conceptos jerárquicos tradicionales de la organización confirman el sentimiento fundamental de que es peligroso dejar que el poder se distribuya de manera informal a través de la organización. En el caso de SSS, esta preocupación se concentra en los problemas de responsabilidad legal (Claus y Bailey, 1977, pp. 56, 58). Los administradores hospitalarios han tenido que renunciar al control que ejercían sobre el SSS a causa de las leyes de derechos civiles, movimiento feminista, Ley de Ejercicio de Enfermería, ampliación del papel de las enfermeras, incremento del consumismo, método más humanista de administración, complejidad de las estructuras institucionales, y mayor nivel de preparación de las enfermeras, quienes deben aprender a utilizar el poder desaprovechado de la autoridad funcional; sin embargo, es preciso recordar que la adquisición de autoridad no es un fin en sí misma, la persona que adquiere autoridad o poder debe estar dispuesta a mantener la responsabilidad de las acciones tomadas con base en dicha autoridad (Claus y Bailey, 1977, pp. 58-63).

### **Disciplinas profesionales que forman parte del sistema – Sus relaciones intra e interdisciplinarias**

La enfermería representa un segmento del sistema en el cual se brinda atención a la salud mediante los servicios de muchas profesiones, incluyendo enfermería, medicina, farmacia, trabajo social, y odontología. El término atención de la salud



se refiere a una mezcla de atención planificada, proporcionada por profesiones interdependientes cuyos miembros colaboran con individuos y grupos a los que prestan sus servicios (ANA, 1980, p. 13). En las siguientes secciones se examinan los conceptos de colaboración, cooperación, y competencia, así como los procesos que tienen lugar entre los miembros del equipo interdisciplinario de salud.

### Colaboración

La relación más conveniente, tanto desde un punto de vista intradisciplinario como interdisciplinario, es la de colaboración. Esta se define como la responsabilidad mutua por la adaptación del comportamiento a las necesidades percibidas con el fin de trabajar juntos para conseguir las metas, y se logra a través de la comunicación interpersonal. Colaboración significa responsabilidad compartida para planificar, resolver problemas, y evaluar con los usuarios y otros miembros del Sistema de Servicios de Salud. La colaboración representa una sensibilidad "verdadera" hacia los demás, mediante la cual los individuos adaptan su comportamiento a las necesidades percibidas de los demás. En consecuencia, la colaboración fomenta el crecimiento; el esfuerzo conjunto de colaboración se caracteriza por un alto grado de intercambio de información, claridad de la comunicación, y confianza y respeto mutuos, y es de vital importancia para cumplir las metas del grupo u organización.

La enfermería se considera, como todas las demás profesiones, dinámica y no estática, y se observan cambios dentro del ámbito del ejercicio. Una característica empleada por la ANA para definir del ámbito del ejercicio de enfermería, es decir, el contenido del segmento de enfermería en la atención de la salud, son las intersecciones, definidas como los puntos en donde la enfermería extiende su práctica dentro del campo de otras profesiones, sin que se trate de líneas rígidas e inalterables. En situaciones en las que existe una práctica conjunta de colaboración, las relaciones entre enfermería y medicina son muy fluidas y no presentan problema. Todas las profesiones relacionadas con los cuidados de la salud interactúan, comparten la misma misión global, tienen acceso a la misma literatura científica y, en cierta medida, se superponen en sus actividades (ANA, 1980, p. 16). La colaboración se caracteriza por la reciprocidad al tomar decisiones, la planificación que afecta a todos, y por el respeto a la autoridad y responsabilidad de los expertos en determinados momentos. Asimismo puede considerarse como la participación equitativa al planear y poner en práctica metas convenidas por mutuo acuerdo.

### Cooperación

La cooperación ocupa el siguiente grado de eficacia en los procesos interpersonales entre los miembros del equipo de salud, e implica que dos o más personas, o entidades, trabajen juntas para provecho mutuo o en beneficio común; sin embargo, falta el sentimiento recíproco que está presente en todos los pasos del proceso de colaboración, por ejemplo, no existen metas mutuamente derivadas. En la prestación de servicios de salud hay por lo menos un proveedor y un consumidor.

En una escala más grande, puede haber un grupo de varias disciplinas que coopera para proporcionar servicios de salud a una comunidad entera. La principal meta de todos ellos sería alcanzar el nivel más alto posible de bienestar para los usuarios. Los proveedores de atención se sentirán recompensados por los resultados de salud derivados de su participación y de las actividades realizadas. Sentirán la satisfacción de un trabajo bien hecho (MacElveen-Hoehn, 1983, p. 516).

#### Cooperación y colaboración con el usuario

Debido al cambio producido en la política de atención de la salud, es necesario tener en cuenta el poder del paciente; en el pasado, se esperaba que el enfermo siguiera las indicaciones del médico, pero en la actualidad este modelo está volviéndose obsoleto a causa de una mejor educación y mayores conocimientos del público respecto a la salud. Está produciéndose un cambio hacia un modelo más democrático en el cual el usuario, los miembros de su familia, y los proveedores de atención, trabajan juntos, también se está concediendo gran importancia al establecimiento de metas y a la identificación de los medios necesarios para su consecución. Hay esperanzas de que con una mayor participación del usuario y la aceptación de las metas fijadas, se modificarán los comportamientos relacionados con la salud.

Muchas personas que prestan cuidados desean un nivel específico de salud para sus pacientes; no obstante, los usuarios suelen diferir en su percepción de lo que pueden lograr, o en el precio que están dispuestos a pagar para alcanzar un nivel específico de bienestar. Como una alternativa al problema de qué debe hacerse y cuándo, la única opción considerada por el usuario es seguir o no un tratamiento, MacElveen-Hoehn propone un nivel negociado de salud y considera que es mejor que no proporcionar atención. Los proveedores de cuidados deben considerar si creen que el individuo tiene derecho a efectuar una elección fundamentada, y si están dispuestos a negociar con el usuario el nivel de salud sobre el cual trabajarán juntos (MacElveen-Hoehn, 1983, p. 522). En la medida en que esté presente la colaboración, el consumidor y el proveedor compartirán las decisiones.

A fin de participar con eficiencia al planificar y tomar decisiones, los usuarios de atención deben poseer información, conocimientos, y habilidades. Cuando el proveedor de salud las suministra, el consumidor recibe cierto poder, mientras que con el método médico tradicional se brinda atención a cambio de poder. La inclusión de la familia, mediante un modelo de cooperación tripartito, hace posible su participación junto con el usuario y el proveedor de atención. Cuando el usuario es incapaz de participar activamente, se forma una alianza entre el proveedor y la familia. Se piensa que este modelo de prestación de servicios altera el papel de la persona que brinda atención; sin embargo, no se trata de reducir su función, sino de ampliarla. Esta ampliación del papel del proveedor permite conceder mayor importancia al hecho de enseñar al cliente y a su familia las habilidades necesarias. Las relaciones establecidas son interdependientes, se resta importancia a las diferencias de poder y posición, y usuario, familia y proveedor de atención se sienten más satisfechos (MacElveen-Hoehn, 1983, p. 524).

Un ejemplo de un modelo semejante de cooperación es el programa innovador, que combina la educación del paciente y la participación de su familia en la atención

de la salud, al mismo tiempo que reduce en forma significativa los costos, creado en 1979 en el Centro Médico de New York University. Esta unidad de Atención Cooperativa admite tan sólo a usuarios que no requieren supervisión constante de enfermería. El "socio en la atención" debe acompañar al usuario, permanecerá en la habitación de éste sin cargo extra y se le enseñará a realizar muchas tareas de las que tradicionalmente se hacía cargo el personal de enfermería. Algunos pacientes y sus socios encuentran que la responsabilidad emocional y las exigencias físicas de una unidad de atención cooperativa son abrumadoras; sin embargo, el concepto está adquiriendo una gran popularidad por dos motivos importantes, el primero es el económico, ya que la cuenta media de la unidad de atención cooperativa es entre un 40 ó 45% inferior a la que tendría que pagarse por el mismo número de días en un hospital tradicional; la segunda razón es que alienta a los usuarios a convertirse en participantes activos de su propia atención y modifica en grado sumo la prestación tradicional de servicios de salud en Estados Unidos (Berg, 1983, pp. 90, 91). El concepto de que cada individuo se responsabilice de su propio estado de salud es muy importante. Cuando todos los miembros de las disciplinas profesionales que forman parte del Sistema de Servicios de Salud se den cuenta de ello y colaboren con los usuarios y sus familias, se producirán importantes cambios. Este punto todavía no ha llegado a apreciarse en toda su magnitud, aunque se avanza en esa dirección.

### Competencia

La competencia se define como el acto de luchar para superar a otra persona y obtener la supremacía; se considera la forma menos eficaz que tienen las disciplinas profesionales de mantener relaciones intra e interdisciplinarias dentro del sistema. La capacidad de competir implica la presencia de una relación de igualdad, que, por ejemplo, enfermeras y médicos no tienen actualmente y, por ende, no pueden competir sobre la misma base. Las relaciones de colaboración descritas anteriormente subrayan la importancia de trabajar juntos, pero la relación competitiva implica exactamente lo contrario. En una situación de competencia, todos los miembros luchan por alcanzar la misma meta o metas, pero sólo uno es capaz de hacerlo, excluyendo a todos los demás. Muchas metas están orientadas a ocupar puestos superiores o a obtener poder para controlar a los demás y los esfuerzos individuales y privados tienen por objeto conseguir las metas; en consecuencia, la interdependencia es muy reducida y los recursos e información se comparten en forma limitada y seleccionada. Cuando los recursos son limitados, la competencia por apoderarse de ellos se vuelve más intensa. Chaska menciona un fenómeno que ha salido a relucir conforme evoluciona la profesionalización de enfermería; esta autora afirma que la falta de apoyo, compasión y empatía entre los profesionales se manifiesta en la competencia intensa y el desacuerdo que existe dentro de la profesión. Se afirma que la falta de lo que se ha dado en llamar vínculo profesional suele ser la causa más importante de conflictos y puede ser el resultado de la carencia de oportunidades para que las mujeres se socialicen como miembros de un equipo mediante su participación en deportes que se juegan en grupo, lo cual obstaculiza su progreso a través de las etapas de desarrollo hacia la cooperación y la colaboración (Chaska, 1983, pp. 873, 874).

Chaska sostiene que en ningún momento de la historia de nuestra sociedad ha sido tan importante la colaboración entre los profesionales como ahora; ningún profesional o profesión relacionada con la salud pueden satisfacer por sí mismos todas las necesidades de los usuarios. Con la explosión de los conocimientos y la rápida obsolescencia de tecnología, economía, y costos de atención de la salud, es imperativo que todos los profesionales sanitarios sean más responsables, ya que ninguna profesión relacionada con la salud puede permitirse estar sola ni predominar (Chaska, 1983, p. 873).

La competencia se ha analizado desde un punto de vista negativo, sin embargo, también puede verse con un sentido positivo si se analiza dentro de un marco económico. Fagin identificó un nuevo método para frenar los altos costos de atención médica y de salud mediante la introducción de la competencia en los sistemas de seguros médicos y del cuidado de la salud, afirma que la competencia, con una reglamentación mínima y sin añadir nuevos costos al financiamiento federal de la salud, reduciría la inflación en los servicios. Al examinar los proyectos de ley de elección de los consumidores en favor de la competencia, Fagin encontró que faltaban varios elementos importantes de la elección y la competencia, y afirma que en todas las propuestas el consumidor es apenas visible, y la competencia, cuando existe, está entre el conglomerado actual de proveedores quienes no pueden asumir ser más competitivos en las organizaciones propuestas que en los esfuerzos anteriores (Fagin, 1982, pp. 56, 57). Para que la competencia funcione en un sistema deben existir dos condiciones: participación activa del consumidor en las alternativas de elección, y entrada libre de proveedores calificados en el sistema (Griffith, 1983, p. 263).

Fagin y Griffith sostienen que la participación de la enfermería en estos modelos de competencia es imprescindible. Fagin documenta su argumento con múltiples ejemplos de estudios que demuestran durante los últimos 20 años la importancia de la enfermería y de la atención de enfermería en los resultados obtenidos con los pacientes, tanto dentro como fuera de los hospitales, demostrando que los servicios de enfermería pueden contribuir a las metas de un sistema competitivo de atención de la salud. Por otra parte, comenta la conveniencia de los servicios de enfermería como una alternativa a los altos costos de los servicios hospitalarios y afirma que se ha demostrado que una amplia variedad de intervenciones en donde predominan los servicios de enfermería tienen un costo bajo y producen grandes beneficios. Los ejemplos incluyen empleo de la atención en el hogar, cuidado en instalaciones de enfermería calificada, atención familiar con ayuda de enfermera, y asistencia de rehabilitación con o sin hospitalización previa. Fagin afirma que el movimiento actual hacia la competencia en la prestación de servicios de salud debe tomarse como una oportunidad para legitimizar las funciones de la enfermería y convertir en realidad su potencial. Es preciso combatir todas las limitaciones de enfermería que impiden convertir en realidad sus posibilidades, ya sea por interpretaciones legales, pagos a terceros, políticas de seguros, o imagen pública (Fagin, 1982, pp. 57, 60).

Griffith identifica estrategias para fomentar el interés de la enfermería en el desarrollo competitivo, como mayor visibilidad legislativa, obtención de una remuneración directa de terceros e interpretación del papel de la enfermera en la atención

preventiva, atención geriátrica, y educación de los usuarios (Griffith, 1983, p. 265). Muchas de estas estrategias han sido adoptadas por American Nurse's Association (ANA) e incluidas en su programa nacional de políticas de salud, el cual se llevará a cabo mediante un nuevo proyecto de educación y actuación políticas denominado "Las enfermeras: visibles en la política". Este esfuerzo de colaboración entre la ANA y las asociaciones estatales de Estados Unidos tiene por objeto alentar a las enfermeras para que conozcan a los candidatos a ocupar puestos a nivel nacional y se informen de los problemas más importantes, en especial los relacionados con atención de la salud; ayudar a elegir delegados o convertirse en delegados de la convención nacional demócrata o republicana; contribuir a la Coalición de enfermeras para actuar en política, instrumento de acción política de la ANA, y a los comités de acción política operados por algunas asociaciones estatales de enfermeras, y brindar apoyo a los candidatos que respalden el programa nacional de enfermería sobre políticas de salud (The American Nurse, 1983, p. 1).

El programa enumera siete categorías y ejemplos de los actos legislativos que propugna la ANA en cada categoría. De especial interés son las secciones relativas al acceso a la atención de salud y a su financiamiento; los objetivos son garantizar el acceso a servicios de salud de buena calidad, sobre todo para grupos vulnerables como niños, minusválidos, y ancianos, y asegurar el acceso a los servicios de enfermería, haciendo hincapié en el papel de las enfermeras como proveedores calificados de servicios de salud. En la sección del financiamiento de la atención, la ANA trata de asegurar que el gobierno federal mantenga una función apropiada al determinar la naturaleza de los servicios básicos de atención de la salud y la calidad de tales servicios. La ANA también desea asegurar que el gobierno federal siga colaborando con los gobiernos estatales y locales para suministrar una fuente estable de financiamiento para satisfacer las necesidades de atención de la salud, incluyendo el reconocimiento y la remuneración de los servicios prestados por las enfermeras. La ANA respalda la legislación destinada a eliminar los obstáculos que existen para el financiamiento de los servicios de enfermería y brinda un mecanismo lógico y racional de pago para dichos servicios (The American Nurse, 1983, p. 5). La consecución de estas metas tendrá un efecto importante en la política sanitaria de Estados Unidos y, por ende, en el Sistema de Servicios de Salud.

En el Capítulo 14 se analiza el liderazgo como el empleo responsable de la influencia; no obstante, es preciso observar que la estructura de la organización afecta el estilo de liderazgo factible en esa institución; de manera inversa, el liderazgo que se practica afecta la estructura existente en la organización. Desde un punto de vista histórico, las funciones de liderazgo se crearon con el transcurso del tiempo para mantener el *status quo*, es decir, el médico a cargo, la enfermera como empleada de la institución y ayudante del médico, y el paciente como receptor. Un orden diferente producirá una enfermera responsable ante sí misma y ante sus pacientes. Los cambios empiezan a ser evidentes en algunos sistemas donde las enfermeras están presentes en los consejos de dirección y poseen voz y voto; el papel de todos los profesionales está cambiando. Cuando el hombre se observa desde un punto de vista holístico, cambian las necesidades de atención y el liderazgo del equipo multidisciplinario ya no puede ser función de uno solo, sino que es determinado por las necesidades demostrables del usuario; por lo tanto, la adminis-

tración debe responder en forma adecuada a los aportes a la elaboración de las políticas de los representantes de todas las personas involucradas, incluyendo todos los proveedores y beneficiarios de la atención.

## **MISION DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD**

Una misión, cuando es aceptada por un grupo o se asigna a éste, implica que hay un consenso sobre el propósito y, en el caso del Sistema de Servicios de Salud, también un convenio acerca de las personas a quienes debe servir y cómo deben ser servidas. Existe el acuerdo de que los proveedores de atención de salud ofrecerán el mejor cuidado posible teniendo en cuenta los conocimientos y habilidades disponibles, pero no se ha llegado a determinar la definición de la salud ni qué constituye su atención; por otra parte, tampoco existe un convenio sobre cuándo y cómo deben ofrecerse cuidados de salud ni quién debe brindarlos y quién ha de ser el beneficiario; por ejemplo, el principal objetivo del programa Medicaid es proporcionar a las personas de bajos ingresos las mismas oportunidades de acceso a los servicios de salud; no obstante, en un estudio sobre la participación de los pediatras en el programa Medicaid, publicado en *Pediatrics*, se hizo la siguiente declaración: "Un pediatra toma diversas decisiones en cuanto al hecho de participar en el programa Medicaid; la primera consiste en decidir si tratar o no a pacientes de este programa; la decisión es de gran importancia porque la falta de participación de los pediatras ejerce un gran efecto en el acceso de los niños de escasos recursos a la atención de salud que se brinda en los consultorios de médicos privados" (Davidson, 1983, p. 553).

El concepto de salud está cambiando de la simple ausencia de enfermedad a la inclusión de varias condiciones de existencia y se acepta que el estado de salud de un individuo es más el resultado de su interacción con el medio ambiente que de la atención médica que recibe. El sistema todavía se inclina mucho a la atención de la enfermedad en lugar de mejorar la salud mediante la corrección de los factores perjudiciales para ésta. Se ha producido una gran agitación por el cambio, cuya naturaleza se define equivocadamente (excepto en el caso de intereses creados), en especial porque no se ha elaborado una política nacional respecto a la salud (definiendo la política como un curso de acción adoptado y seguido por un gobierno a cualquier nivel). La política está formada por muchas fuerzas sociales y de grupos con intereses especiales dentro y fuera del sistema. "Sin embargo", afirma Banta, "están comenzando a surgir las líneas generales de una política nacional de salud; se ha llegado a un consenso sobre algunas necesidades críticas relativas a la organización de la atención médica y de la salud: urgencia de garantizar el acceso a los servicios primarios de salud, planificar y organizar los servicios sanitarios en una región, fomentar la práctica de grupo y la medicina en equipo, capacitar a los trabajadores de la salud para que sean capaces de desempeñar las tareas del futuro y crear un sistema nacional de seguros de salud" (Banta, 1981, p. 353).

Cada vez se siente una mayor insatisfacción con el sistema o sistemas de servicios de salud, con la fragmentación, carácter impersonal y, sobre todo, con el costo. Nosotros, como nación, nos sentimos orgullosos de la amplia variedad de controles públicos y privados que existen en otras áreas, como la educación superior, donde

la combinación se considera una fuerza nacional. La historia del Sistema de Servicios de Salud es diferente a la de la educación superior en la que el gobierno de Estados Unidos comenzó a participar muy pronto. El ingreso del estado en la prestación de servicios de atención de salud es un fenómeno relativamente reciente y todavía falta definir con exactitud su función para que la combinación de las contribuciones públicas y privadas dé por resultado servicios más eficientes.

Se han presentado varias propuestas para el National Health Insurance, algunas en el régimen de Carter y muchas más durante la administración Reagan, cada una de las cuales es en cierta forma anómala porque representa los deseos de un grupo determinado o porque trata de satisfacer a todos y no logra satisfacer a nadie. De vital importancia para la evaluación de cualquier plan es la comprensión de que el cambio en el sistema de pago, tan sólo al National Health Insurance, sin modificar la forma en que se prestan servicios de salud, no brinda una respuesta adecuada a las necesidades humanas; pruebas de esto pueden encontrarse en los resultados obtenidos de los programas de Medicare y Medicaid, que modificaron la forma de pago de la atención, pero no produjeron cambios en la prestación de servicios de salud con abusos subsecuentes.

A pesar, como afirma Banta, que están comenzando a surgir las líneas generales de una política nacional de salud, el gobierno de Estados Unidos, preocupado en exceso por los altos costos del Medicare y por las incongruencias en las cuotas de las distintas instituciones, inició un nuevo sistema de pago a los hospitales, previamente, el Medicare pagaba a los hospitales lo que pedían como costo de atención, y las peticiones variaban de una institución a otra. Con objeto de remediar las incongruencias y de reducir los costos, el 1° de octubre de 1983 una nueva forma de reembolso, el grupo de diagnósticos relacionados, comenzó un período de ajuste paulatino de tres años. "Para fines de 1986, todos los hospitales recibirán una cuota fija por cada paciente del Medicare que describa su estado, de acuerdo con el grupo de diagnósticos relacionados" (Hunt, 1983, p. 262). Como se afirma en la introducción al Título VI (Enmienda de Seguridad Social P.L. 98-21), "El proyecto de ley tiene por objeto mejorar la capacidad del programa Medicare para actuar como comprador prudente de servicios, y predecir las cantidades que deben pagarse tanto al gobierno como a los hospitales. Más importante aún es que tiene el propósito de reformar los incentivos financieros que tienen que enfrentar los hospitales, fomentar la eficiencia en la prestación de servicios recompensando a los hospitales que tienen prácticas de costos eficientes". Algunos cambios estipulados en la enmienda son: (1) Determinar las tarifas en forma prospectiva. (2) Excluir del sistema de pago prospectivo los costos relacionados con el capital (depreciación, interés, renta), aunque se cubran de acuerdo con una "base razonable de costos". Se llevará a cabo una eliminación gradual de la devolución equitativa a los hospitales privados. (3) Separar los gastos directos e indirectos de la educación médica de los factores utilizados para determinar los pagos. Tales gastos (incluyendo los programas de educación en enfermería) se pagarán sobre la base del "costo razonable"; no obstante, seguirán considerándose para las necesidades especiales de enseñanza en los hospitales. (4) Están exentos atención psiquiátrica, cuidados de larga duración, rehabilitación y hospitales pediátricos. El sistema del grupo de diagnósticos relacionados se creó para los hospitales que brindan atención intensiva de corta

duración. Asimismo, existen disposiciones para evaluar las admisiones y supervisar la calidad. (5) El secretario tiene autorización para aprobar un sistema estatal de control de costos que cumpla criterios específicos. Las organizaciones dedicadas a conservar la salud requieren un tratamiento especial ya que el empleo de servicios hospitalarios por parte de sus miembros difiere del que ofrecen los individuos amparados por un plan de seguro de salud. (6) El secretario comenzará a recopilar información y a estudiar la factibilidad e idoneidad de incluir los pagos médicos en el sistema tan pronto como sea posible.

Si se especula sobre el significado que tiene el sistema para la enfermería, tal vez sea el momento oportuno de reafirmar la eficiencia de los costos de la enfermería profesional y de presentar una vez más la alternativa a los altos costos de atención preventiva. "La enfermería debe participar activamente en la elaboración de programas de promoción de salud y prevención de enfermedades que, en última instancia, disminuyan la dependencia de intervenciones tecnológicas de alto costo" (Fagin, 1982, p. 59). Por lo menos en teoría, el grupo de diagnósticos relacionados ofrece la oportunidad de separar los costos de enfermería de las cuotas diarias del hospital y de calcular los gastos de enfermería en que incurren pacientes en las distintas clasificaciones. No cabe duda de que esto nos afectará a todos, usuarios y prestadores de servicios de salud, aunque no se sabe con certeza cuáles serán los efectos. La teoría de sistemas nos enseña que los cambios producidos en una parte del sistema afecta a todas las demás. Un cambio posible propuesto es crear un servicio nacional de salud, diseñado para brindar asistencia a toda la población y financiado en su totalidad por dinero del erario, pero hasta el momento no existen pruebas de ningún movimiento legislativo en esa dirección.

En la actualidad, el fondo del asunto es planificar la salud lo cual, dado que el sistema de prestación de servicios afecta a todos los estadounidenses, debe hacerse a través de la representación de los consumidores y los diversos grupos de proveedores. Es preciso escuchar todas las voces e identificar todas las preocupaciones y prioridades. El proceso de planificación en sí mismo se convierte así en un medio educativo para reducir las brechas existentes y evitar la creación de dos niveles de atención. En este momento, parece haber por lo menos dos puntos de vista divergentes acerca del futuro de atención de la salud, uno hacia el servicio nacional de salud, y otro, como afirma Starr, dirigido a la administración corporativa. "Al parecer, la atención médica en Estados Unidos se encuentra en las primeras etapas de una transformación fundamental en su estructura institucional. Las corporaciones han comenzado a integrar lo que hasta ahora fue un sistema hospitalario descentralizado". Con la introducción de una variedad de nuevas empresas de atención de salud y la consolidación y control de la propiedad, el sistema de servicios de salud puede llegar a convertirse en una industria dominada por inmensos conglomerados (Starr, 1982, p. 428). Starr observa que el cambio a una filosofía corporativa ya ha dado lugar a una "mentalidad comercial" en los servicios de salud; las instituciones médicas son dirigidas por graduados de las facultades de administración; ya no predomina el ideal profesional. Las nuevas organizaciones ejercerán una poderosa fuerza política que se opondrá al programa nacional de salud y presentará resistencia a la participación y responsabilidad del público. Es más probable que las instituciones lucrativas limiten sus servicios a aquellas personas que cuenten con seguro



médico privado. El trabajo voluntario no es una característica de la ética corporativa.

## **RESPONSABILIDAD LEGAL DE LA ENFERMERIA PROFESIONAL EN UNA AMPLIA VARIEDAD DE AMBIENTES DE SERVICIOS DE SALUD**

Sin importar la estructura del Sistema de Servicios de Salud, la profesión de enfermería tiene derechos y responsabilidades en la prestación de servicios. El derecho fundamental de cualquier profesión es controlar su ejercicio, y su compromiso básico es responsabilizarse del servicio que pretende ofrecer.

### **Control de las decisiones de enfermería profesional: Administración y práctica de enfermería**

La ANA, en su calidad de sociedad profesional de enfermería en Estados Unidos, tiene la responsabilidad de definir y determinar el alcance del ejercicio de la enfermería. En 1980 se publicó el documento, *La enfermería: Una declaración de política social*, para cumplir con esta responsabilidad. Burge afirma que el informe de política social brinda interpretaciones específicas y claras de la práctica de enfermería, al mismo tiempo que identifica la responsabilidad de ésta con el público y con los demás profesionales de la salud (Burge, 1983, p. 65). Otros dos documentos publicados por ANA contribuyen también a establecer las reglas de atención de enfermería que garantizarán la protección de los pacientes; estos dos documentos son *Normas para la práctica*, escrito en 1975, y *Guía de políticas para las leyes estatales sobre el ejercicio de la enfermería*, publicado en 1980. Las normas identifican supuestos y creencias fundamentales para la práctica, descripción de los distintos tipos de personal de enfermería, calificaciones relativas a la preparación educativa, y alcance de la práctica. La guía de políticas de ANA refuerza la premisa de que debe protegerse la salud y el bienestar con un mínimo de reglamentación gubernamental y existir una comparación y un equilibrio entre las reglas gubernamental y profesional de la práctica de enfermería (Burge, 1983, p. 64). En el Capítulo 12, "Proceso de enfermería" se analizan estas normas.

El control de la enfermería debe estar en manos de enfermeras. Para conceder a la enfermería una condición verdaderamente profesional, debe actuar independientemente al elaborar sus políticas y controlar sus actividades. Ser una entidad autónoma significa que se ha conferido autoridad a un grupo ocupacional para definir el alcance de su práctica, delinear sus funciones específicas y fijar metas y responsabilidades en la prestación de sus servicios. El grado de autonomía profesional otorgado depende de la eficacia de los esfuerzos del grupo en el ejercicio del poder, ya que no hay autonomía sin poder, y sin autonomía resulta imposible alcanzar el estado profesional en todos sus aspectos (Aydelotte, 1983, p. 832); en consecuencia, para que las enfermeras controlen la enfermería deben participar en la planificación del ejercicio del poder.

La expresión *ejercicio del poder* se refiere al establecimiento y conservación de convenios sociales, políticos y económicos mediante los cuales los practicantes de

una profesión ejercen control sobre su práctica, autodisciplina, condiciones de trabajo, y asuntos profesionales. Hasta hace poco tiempo, la enfermería fue siempre incapaz de poner en práctica convenios eficaces para adquirir poder a causa de diferentes obstáculos. Aydelotte identifica el obstáculo más importante en la lucha de la enfermería por el ejercicio del poder como la organización burocrática hospitalaria que impide a las enfermeras asumir papeles autónomos en la prestación de servicios. Por otra parte, afirma que el número insuficiente de líderes bien preparados en enfermería y los movimientos recientes de los sindicatos laborales para que las enfermeras se unan a sus filas constituyen también obstáculos (Aydelotte, 1983, pp. 835-837).

Con el fin de ayudar a la enfermería a obtener el control mediante el ejercicio del poder, en 1981 la Comisión sobre Servicios de Enfermería de la ANA presentó algunas formas de lograr el control deseado. De acuerdo con los testimonios presentados a la Comisión Nacional de Enfermería en febrero de 1981, ésta debe poseer autonomía y control presupuestario a fin de hacerse responsable de la calidad de la práctica de enfermería. Es preciso introducir políticas institucionales que incluyan mecanismos de dirección conjunta, educación continua para el personal, comités de práctica conjunta, e incentivos para la promoción y educación.

Poner en práctica estas recomendaciones ayudaría a las enfermeras a vencer los obstáculos creados por la organización burocrática de los hospitales y a adquirir un mayor control de su práctica. Asimismo, el desarrollo ulterior de líderes de enfermería bien preparados es esencial para el progreso de una profesión autónoma. La asociación profesional tiene la responsabilidad de representar los intereses y preocupaciones profesionales de las enfermeras. Aydelotte cree que para lograr una condición verdaderamente profesional, las enfermeras de todos los niveles de empleo y de todos los ambientes de atención deben participar en la resolución de los términos y condiciones de su empleo y tomar decisiones que afecten la calidad de la atención que proporcionan, ya sea como empleadas o como prestadoras independientes de servicios (Aydelotte, 1983, p. 837).

Ser miembro del equipo interdisciplinario de salud es de suma importancia para analizar la responsabilidad legal de la enfermería profesional; en consecuencia, se estudiará este aspecto y se identificarán los problemas de las enfermeras que participan como miembros titulares.

### **Participación en el equipo interdisciplinario de atención de la salud**

Es conveniente que las enfermeras participen como miembros activos en los equipos interdisciplinarios de atención de la salud. Se considera que el usuario tiene necesidad de todos los miembros y la meta de ayudar al paciente es común a ellos; no obstante, existen algunos problemas relacionados con la participación total de las enfermeras, ésta implica igualdad de condiciones, pero por razones de identidad, preparación educativa, y desempeño de funciones, las enfermeras todavía no se encuentran en igualdad de condiciones. Hay una participación desigual debido a que la base teórica en la cual se sustenta la práctica de la enfermería es cambiante, no se ha desarrollado por completo, y todavía no se llega a un acuerdo sobre las

credenciales básicas para ingresar en la práctica de enfermería. En consecuencia, es necesario trabajar más en el desarrollo teórico, y las enfermeras deben tomar la decisión de establecer el grado de licenciatura en enfermería como requisito mínimo para entrar en la práctica profesional. Cuando se logren estos avances, aumentarán las posibilidades de que las enfermeras colaboren como miembros activos de los equipos interdisciplinarios de atención de la salud.

Algunos autores han hecho a un lado el nivel actual de participación de las enfermeras en los equipos interdisciplinarios de salud y han imaginado una función mucho más amplia para éstas. La Monica afirma que si se hace hincapié, primero en la prevención y luego en la curación, el control de los servicios de salud que ejerce la American Medical Association (AMA) estará amenazado y pasará a ocupar una posición defensiva para sobrevivir a causa de la insatisfacción de los consumidores por la atención de salud. La Monica propone que las enfermeras obtengan el poder personal que están perdiendo los médicos para asegurarse una posición única en el panorama futuro de los servicios de salud. Esta autora considera que si las enfermeras son capaces de asumir este poder, la profesional del mañana será básicamente una practicante independiente de atención primaria de la salud o una "ayudante" de los usuarios mientras éstos tratan de mantener y perfeccionar al máximo su condición saludable. Estas enfermeras, que colaborarán con todos los proveedores de servicios, llamarán a los médicos como asesores cuando, por ejemplo, sea necesario curar una enfermedad, o al trabajador social cuando se requieran sus conocimientos especializados. Creemos que este tipo de enfermera coordinará todos los servicios de salud del usuario y será *el* proveedor primario de atención, tanto en la práctica privada o como líder de un equipo interdisciplinario de atención como los que se ven en la actualidad en organizaciones y clínicas de conservación de la salud. Estas enfermeras profesionales admitirán y observarán a los pacientes en los hospitales, y planificarán una atención de enfermería individualizada y completa que siga el proceso de la enfermería en colaboración con las enfermeras técnicas, que serán empleadas por los hospitales, y con otros miembros del personal de los servicios de salud. Además, La Monica hace una clara diferenciación de la práctica de la enfermera profesional y afirma que cuando la conservación de la salud constituye el principal interés del usuario, la enfermera profesional puede funcionar en forma independiente; cuando la curación o rehabilitación son prioridades, actuará de manera interdependiente con médicos y demás miembros del equipo de atención de salud, y cuando el sostenimiento de la vida predomine, la enfermera puede proceder en forma independiente o interdependiente, según el caso (La Monica, 1983, pp. 490-491).

Sin embargo, Rogers señala un problema; afirma que conforme avanza la enfermería hacia la adquisición de una identidad científica y hacia las acciones independientes, aumentan los conflictos con el poder y los intereses de lucro; este conflicto acabará por resolverse porque el público exige cada vez con mayor frecuencia libertad de elección, consentimiento fundamentado y alternativas en los proveedores y en los servicios de salud. En consecuencia, en el mundo del mañana Rogers (1983, p. 799) contempla centros autónomos de enfermería que incrementarán la práctica profesional independiente de la enfermería.

Christman manifiesta otra opinión sobre el futuro de la enfermería unida al

equipo interdisciplinario de atención de salud; este autor sostiene que se producirá un aumento en las alianzas funcionales entre las distintas disciplinas y profesiones, manifestándose en la drástica reducción de la territorialidad y en el igualmente drástico incremento de las actividades cooperativas. Con el fin de alcanzar este estado, todas las profesiones relacionadas con la salud, incluyendo enfermería, poseerán preparación a nivel de doctorado como requisito indispensable para practicar la profesión y tomarán su especialización de la misma base clínica. Christman considera que esto reducirá las dificultades de comunicación y hará posible la democratización total de las profesiones, sobre todo en el campo de la enfermería, donde la mayoría abrumadora de mujeres blancas se rendirá a las presiones sociales, todas las profesiones sanitarias tendrán una proporción igual de colaboradores de ambos sexos, y los grupos minoritarios obtendrán una representación adecuada. Christman considera además que la intensa necesidad de depender de la capacitación científica modificará la organización de la salud e introducirá nuevos modelos de atención. "Tal vez veamos como los primeros equipos multidisciplinarios sustituyen a la enfermería primaria, porque esta forma de matriz puede llegar a ser el requisito fundamental para manejar eficientemente el cuidado de los pacientes" (Christman, 1983, pp. 803, 804).

Estas perspectivas futuras de la enfermería resultan excitantes para las enfermeras que practican actualmente la profesión; sin embargo, es preciso recordar que conforme cambiamos se producen grandes desigualdades en nuestra velocidad de progreso y en los puntos de partida. En la amplia variedad de ambientes donde se ejerce la enfermería pueden apreciarse marcadas diferencias en la forma como se practica. El hecho de tener puntos de partida tan distintos constituye un gran desafío. Uno de los principales problemas que hay que resolver es si la enfermería será capaz de aceptar este reto y colaborar en él.

En el Capítulo 15 se analiza la teoría del cambio planificado. Esta teoría debe emplearse para facilitar la prestación eficaz de los servicios de salud y conservar la integridad de su sistema; no obstante, el cambio debe producirse primero en la enfermera individual y en su visión de la enfermería, después evolucionar dentro de la profesión y, por último, deberá reflejarse en el Sistema de Servicios de Salud. Si creemos que el cambio comienza con el individuo, se reflejará en los programas educativos que deben tratar de desarrollar en éste la comprensión del propio yo y su relación con la práctica. Los líderes entrenados en esta forma serán capaces de ayudar a sus colegas a realizar cambios dentro de la profesión de enfermería. Los profesionales convencidos de su valor adquirirán credibilidad como agentes del cambio y, por ende, producirán innovaciones efectivas dentro de todo el Sistema de Servicios de Salud.

---

## **BIBLIOGRAFIA**

---

- ANA starts project to advance national health policy agenda. *Am Nurs* 15:1,20, 1983.
- Aydelotte ML: Professional nursing: The drive for governance. *En* Chaska N (ed): *The Nursing Profession: A Time to Speak*. Nueva York, McGraw-Hill, 1983.

- Banta D: The federal legislative process and health care. *En* Jonas S (ed): Health Care Delivery in the United States. Nueva York, Springer, 1981.
- Berg B: A touch of home in hospital care. *NY Times Magazine*, 90-98, nov. 27 de 1983.
- Blum HL: Expanding Health Care Horizons, 2 ed. Oakland, Third Party, 1983.
- Burge JM: The power of organizations. *En* Stevens K (ed): Power and Influence: A Source Book for Nurses. Nueva York, John Wiley & Sons, 1983.
- Chaney HS, Knebel EA: Health care agencies and power. *En* Stevens K (ed): Power and Influence: A source Book for Nurses, Nueva York, John Wiley & Sons, 1983.
- Chaska NL (ed): The Nursing Profession: A Time to Speak. Nueva York, McGraw-Hill, 1983.
- Chaska NL: Winter of discontent and invincible springs. *En* Chaska N (ed): The Nursing Profession: a Time to Speak. Nueva York, McGraw Hill, 1983.
- Chopoorian T, Craig MM: Nursing and health care delivery. *Am J Nurs*, 76: 1988-1991, 1976.
- Christman L: The future of nursing is predicated by the state of science and technology. *En* Chaska N (ed): The Nursing Profession. A Time to Speak. Nueva York, McGraw-Hill, 1983.
- Claus KE, Bailey JT: Power and Influence in Health Care: A New Approach to Leadership. St Louis, CV Mosby, 1977.
- Cleland VS: Reimbursement for nursing practice. *En* Chaska N (ed): The Nursing Profession: A Time to Speak. Nueva York, McGraw-Hill, 1983.
- Davidson SM: Full and limited Medicaid participation among pediatricians. *Pediatr* 72:552-559, 1983.
- DeSantis G: Power, tactics and the professionalization process. *Nurs Health Care* 3:14,17, 24, 1982.
- Fagin CM: Nursing as an alternative to high-cost care. *Am J Nurs* 82:56-60, 1982.
- French JRP hijo, Raven B: The bases of social power. *En* Cartwright D (ed): Studies in Social Power. Ann Arbor, University of Michigan, 1959.
- Griffith H: Competition in health care. *Nurs Outlook* 31:262-265, 1983.
- Hunt K: DRG-what it is, how it works and why it will hurt, *Med Eco*: 262-272, 1983.
- Kelly LY: Dimensions of Professional Care, 4 ed. Nueva York, Macmillan, 1981.
- La Monica EL: The nurse as helper: Today and tomorrow. *En* Chaska N (ed): The Nursing Profession: A Time to Speak. Nueva York, McGraw-Hill, 1983.
- MacElveen-Hoehn P: The cooperation model for care in health and illness. *En* Chaska N (ed): The Nursing Profession: A Time to Speak. Nueva York, McGraw-Hill, 1983.
- MacKenzie WJM: Power and Responsibility in Health Care. Oxford, Inglaterra, Oxford University, 1979.
- Nursing: A social policy statement. Kansas City, Mo, American Nurses' Association, 1980.
- Rogers ME: Beyond the horizon. *En* Chaska N (ed): The Nursing Profession: A Time to Speak. Nueva York, McGraw-Hill, 1983.
- Starr P: The Social Transformation of American Medicine. Nueva York, Basic Books, 1982.

Stevens KR (ed): *Power and Influence: A Source Book for Nurses*. Nueva York, John Wiley & Sons, 1983.

Stevens KR: Power as a positive force. *En* Stevens KR (ed): *Power and Influence: A Source Book for Nurses*. Nueva York, John Wiley & Sons, 1983.

Wilson FA, Neuhauser D: *Health Services in the United States*, 2 ed. Cambridge, Ballinger, 1982.

## Capítulo 11

# *Responsabilidad ante el público, la profesión, el patrón y el yo*

*Susan E. Gordon*

### **PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR**

1. ¿Qué diferencia hay entre la responsabilidad de la autonomía y la autoridad?
2. ¿Cuáles son las preguntas fundamentales que la enfermera profesional debe responder para ser responsable ante el usuario/público?
3. ¿Qué relación existe entre el nivel educativo del practicante de enfermería y su responsabilidad en la práctica?
4. Mencionar algunos resultados positivos donde la enfermera sea responsable ante los usuarios, la profesión, el yo y la institución que la emplea.
5. Empleando el cuestionario que se proporciona, ¿cómo se evalúa a sí misma respecto a la responsabilidad?

La responsabilidad es un concepto que ha estado presente en la enfermería durante mucho tiempo, aunque el empleo de la palabra en sí misma es relativamente reciente. En su acepción más sencilla, responsabilidad es sinónimo de obligación y, en este sentido, la emplea Florence Nightingale en sus escritos. Cuando se refiere a la responsabilidad de la enfermera sobre el estado de la habitación del enfermo (Nightingale, 1859, p. 45) o a la necesidad de que la enfermera tenga mucho cuidado para evitar accidentes a los pacientes (Nightingale, 1859, p. 66), o al hecho de que “A menudo he visto enfermeras muy competentes totalmente desanimadas porque no pudieron convencer al médico del peligro real que corrían sus pacientes” (Nightingale, 1859, p. 68), se refiere a la responsabilidad u obligación que tiene la enfermera con su paciente.

Tal vez el epítome de la enfermera responsable sea la enfermera privada del pasado, quien se hacía cargo de un “caso” y permanecía con él hasta que el paciente dejaba de necesitar los servicios de enfermería. El enfermo era una gran responsabilidad para la enfermera y, a su vez, ésta se encontraba a cargo y era responsable de la atención de enfermería, vida, y espacio de dicho paciente.

Sin embargo, después de la Gran Depresión de los años 30, disminuyó el porcentaje de enfermeras dedicadas a la enfermería privada y aumentó el número

de las que formaban parte del personal de los hospitales (Dachelet, 1979, p. 15), con una orientación sumamente funcional en aquel tiempo. Resultaba muy difícil asignar responsabilidades, ya que la atención de cada paciente se dividía entre varias enfermeras y auxiliares de enfermería. La responsabilidad llegó a limitarse a la aplicación de tratamientos aislados, que podían ocasionar la caída de la enfermera si se descuidaba o cumplía incorrectamente las indicaciones. En consecuencia, el concepto de responsabilidad se relacionaba con situaciones negativas y adquirió una connotación punitiva. Las enfermeras eran legalmente responsables de sus acciones o de la omisión de acciones necesarias, pero con frecuencia no estaban conscientes de ello, muchas creían que la obligación final correspondía a la institución, que las “cubriría” en caso de que se presentara un juicio legal. No funcionaba el concepto de responsabilidad en sentido profesional, y no cabe duda de que éste no tenía características positivas en cuanto a las enfermeras particulares. Esta situación ha permanecido hasta la actualidad (Clifford, 1981, p. 20).

Actualmente, en la década de los años 80, la responsabilidad ha pasado a ocupar el primer plano y ha adquirido una importancia y una visibilidad que nunca antes había tenido. ¿Por qué es la responsabilidad la palabra clave del futuro de la profesión de enfermería? ¿Por qué se ha convertido en un nuevo encabezado del *Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature*? ¿Por qué es el tema de innumerables artículos y talleres y por qué está tan inexplicablemente relacionada con la naciente condición profesional de la enfermería?

## **DEFINICION DE RESPONSABILIDAD Y OTROS CONCEPTOS RELACIONADOS**

---

Antes de embarcarnos a responder las preguntas anteriores y otras interrogantes, es necesario definir la palabra responsabilidad. Se trata de un término que se confunde cada vez más y se emplea en lugar de autonomía y autoridad, aunque no son sinónimos, pero sí está relacionado con ambos (Batey, 1982, p. 13). Es preciso esclarecer el significado de estas tres palabras.

Responsabilidad sigue conservando su significado original de obligación, aunque se le ha agregado una nueva dimensión, que es capacidad de responder, necesidad de ofrecer respuestas, y explicaciones a otras personas; esta capacidad de responder puede referirse al público, a otros miembros de la profesión, a la institución en la que trabajamos, y a uno mismo. Como afirma la American Nurse's Association en su Código para las Enfermeras, esta responsabilidad

se refiere a la capacidad de responder a alguien por algo que hemos hecho. Significa dar una explicación a uno mismo, al usuario, a la institución que lo emplea y a la profesión de enfermería. (American Nurse's Association, 1976, p. 10).

Otra dimensión de la responsabilidad es presentar informes, incluida en la siguiente definición:

(Responsabilidad es) ... el desempeño de una obligación formal de presentar a



las personas convenientes los propósitos, principios, relaciones, resultados, ingresos y gastos sobre los cuales tenemos autoridad. Esta información debe ser sistemática, periódica, y llevarse a cabo en forma congruente... La presentación es obligación de la persona responsable y de nadie más (Batey, 1982, p. 10).

En consecuencia, responsabilidad es el estado de ser responsable y tener la capacidad de responder por los comportamientos y resultados incluidos en la función profesional, como se refleja en los informes periódicos escritos de dichos comportamientos y sus resultados.

A diferencia de esto, autonomía se refiere a la independencia de funcionamiento. Autonomía significa que una persona puede desempeñar todas sus funciones profesionales sobre la base de sus propios conocimientos y juicios y, además, que otras personas reconozcan el derecho de hacerlo así. Por supuesto, este concepto está relacionado con la responsabilidad, ya que un individuo que se desenvuelve en forma autónoma debe responsabilizarse de su comportamiento.

El último término es autoridad, que puede definirse como el hecho de encontrarse en posición de tomar decisiones y de influir sobre los demás para que actúen de una manera determinada de acuerdo con tales decisiones. Indudablemente también este término se relaciona con la responsabilidad, ya que quien sustenta autoridad es responsable de sus decisiones, de sus propias acciones, y de las de todas las personas que actúan sobre la base de sus decisiones; además, la autoridad está relacionada con la autonomía, ya que los individuos con autoridad suelen actuar con independencia al desempeñar la totalidad o parte de sus papeles respectivos.

En la literatura sobre enfermería es posible observar el desarrollo ulterior de estas relaciones. Según Batey:

Obligación, autoridad, autonomía y responsabilidad se encuentran relacionadas de manera muy compleja. Obligación y autoridad son condiciones necesarias para lograr autonomía y responsabilidad. Resulta ilógico e inapropiado que una organización haga responsable a un departamento o a un individuo de actividades sobre las cuales no ejerce ninguna autoridad... La autonomía también es una condición necesaria de la responsabilidad dentro de las áreas donde tiene obligaciones el servicio de enfermería... La responsabilidad es un ejercicio ineficaz y una experiencia fracasada a menos que se relacione con la autonomía del servicio de enfermería. El proceso de cumplir la obligación formal de la enfermería de presentar y comunicar, requiere que el servicio tenga poder formal y legítimo para realizar las acciones que considere importantes. La responsabilidad no es más que un concepto falso si no existe la oportunidad de tomar decisiones que impliquen una obligación. (Batey, 1982, p. 13).

Bergman estima que esta relación es un poco diferente al considerar que obligación y autoridad (junto con capacidad) son condiciones previas a la responsabilidad. De acuerdo con ella:

La condición previa fundamental es poseer la capacidad ... de decidir y actuar ante un problema específico. A una persona se le debe dar o debe asumir la

responsabilidad de realizar una acción determinada. A continuación, necesita autoridad, es decir, el respaldo formal, derecho legal de tener la obligación. Por último, una vez satisfechas estas condiciones previas, el individuo puede responsabilizarse de los actos que realiza. (Bergman, 1981, pp. 54-55).

En consecuencia, lo que se desarrolla en este caso es un grupo de conceptos, relacionados entre sí, pero no iguales, que proyectan la imagen de un individuo responsable e independiente, capacitado para tomar decisiones e influir sobre otras personas para que actúen de acuerdo con ellas, y capaz de responder por su comportamiento y el de sus colaboradores. Esta es la imagen que trata de conseguir la profesión de enfermería para todos sus miembros y constituye la razón de la corriente ascendente en el interés e importancia del concepto de responsabilidad. Como lema seleccionado por el Consejo Internacional de Enfermeras para el cuatrienio 1977-1981, la "responsabilidad" es parte inherente de la imagen de la enfermera profesional de la década de los 80 y del futuro (Bergman, 1981, p. 54). En realidad, forma parte de la imagen de todos los profesionales. La responsabilidad es una característica indispensable de los individuos que desean ejercer autoridad y actuar con autonomía, una de las características de las enfermeras de nuestros días.

## **RESPONSABILIDAD DE UNA PROFESION**

---

Conforme la enfermería se convierta en una verdadera profesión, se espera que aumente su preocupación e interés por la responsabilidad, ya que ésta se ha reconocido siempre como una de las marcas distintivas de una profesión. Este punto de vista recibe el apoyo de la obra de Flexner donde se caracteriza a las profesiones, en la cual señala que es más probable que una profesión responda al interés del público que los individuos aislados y desorganizados (Flexner, 1915). En términos de participación de enfermería con su propia profesionalización durante los años 50 y 60, es evidente en la opinión de Bixler (1959, p. 1142), que una profesión funciona en forma autónoma en la formulación de su política profesional y en el control de la actividad profesional. McGlothlin explica que una profesión emprende tareas que requieren el ejercicio del juicio al aplicar los conocimientos a la resolución de problemas y acepta la responsabilidad por los resultados obtenidos (McGlothlin, 1961, p. 214).

Sin embargo, para ser responsable, una profesión debe saber de qué se responsabiliza, y, para ello, la profesión tiene que establecer normas profesionales y tratar de imponerlas. La ANA, organización de enfermería profesional de mayor importancia, lo hizo con sus Normas para la Práctica, Servicio y Educación de Enfermería. De esta manera, cumplió con una de las funciones de las organizaciones profesionales establecidas por Merton (1958, p. 50), que consiste en proporcionar los medios necesarios para que los miembros de una profesión puedan juzgar la competencia de sus integrantes. A través de las Normas, la ANA ha contribuido en gran medida a la capacidad de la profesión de enfermería para que ésta sea verdaderamente responsable.

Si emplea como guía las Normas para la Práctica de la Enfermería (American Nurse's Association, Congreso para la Práctica de la Enfermería, 1973, pp. 1-6),

la enfermera puede observar con toda claridad el alcance y los límites de la práctica; puede internalizar todo aquello de lo que es responsable. Por otra parte, utilizando las Normas para el Servicio de Enfermería, una organización de servicios de enfermería puede supervisar su responsabilidad colectiva.

Asimismo, la enfermera dispone de otro documento para guiar su práctica, el Código para las Enfermeras, elaborado también por ANA. De naturaleza semejante a la de un código ético, este documento brinda un marco definido dentro del cual la enfermera puede tratar de mantener las normas de atención. Si quedara alguna duda respecto a la responsabilidad de la profesión de enfermería, el Código la desvanece enfrentando directamente el problema, como se afirma en el punto 4 del mismo, "La enfermera asume obligación y responsabilidad de los juicios y acciones individuales de enfermería" (American Nurse's Association, 1976, p. 10).

Otros aspectos del Código no se refieren directamente al problema de la responsabilidad, sino que, al analizar diversos factores que constituyen apuntes necesarios de la responsabilidad, respaldan el concepto en forma indirecta. Estos factores incluyen la supuesta competencia de la enfermera, su empleo del juicio fundamentado, y su participación en la investigación de enfermería.

En este punto, debe ser muy evidente que la enfermería es responsable como profesión y que sus practicantes también lo son. A lo largo del análisis anterior ha quedado implícita la responsabilidad de las enfermeras ante el público y la profesión. Por otra parte, como muchas enfermeras son empleadas de instituciones de salud, en lugar de trabajar en forma independiente, es preciso considerar también el área de responsabilidad para con la institución. En vista del énfasis concedido actualmente a la autorrealización y al crecimiento, es importante agregar que la enfermera profesional también debe ser responsable ante sí misma.

### **Responsabilidad ante el usuario/público**

Las profesiones existen para brindar servicio al público; si bien es posible que el desempeño de su papel resulte intelectualmente estimulante, gratificante, y excitante para el profesional, finalmente la razón de dicho papel reside en su relación con el público. En consecuencia, casi por definición, la profesión debe responsabilizarse ante el público. El usuario tiene derecho a recibir la mejor calidad posible de atención, fundada en una sólida base de conocimientos y proporcionada por personas que pueden emplear dicha base de conocimientos aplicando juicios y razonamientos acertados y un sistema de valores claro y conveniente.

Conforme el usuario adquiere mayores conocimientos a través de la educación formal y tiene acceso a la educación informal que brinda una amplia variedad de medios, adquiere la capacidad de saber más sobre lo que supuestamente deberían hacer las distintas profesiones. Es capaz de exigir más y de plantear sus demandas en forma más eficiente y visible. La enfermería debe estar consciente de este incremento en los conocimientos y complejidad del usuario y prepararse para responder de manera igualmente calificada y fundamentada en conocimientos. La enfermera tiene que ser capaz de demostrar sin lugar a dudas los principios y conceptos en los que se basa la práctica, así como demostrar la capacidad de introducir en el juego un método para resolver problemas que tenga por objeto el

empleo adecuado de estos principios y conceptos. La enfermera debe conocer la importancia de documentar su trabajo y los procesos empleados en la consecución de sus metas, así como el lugar que ocupa esta documentación en la demostración de sus capacidades; debe ser capaz de formular y presentar a los demás las bases de los juicios ejercidos en el desempeño de sus funciones, señalando la extensión y profundidad de la ciencia de la enfermería y su preparación educativa; tiene que estar capacitada para elaborar y presentar a los demás el código ético o sistema de valores que le sirve de base para efectuar juicios y utilizar su base de conocimientos; en otras palabras, debe ser capaz de responder a las preguntas de los usuarios y demás personas acerca de “¿por qué hizo tal cosa?, ¿cómo llegó a una decisión semejante?” y “¿qué la hace creer que éste es el curso de acción más eficaz?” Por otra parte, tiene que ser hábil para responder a estas preguntas sin adoptar una actitud defensiva sobre ellas o respecto a la persona que pregunta, ya que el usuario tiene derecho a saber y, si la enfermera es una verdadera profesional, será su obligación dar respuestas, ya que es responsable ante el público.

### **Responsabilidad ante la profesión**

La profesión de enfermería ejerce su responsabilidad ante sí misma al cumplir su tarea de formular sus propias políticas y controlar sus actividades. Sus normas de certificación y concesión de licencias, así como aquellas que existen para formar parte de una amplia variedad de grupos y asociaciones profesionales (como Association of Operating Room Nursing Association of Critical Care Nurses, y American Academy of Nursing) dan testimonio de los esfuerzos de la enfermería por establecer políticas para su organización y cumplimiento. Por otra parte, los comités sobre conducta profesional y disciplina que existen a nivel estatal y cuyo personal está constituido en gran parte por enfermeras, son testimonio de la labor profesional en cuanto al control de sus actividades y de las actividades de sus practicantes relacionadas con el trabajo.

En relación con este aspecto de la responsabilidad, la enfermera individual debe comprender la necesidad de estar consciente y ser responsable no sólo de los propios actos, sino también de los de sus colegas. Con frecuencia, la enfermera profesional es la única que está presente para observar los comportamientos de otras enfermeras, o la única competente para evaluar la atención que brindan sus compañeros de trabajo. Si bien el hecho de comunicar las pruebas evidentes de una práctica profesional inadecuada con las autoridades correspondientes (dentro o fuera de la institución) tal vez no resulte un curso de acción atractivo, es el único posible si la enfermería desea luchar para asegurar una atención de buena calidad a todos los usuarios, y para desempeñar su función de manera verdaderamente profesional. Al acercarse en primer lugar al individuo responsable con las pruebas de su error, la enfermera que lo advirtió pone de manifiesto su simpatía y preocupación por esa persona y elimina el aspecto secreto o de espionaje que resulta tan detestable en nuestra sociedad.

### **Responsabilidad ante uno mismo**

Aunque tal vez sea cierto que el profesional está más comprometido con su carrera como fuente de satisfacción y como una labor de toda la vida que las

personas dedicadas a una ocupación o que trabajan tan sólo para ganarse la vida, en la actualidad se acepta que la vida profesional no es más que un aspecto de la existencia. Ya no se espera que la enfermera trabaje la mayor parte de sus horas de vigilia sin dedicar cierto tiempo a sus asuntos personales, y ya no está considerada propiedad exclusiva de la institución para la cual trabaja; ahora se reconoce como una persona libre e independiente, cuya vida tiene otros aspectos y facetas además del profesional; sin embargo, las exigencias del trabajo suelen hacer que tanto ella como las demás personas pasen por alto estos hechos básicos. Por otra parte, las actividades desempeñadas por la enfermera en otros aspectos de su vida pueden afectar su rendimiento profesional de una u otra manera. Por ello, la enfermera debe ser responsable ante sí misma de sus propios actos, tanto fuera como dentro del trabajo, ya que estos actos la afectan a ella y a los demás.

La enfermera que se presenta al trabajo cuando todavía está sufriendo los efectos de una celebración excesiva en sus días libres, no está preparada para realizar sus funciones en la forma que se espera de ella. La fatiga, el cambio de horario causado por un viaje en avión, o los efectos del alcohol y de las drogas, hacen que la enfermera sea un pasivo y no un activo en la situación laboral. Por otra parte, la enfermera que trabaja demasiado tiempo extra, permite que se la coloque en una posición muy por encima de su capacidad y conocimientos y trabaja siempre en un estado de gran tensión a causa de ello, reemplaza constantemente a sus compañeras del siguiente turno que no aparecen cuando deberían, no está preparada para funcionar en su vida social y personal en la forma que se espera de ella. No siempre puede esperarse que las personas importantes para la enfermera ocupen el segundo lugar después del trabajo, como tampoco debe suponerse que el trabajo ocupará siempre un lugar secundario respecto a las relaciones sociales y personales. Se requiere en todo momento de un cierto equilibrio; si se sobrepasa la cantidad de tiempo y energía dedicados al trabajo, se llegará al desgaste que todos conocemos, en el cual la enfermera no será capaz o no estará dispuesta a realizar el trabajo adecuado. Este desgaste puede extenderse a la vida social y personal perjudicando las relaciones que existan en ese ámbito (Chaska, 1983, pp. 874-875).

La responsabilidad de la enfermera ante sí misma resulta muy clara en este caso; es responsable de su propia salud física y mental, y de garantizar que todos los aspectos de su vida mantengan un equilibrio. La enfermera debe decidir cuándo dedicar más energía al trabajo y cuándo dedicarla a otros aspectos, pero sin sabotear nunca su integridad como persona permitiendo que un aspecto de su vida la absorba por completo. Cuando se encuentre en el trabajo debe dar el máximo de su capacidad, aunque en forma moderada para evitar el envejecimiento y la desolación que se producen cuando la máquina funciona siempre a todo vapor.

La responsabilidad de la enfermera para con sí misma incluye negarse a trabajar en situaciones que estime inseguras; la razón puede ser su propia falta de conocimientos o experiencia en el área, personal insuficiente o algún otro problema inherente a la situación misma. La enfermera debe ser capaz de ver que su negativa constituye, en última instancia, un servicio al usuario y a la profesión, aunque también debe estar consciente de las sanciones que se le pueden aplicar.

Esta responsabilidad incluye además el reconocimiento de sus limitaciones y el hecho de saber cuándo requiere de una mayor educación para desempeñar su papel

en forma más completa y segura. Las decisiones de otras personas (quizá de ascender al puesto de enfermera en jefe sólo a aquellos individuos que posean un título de licenciatura) no deben constituir el factor predominante en estas situaciones, ya que lo más importante es la responsabilidad personal de la enfermera.

### **Responsabilidad ante la institución**

El último aspecto de la responsabilidad de la enfermera se refiere a la institución en la que trabaja. Este aspecto se ha dejado al final del análisis porque no representa su área fundamental de responsabilidad. Aunque no carece de importancia, la responsabilidad ante la institución ha recibido demasiada atención en el pasado, cuando debería ocupar un segundo lugar respecto a la responsabilidad ante el usuario/público, la profesión y la propia enfermera; no obstante, *debe* tener un lugar.

La institución es responsable ante el público de la atención proporcionada; por ende, tiene derecho a esperar que la enfermera se responsabilice ante ella.

La calidad del trabajo de la enfermera constituye un aspecto del cual debe hacerse responsable ante la institución, éste incluye su propia preparación para el trabajo y su disposición cada vez que se presenta a trabajar. La empresa firma un contrato con la enfermera para que ésta desempeñe una labor específica en un tiempo y lugar determinados, a cambio de una remuneración establecida; en consecuencia, la enfermera debe cumplir su parte del contrato en todas estas áreas, siendo también responsable de la naturaleza del desempeño de sus compañeros y, si descubre alguna anomalía, deberá proceder como se indicó anteriormente. Por otra parte, es responsable de todas las personas sobre las cuales tiene autoridad en el ambiente laboral, y deberá estar informada de lo que hacen y cómo lo hacen, con el fin de poder ejercer su responsabilidad.

La enfermera debe rehusarse a trabajar en áreas y situaciones que considere inseguras; con esto, cumplirá con su responsabilidad ante la institución (y también ante sí misma), ya que lo que manifiesta, en efecto, es, “No pondré a la institución en posición de brindar una atención insegura”.

Otro aspecto de la responsabilidad de la enfermera se refiere a su actitud hacia la institución que ella proyecta al usuario; ésta debe ser objetiva y honesta. Es conveniente subrayar las cualidades de la institución en la medida en que las tenga, de forma realista, y sin exagerar sus deficiencias. A veces en un momento de enojo, en situaciones de tensión o después de un desacuerdo, la enfermera desacredita a la institución en grado mucho mayor del merecido; en estos casos, puede decirse que la enfermera no actuó con madurez ni responsabilidad, ya que probablemente no estuvo consciente del efecto de su declaración sobre el usuario o sobre la institución.

Durante mucho tiempo, las enfermeras han mantenido su responsabilidad con la institución por encima de sus obligaciones con los demás, hecho que no ha ayudado a fomentar la imagen deseable de que las enfermeras trabajan primordialmente en interés del público, sino que, por el contrario, ha propiciado la impresión de que están subordinadas y se encuentran bajo el control de la institución que las emplea. Es el momento de reconocer e implementar en forma total la responsabi-

lidad de las enfermeras con los elementos más importantes: usuario/público, profesión y el yo; no obstante, es preciso no perder de vista la responsabilidad de la enfermera hacia la institución que la emplea, ya que hacerlo implicaría conservar una noción incompleta de la verdadera responsabilidad de las enfermeras.

## **FUNDAMENTO DE LA RESPONSABILIDAD**

---

De la descripción anterior de responsabilidad se desprende de manera evidente que esta cualidad no puede surgir de la noche a la mañana y sin una preparación adecuada tanto en la profesión como en sus practicantes. Es necesario brindar un servicio sustantivo del cual ser responsable, y poseer una amplia variedad de habilidades y atributos que permitan ejercer dicha responsabilidad. Debe establecerse un fundamento o base bien definido.

### **Investigación y creación de una base teórica para la enfermería**

Uno de los principales factores que han contribuido a acelerar el ritmo del movimiento de la enfermería hacia una condición profesional, es el crecimiento de su base teórica y conceptual para la práctica. Este crecimiento permite que la enfermera sea verdaderamente responsable en esta era científica y tecnológica. En algunos casos, está constituido por lo que existe en ese momento y, en otros, por lo que existirá en otras áreas, como resultado de la investigación en enfermería.

Sin embargo, no es suficiente realizar investigaciones ni que hayan motivos para hacerlas si son ignoradas por las enfermeras en su práctica; si bien quienes participan en la investigación y las enfermeras inscritas en programas educativos de enfermería conocen a la perfección cantidad, calidad, y distribución de la investigación, no todas las enfermeras están enteradas de ello. Todavía no se ha producido la filtración de los resultados de la investigación en enfermería a personas que ocupan las primeras filas, a enfermeras a quienes se les suele pedir con más frecuencia responsabilidad en la práctica de la profesión. Todavía es muy rara la enfermera que introduce un nuevo elemento en la práctica a causa de los resultados de una investigación, es insólito que justifique o explique sus actos o juicios sobre la base de los efectos de una investigación, y también es raro el supervisor o administrador que recurre a ellos y utiliza su autoridad para instituir cambios basados en los resultados de las investigaciones en enfermería.

Entre las causas de este problema está la incapacidad de muchos de estos individuos de comprender y evaluar los estudios de investigación que llegan a leer, lo cual da por resultado una "incomodidad" general sobre la investigación en enfermería y causa que estas enfermeras pasen por alto la literatura relacionada con la investigación cuando se planifican cambios o se ejerce la práctica. Se necesitan con urgencia programas que ayuden a la enfermera a comprender los informes de investigación existentes, y a aplicar los resultados a las situaciones laborales. Estos programas pueden ser auspiciados por los departamentos de desarrollo de personal, asociaciones de enfermería, departamentos de educación continua, o programas creados para obtener un título, pero es preciso reconocer que son una necesidad.

## **Competencia en la práctica**

Una de las características que siempre se ha esperado encontrar en las enfermeras profesionales, es la de ser competente en la práctica. En varias ocasiones se ha discutido y disentido sobre qué constituye la práctica y el significado de la palabra “profesional” después del término enfermera. Sin embargo, todos están de acuerdo en que cualquiera que sea lo que hagan los distintos tipos de enfermeras, deben hacerlo bien. En la actualidad, a causa de los distintos niveles y tipos de personal de enfermería que forman parte del equipo de salud, es imperativo que cada nivel posea una idea clara del alcance de la práctica en ese nivel, y actúe en forma responsable hasta el límite máximo del mismo. Puede plantearse el problema de la responsabilidad de la enfermera si ésta ejerce fuera de los límites del nivel al que corresponde. No es muy conveniente para una enfermera educada a nivel licenciatura limitar sus actividades profesionales a las que podría desempeñar si tuviera un grado técnico, como asumir el papel de una enfermera con título de maestría.

La clave de la experiencia en la práctica reside tanto en los conocimientos como en las destrezas, una distinción algo artificial que, no obstante, permite una mayor claridad en este problema. La enfermería siempre ha poseído un elemento importante de habilidad o destreza manual y, en la medida en que la enfermera desempeñe una función que contenga este tipo de actividad, gentileza, rapidez y precisión seguirán siendo las marcas distintivas de la excelencia. Cuando las habilidades requeridas se encuentran en las áreas de comunicación, enseñanza, liderazgo, e investigación (llamadas habilidades o destrezas no manuales), la experiencia no es menos importante. La base de todas las habilidades es la excelencia en términos del dominio que se tenga sobre los “conocimientos de enfermería”. Las enfermeras nunca podrán esperar contribuir significativamente a los cuidados de salud en su planificación, implementación, o evaluación si todo lo hacen de manera mediocre. La competencia es un requisito indispensable de la responsabilidad.

## **Habilidades de liderazgo**

El desarrollo del liderazgo suele originar preguntas y asombro cuando se menciona por primera vez a los estudiantes de enfermería. Una respuesta frecuente es, “No todo el mundo puede llegar a ser enfermera, jefe o supervisora, ni desea ser instructora. Yo no quiero ser un líder, tan sólo deseo ser enfermera”. El hecho es que, inherente a ese papel de “enfermera” están muy involucrados los elementos del liderazgo. La capacidad de dirigir constituye uno de los aspectos más importantes del fundamento de la responsabilidad. La responsabilidad de la enfermera se extiende a áreas de conservación y promoción de la salud, así como al área de fomentar el autocuidado del enfermo, mientras éste sea capaz de hacerlo. La enfermera es un catalizador constante en el proceso del cambio, por lo menos en este nivel tan individual, sobre todo si es “tan sólo” una enfermera. Para cumplir satisfactoriamente esta parte de su papel, la enfermera debe estar bien versada en la teoría y práctica del cambio, lo cual significa virtualmente que debe ser capaz de dirigir. La enfermera desempeña el papel de líder al trabajar con sus pacientes,



las familias de éstos, y las personas que tienen alguna importancia para ellos; asimismo, es un líder al considerar la atención de la salud en sus contactos con amigos y conocidos de su comunidad; también es un líder al desempeñar y asegurarse de que se le permita desempeñar su papel como profesional involucrándose en la promoción, conservación y restablecimiento de la salud pública. La enfermera responsable no puede ejercer sin habilidades de liderazgo.

### **Marco ético**

La enfermera es responsable dentro de un marco ético, ya que no puede ser responsable en un vacío moral; debe tener como guía normas y valores en los que crea y a los cuales recurra cuando lo necesite. En cierta medida, éstos se determinan mediante los valores colectivos de la profesión que, a su vez, están parcialmente establecidos por lo que el público espera de ella, y en parte por lo que la profesión exige de sí misma. En el caso de la enfermería, el Código de Enfermería mencionado anteriormente, formaliza estos valores profesionales; sin embargo, el código ético es, en gran medida, un código personal, desarrollado en el curso y en el contexto de toda la vida del individuo, que incluye los valores aprendidos en hogar, escuela, grupos sociales, enseñanza religiosa, entorno laboral, y actividades y contactos de la vida diaria; está influenciado por antecedentes étnicos y religiosos, lugar en que se vive, y personalidad. En consecuencia, se trata de algo sumamente individual.

El código ético de una persona suele ser algo de lo que no se está muy consciente; se emplea de manera inconsciente para tomar decisiones y dirigir la propia vida aunque rara vez, por no decir que casi nunca, se saca al exterior y se analiza o, por lo menos, se reconoce su existencia. Esto es de vital importancia para la enfermera profesional, quien debe estar consciente de su propio código ético, de cómo afecta sus actos y decisiones, y de las semejanzas y diferencias con los códigos estándar de la profesión. Por lo tanto, estos conflictos deben resolverse mediante el compromiso, de manera que la enfermera se sienta cómoda y tenga confianza en la base ética que sirve de fundamento a su práctica de la profesión.

### **Educación a nivel licenciatura o superior**

Del análisis efectuado hasta el momento sobre el establecimiento del fundamento de la responsabilidad, resulta evidente que no se trata de una tarea sencilla ni de corta duración. No es algo que pueda hacerse en un fin de semana y, para muchos individuos, no puede hacerlo uno mismo. Por el contrario, se trata de una tarea que exige mucho tiempo, durante el cual se investigan, analizan, prueban y absorben diversas ideas dentro del individuo. En una labor en la que contribuyen parcialmente distintas personas, donde el individuo es guiado por otros, y que se analiza y comparte con otras personas, es, en fin, una tarea que, en forma ideal, debe realizarse en el contexto de la educación superior.

Esta experiencia educativa debe brindar al estudiante oportunidades de asumir obligaciones y de ejercer la responsabilidad. Debe ser una educación dirigida a adquirir la capacidad de tomar decisiones y ser responsable de ellas (Lanara, 1982, p. 10). Al revisar las áreas que requieren atención en la preparación para adquirir

responsabilidad es evidente la conveniencia de tratarlas dentro de un programa de licenciatura o posgrado en enfermería.

Si bien muchos programas educativos de enfermería se basan en un marco conceptual, sólo a nivel licenciatura o superior se dedica tiempo suficiente para comprender algunos de los marcos teóricos y conceptuales más sobresalientes de la práctica de enfermería. También en este nivel se analizan las relaciones entre los marcos teóricos/conceptuales y el proceso de la investigación. El curso de investigación incluido frecuentemente en los programas de licenciatura brinda la oportunidad de aprender cómo debe leerse la investigación, evaluarla correctamente y determinar su capacidad potencial de aplicación en un medio laboral. Sólo después de que la enfermera pueda leer e interpretar con conocimiento de causa los resultados de las investigaciones, podrá emplearlos para mejorar su práctica. En este aspecto de utilización y consulta de los resultados de la investigación es donde esta área de actividades de enfermería puede contribuir a la responsabilidad de la enfermera.

La experiencia en la práctica no se limita a quienes tienen una educación superior en enfermería. Los programas a nivel técnico y los que conceden diplomas actualmente, junto con la experiencia laboral del individuo, cursos de educación continua, y programas de orientación y capacitación en el servicio, también contribuyen a ella; no obstante, como área de vital importancia en la preparación para obtener responsabilidad, puede fortalecerse con el transcurso de los años y mediante la influencia liberal que ofrecen los programas de licenciatura o posgrado.

En los programas de licenciatura y posgrado puede apreciarse en toda su extensión el área de liderazgo, ya que en ellos se analizan estilos de comportamiento de liderazgo, sistemas de atención de la salud, características de las burocracias, y teoría del cambio. Es en estos programas donde la enfermera que en la práctica tal vez ya ocupe una posición de liderazgo, aprende a desempeñar en forma más eficiente y responsable su papel, por qué algunos de sus programas han tenido éxito y otros han fracasado, y cómo puede inculcar mayores niveles de responsabilidad en el personal a su cargo. Es aquí donde aprende en qué medida es responsable de los actos de otras personas y donde comienza a profundizar un poco en la responsabilidad (o falta de responsabilidad) de la institución en relación con la atención que brindan ella y los demás miembros del personal. Es aquí donde colaborará y analizará el comportamiento profesional de los líderes de la enfermería, modelos de los papeles de los cuales puede aprender a ser responsable, ya que se trata de un comportamiento aprendido (Clifford, 1981, p. 20).

Por último, en lo que se refiere a la ética y a los valores, en el nivel universitario la enfermera puede, y es alentada a contemplar su propio sistema de valores, a descubrirlo y a analizar su relación con su práctica y con otros aspectos de su vida. Es aquí donde puede aprender sobre los diferentes sistemas de valores de las demás personas y de cómo éstas han tratado de lograr que sus códigos éticos personales se complementen con los de la profesión.

En resumen, se requiere todo lo que una enfermera es y todo lo que hace como persona para preparar su papel de manera responsable (Lanara, 1982, p. 10). Se trata de un proceso que dura toda la vida, en el cual participan el individuo y otras personas en formas estructuradas y no estructuradas y que se entrelazan con la preparación de la enfermera como profesional.

## **ASPECTO POSITIVO DE LA RESPONSABILIDAD**

---

La imagen que aparece en la mente de la enfermera media cuando se menciona la responsabilidad suele ser negativa, asociada con castigos, sanciones negativas, represalias, o "ser llamada al orden" por tareas no realizadas o llevadas a cabo en forma incorrecta (Clifford, 1981, p. 20). De hecho, se trata de una situación lamentable, ya que la responsabilidad debe considerarse un concepto sumamente positivo, asociado con imágenes de respeto, recompensa, eficacia, control, y acción; además, también se asocian a él conceptos como poder, liderazgo, realización, elección, e incluso, profesionalismo.

La enfermería lucha por obtener voz en el establecimiento de políticas de atención de salud en todos los niveles, desde el individual e institucional hasta aquellos de alcance nacional, y trata cada vez más de definir los límites de su propia práctica con el fin de ejercer la profesión dentro de los términos establecidos en ésta definición. Las enfermeras tratan de llegar a ser vicepresidentes de hospitales, influir en los legisladores de Washington, determinar qué tipo de instrucción deben recibir sus pacientes, y decidir cuándo deben clausurarse camas por falta de personal; no obstante, para tener autonomía, autoridad, y poder necesarios para tomar estas decisiones y desempeñar estas actividades, la enfermera debe estar dispuesta a ser responsable, y estar preparada para dejar que la responsabilidad se detenga en ella; tiene que dejar de culpar a los demás de las fugas y problemas que existen en la atención de la salud (Schorr, 1981, p. 9); debe estar dispuesta a correr los riesgos inherentes a su responsabilidad, no obstante, y esto es lo que suele pasarse por alto, cosechará las recompensas. Será la única responsable y encargada de mantener la seguridad de los pacientes, también la responsable y quien recibirá el crédito como el vehículo para que los pacientes aumenten su nivel de conocimientos y comprensión hacia su estado de salud; tendrá la responsabilidad de colaborar en una legislación más progresista sobre la salud y será reconocida por ello, y también será respetada por definir qué es la enfermería y qué hace dentro de una institución. La enfermera cosechará muchos beneficios y recompensas, se respetará a sí misma y, por último, controlará su práctica, cuya naturaleza será verdaderamente profesional.

## **CUESTIONARIO SOBRE RESPONSABILIDAD**

---

Al tratar de prepararse para actuar en forma responsable y evaluar sus propios actos, las siguientes preguntas pueden servir de guía a la enfermera. La lista no es completa, sino que sirve tan sólo como instrumento inicial para analizar el concepto de responsabilidad en la vida y el trabajo.

### **Responsabilidad ante el usuario**

¿Brindo la mejor atención de que soy capaz?

¿Basta esa atención para satisfacer las necesidades del usuario en esta situación?

¿Tiene el usuario derecho a recibir más de lo que puedo ofrecer y recorro a otra parte para obtener lo que necesita?

- ¿Incluyo en esta situación lo que sé sobre teoría e investigación de enfermería?
- ¿Utilizo mis habilidades de liderazgo para alentar a otras personas a funcionar en sus niveles máximos de capacidad en la atención de este paciente?
- ¿Actúo de acuerdo con mi propio código ético y el de la profesión?
- Si el hecho de satisfacer las necesidades de este paciente crea un conflicto con mi código ético, ¿trato de buscar algún otro método o persona que satisfaga dichas necesidades?
- ¿He dado al paciente toda la información que desea o necesita para conocer su estado de salud, y he considerado el efecto que puede tener ese conocimiento sobre él?

### **Responsabilidad ante el público**

- ¿Trato de mejorar la salud y la atención de enfermería?
- ¿Me manifiesto en contra de los abusos que observo en la atención de la salud y en el cuidado de enfermería?
- ¿Actúo como un recurso de la comunidad en las áreas de salud y enfermería?
- ¿Sigo siendo un miembro activo que contribuye a la profesión después de haber utilizado fondos públicos para financiar mi educación?
- ¿Trato de incrementar los conocimientos del público con el fin de que esté capacitado para efectuar elecciones bien fundamentadas sobre atención de salud y cuidado de enfermería?

### **Responsabilidad ante la profesión**

- ¿Desempeño mi papel profesional de acuerdo con los requisitos establecidos por la profesión?
- ¿Hacen lo mismo las demás enfermeras de mi entorno?
- Si yo u otras personas no se desempeñan en forma satisfactoria, ¿He tomado las medidas necesarias para remediar la situación?
- ¿Participo en reuniones, organizaciones, seminarios, conferencias, y demás actividades profesionales, con el fin de poder manifestar mis opiniones sobre la enfermería a las personas que forman parte de ella?
- ¿Trabajo dentro de la profesión para mejorar la práctica, educación o investigación de la enfermería?
- ¿Cumpló con el código ético de la profesión?

### **Responsabilidad ante una misma**

- ¿Me siento satisfecha con la profesión que elegí?
- ¿Estoy bien preparada para desempeñar el papel profesional que estoy asumiendo?
- ¿Debo tratar de prepararme más para desempeñar esa función?
- ¿Debo retirarme hasta que reciba más preparación?
- En las áreas donde no me siento satisfecha, ¿busco nuevos cursos de acción y de pensamiento?
- ¿Me siento a gusto, desde un punto de vista ético, con la forma en que desempeño mi papel profesional?

- ¿Engaño a mis pacientes, a las personas importantes para mí, y a mí misma con la forma en que desempeño mi papel profesional?  
¿Estoy satisfecha con el lugar que ocupa este papel en mi vida?

### **Responsabilidad ante la institución**

- ¿Me desempeño de acuerdo con la descripción del puesto de trabajo para el que fui contratada?  
Si no me siento satisfecha con esa descripción de puesto, ¿busco la forma más conveniente de modificarla?  
¿Trato de asegurarme de practicar la profesión en condiciones seguras, si no óptimas?  
En cuanto se refiere a mi trabajo, ¿doy a la institución el valor del dinero que me paga?  
¿Trabajo de acuerdo con las políticas y procedimientos de la institución?  
Si no estoy satisfecha con tales políticas y procedimientos, ¿trato de cambiarlos utilizando los principios de liderazgo y cambio, y sin dejar de tener en cuenta la misión global de la institución?

En realidad, sería una superpersona la que podría mirar este cuestionario y decir sin la menor duda que lleva a cabo todas las actividades mencionadas en él, algunas resultan más apropiadas que otras para las enfermeras que se encuentran en distintos medios en momentos diferentes; sin embargo, es preciso tener en cuenta éstas y otras preguntas cuando se trata de actuar como una enfermera responsable o de incrementar la responsabilidad de sus actos y decisiones. Toda persona que desee llamarse a sí misma enfermera profesional debe considerar estas preguntas.

### **RESUMEN**

---

Después de efectuar un breve análisis de la historia de la responsabilidad en el campo de la enfermería, se han proporcionado definiciones de responsabilidad y de los conceptos relacionados de autoridad y autonomía. Le presento la idea de responsabilidad como característica de una profesión. Se ha analizado con cierto detalle la responsabilidad de la enfermera ante el usuario/público, la profesión, el yo, y la institución para la cual trabaja. A continuación se manifestó la necesidad de contar con un fundamento para que la enfermera actúe en forma responsable, junto con áreas específicas que deben cubrirse durante el proceso educativo. Se han presentado los aspectos positivos de la responsabilidad y, por último, hemos incluido un cuestionario que puede ser usado por la enfermera para determinar si, en realidad, actúa como profesional responsable o trata de llegar a serlo.

### **BIBLIOGRAFIA**

---

American Nurses' Association, Congreso sobre Práctica de la enfermería: Standards for Nursing Practice, Kansas, City, American Nurses' Association, 1973.

- Batey MV, Lewis FM: Clarifying autonomy and accountability in nursing service: 2. *J Nurs Adm* 12: 10-15, 1982.
- Bergman R: Accountability – definition and dimensions. *Int Nurs Rev* 28: 53-59, 1981.
- Bixler GK, Bixler RW: The professional status of nursing. *Am J Nurs* 59: 1142, 1959.
- Chaska NL: *The Nursing Profession: A Time to Speak*. Nueva York, McGraw-Hill, 1983.
- Clifford JC: Managerial control vs. professional autonomy: A paradox. *J Nurs Adm* 11:19-21, 1981.
- Code for Nurses with Interpretive Statements. Kansas City, American Nurses' Association, 1976.
- Dachelet CZ, Sullivan JA: Autonomy in practice. *Nurse Prac* 4:15, 1979.
- Flexner A: Is social work a profession? *Procedimientos de la Conferencia Nacional sobre Caridad y Corrección*, pp. 576-590. Chicago, Heldman, 1915.
- Lanara VA: Responsibility in nursing. *Int Nurs Rev* 29:7-10, 1982.
- McGlothlin WJ: The place of nursing among the professions. *Nurs Outlook* 9:214, 1961.
- Merton RK: The functions of the professional association. *Am J Nurs* 58:50, 1958.
- Nightingale F: *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*. Filadelfia, JB Lippincott, 1946 (facsimil de la 1ª edición, Londres, Harrison & Sons, 1859).
- Schorr T: Unity, authority, accountability – nursing's imperatives for the 80's. *Washington State J Nurs* 53:7-10, 1981.

## **Sección 4**

### ***Práctica profesional***

## Capítulo 12

# *El proceso de enfermería*

### **PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR**

1. ¿Por qué es conveniente utilizar el proceso de enfermería al brindar atención a los pacientes?
2. ¿Qué diferencia existe entre el diagnóstico de enfermería y el diagnóstico médico?
3. ¿Cómo afecta al proceso de enfermería la elección de un modelo de enfermería?
4. ¿Cuáles son las normas de atención de enfermería? ¿En qué forma se relacionan las normas con el proceso de enfermería?

El empleo integral de las habilidades cognitivas, interpersonales, y psicomotoras en la atención del usuario es básico para la práctica de la enfermería profesional. El proceso de enfermería proporciona un método lógico y racional para que la enfermera organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz.

Se han escrito diversos libros sobre el proceso de enfermería. En todos los casos, éste se presenta como una serie de cuatro o cinco etapas, cada una constituida por un número determinado de pasos. El resultado neto es un procedimiento que parece lineal (o en el mejor de los casos, superpuesto o circular) y difícil de manejar. Por desgracia, en muchos entornos prácticos se cree que el proceso de enfermería es conveniente, pero demasiado engorroso para ser práctico. Si no se considera valioso, no se utiliza, y muchas enfermeras siguen actuando con procedimientos uniformes basados en el diagnóstico médico, en lugar de emplear un método fundamentado en la evaluación, planificación, y retroalimentación.

En este capítulo se concede gran importancia a la relación que existe entre el proceso de enfermería y la práctica profesional, es decir, al “por qué” en lugar de al “cómo”. Esperamos que el estudiante comience a evaluar el proceso y, de este modo, aplicarlo como parte integral de la práctica.

### **RELACION ENTRE PROCESO Y FILOSOFIA DE LA ENFERMERIA \_\_\_\_\_**

Consideremos la naturaleza de la enfermería cuando se basa en un modelo de dependencia en la práctica médica. Gran parte de la enfermería, como se enseña y practica en nuestros días, se halla normalizada de acuerdo con los diagnósticos



médicos y respalda las intervenciones médicas. El médico efectúa la evaluación necesaria para el diagnóstico médico y esta planificación constituye la base de las órdenes médicas que imparte. El deber primordial de la enfermería es respaldar el régimen médico para curar la enfermedad del paciente. “Los conocimientos de enfermería” incluyen una comprensión profunda de la fisiopatología, síntomas de enfermedad, intervenciones médicas normales, y la “mejor manera” de llevar a cabo los procedimientos y aplicar los tratamientos.

En contraste, consideremos la naturaleza de la enfermería cuando se basa en un modelo de ejercicio profesional autónomo. El interés primordial en este caso consiste en brindar apoyo al usuario para mejorar su estado y potencial de bienestar. Los conocimientos necesarios incluyen información sobre la condición de bienestar del usuario incluyendo puntos débiles y fuertes, sistemas de apoyo, conocimientos, creencias, y valores sobre la salud, estilo de vida, y metas relacionadas con la salud. Si el usuario padece una enfermedad, también se requieren conocimientos sobre el proceso y su tratamiento médico. La base de la intervención de enfermería es el conocimiento fundado en la valoración, planificación y retroalimentación derivada de la evaluación.

El modelo de enfermería aceptado y adoptado por el practicante puede tener un mayor impacto en los conocimientos necesarios y en la naturaleza de la práctica. Aceptar el modelo profesional implica la aceptación de la responsabilidad de los conocimientos de enfermería que proporcionan una base racional para la práctica. El proceso de enfermería suministra un método sistemático para la práctica de la profesión; éste siempre es el mismo sin importar el esquema o modelo empleado para integrar las formulaciones teóricas. En este capítulo se emplean ejemplos de los seis modelos de enfermería analizados en el Capítulo 8, “Modelos de enfermería”.

El proceso de enfermería se define como “un conjunto de acciones que conducen a una meta determinada” (Wolf y col., 1979, p. 54). Todas las partes del proceso están relacionadas entre sí y afectan al todo. Las partes, o fases, del proceso de enfermería se producen en forma secuencial, aunque no son lineales. La planificación puede conducir a una intervención, o la evaluación durante el proceso de planificación puede generar un nuevo cálculo. La Figura 12-1 trata de describir el proceso de enfermería visto desde una perspectiva interaccional.

La American Nurses’ Association (ANA) elaboró ocho Normas para la Práctica de Enfermería, relacionadas con la aplicación del proceso de enfermería como se muestra en el Cuadro 12-1. “En todas las circunstancias, la práctica de enfermería

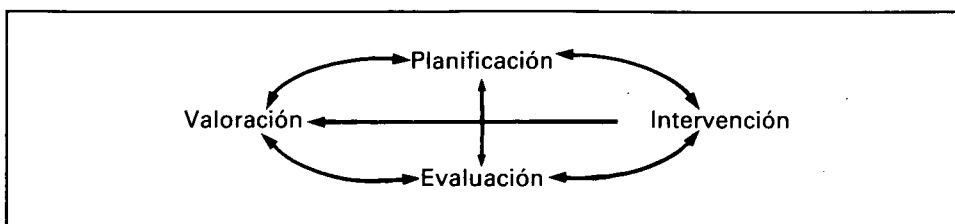


Figura 12-1. Método interactivo para el proceso de enfermería.

debe poseer las características identificadas por estas Normas si se desea que los usuarios/pacientes reciban una atención de enfermería de excelente calidad” (ANA, 1973). Estas normas se usan para organizar el siguiente análisis del proceso de enfermería.

**CUADRO 12-1. Correspondencia entre las fases del proceso de enfermería y las Normas para la Práctica de Enfermería**

<b>Fases del proceso de enfermería</b>	<b>Normas para la Práctica de Enfermería</b>
Valoración	Norma I
Planificación	Normas II-IV
Intervención	Normas V-VI
Evaluación	Normas VII-VIII

## **NORMAS PARA LA PRACTICA DE ENFERMERIA**

### **Norma I**

La recopilación de información sobre el estado de salud del usuario/paciente es sistemática y continua; la información debe ser accesible, y debe registrarse y comunicarse.

Antes de que la enfermera pueda comenzar a recopilar información relacionada con el usuario, debe establecerse cierto nivel de confianza entre ellos. La enfermera tiene la obligación de iniciar una relación con el usuario, y empezar a definir los papeles que cada uno desempeñará en la atención del paciente. Este contacto brinda al usuario la oportunidad de “manifestar sus temores iniciales, plantear las preguntas que más le interesan, y comenzar a sentirse cómodo en el papel de paciente” (Yura y Walsh, 1983, p. 131). De esta manera puede crearse un ambiente positivo para la mutua participación en el proceso.

Al establecer la relación enfermera-usuario, “la enfermera necesita identificar las acciones específicas que transmiten confianza (congruencia, honestidad), empatía (contacto, sinceridad), interés (autenticidad, contacto visual), autonomía (sin prejuicios ni amenazas) y participación mutua (incluir al cliente para tomar decisiones) (Griffith y Christensen, 1982, p. 30). (Para un análisis completo de la comunicación dentro del proceso de enfermería, consultar el Capítulo 13, “Relaciones de comunicación y ayuda”).

La recopilación de información debe constituir un proceso organizado; la enfermera tiene que decidir qué información conviene reunir en una situación particular, y determinar los métodos y fuentes más apropiados para obtener la información deseada. La naturaleza del contacto entre enfermera y usuario afecta el proceso de recopilación de datos; por ejemplo, la información necesaria para admitir a un paciente externo para cirugía menor es muy diferente a la que se necesita en el caso de una hospitalización prolongada por una enfermedad que amenaza la vida del paciente. La información obtenida en cada situación tiene que ser conveniente

y necesaria para planificar la intervención de enfermería; ésta debe complementar y no duplicar los datos recopilados por otros profesionales de la salud (por ejemplo, historia clínica) y debe concentrarse en la información necesaria para el cuidado de enfermería. La información debe revisarse conforme se obtiene con el fin de determinar si se necesitan más datos, y de dar principio al proceso de organización de la información que se utilizará en la planificación.

Será necesaria información acerca de quién es el usuario, por qué se considera que necesita atención, y qué factores afectan su estado de salud actual. La información que debe recopilar la enfermera incluye nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación, educación, posición económica, conocimiento sobre su estado de salud o enfermedad, actitudes de la familia y personas importantes para el usuario hacia su estado de salud y cuidados, hábitos personales y estilos de comunicación, influencias culturales, estado de crecimiento y desarrollo, capacidad de aprendizaje, apoyos y recursos, experiencias anteriores con el sistema de servicios de salud, diagnóstico y régimen médicos, patrones de enfrentamiento, y dirección del cambio deseado por el usuario. Otra información necesaria se refiere al modelo conceptual que se utilizará para organizar la atención, como se indica en el Cuadro 12-2. Los elementos presentan muchas similitudes, pero varía la importancia que se concede a cada uno de acuerdo con el modelo utilizado.

**CUADRO 12-2. Implicaciones de los modelos seleccionados de enfermería en la recopilación de información**

<b>Modelo de enfermería</b>	<b>Indicaciones para recopilar información</b>
Peplau	Necesidades fisiológicas y de la personalidad, síntomas de enfermedad, otras personas importantes, factores que influyen en la creación y conservación de las relaciones entre enfermera y usuario
Johnson	Funcionamiento de los subsistemas de comportamiento, síntomas de equilibrio perturbado
Orem	Necesidades terapéuticas de autocuidado, presencia de déficits de autocuidado, capacidad del usuario para satisfacer sus necesidades de autocuidado
Roy	Nivel de adaptación (relacionado con tres clases de estímulos), enfrentamiento en relación con los métodos de adaptación, posición en el continuo de la salud y la enfermedad
Neuman	Productores de tensión, indicaciones de ruptura de las líneas de defensa, factores de resistencia
Rogers	Características de los patrones, potencial de salud, influencias ambientales

Yura y Walsh (1983, p. 141), resumieron las suposiciones relativas al comportamiento que refuerza la necesidad de comprender al usuario desde su propio marco de referencia cuando se trata de recopilar información.

1. La conducta de una persona se rige por la energía disponible.
2. La conducta tiene un propósito, aunque éste no siempre resulte obvio.
3. La respuesta de un individuo a una situación determinada es la mejor que puede dar en ese momento.
4. La percepción de una persona sobre lo que está sucediendo ejerce una influencia mucho mayor que lo que sucede en realidad o como lo interpreta alguien más.
5. Todas las personas tienen capacidad de avanzar.

Conforme se recopilan los datos, éstos deben verificarse con el usuario y con otras fuentes; si se observan discrepancias, es necesario aclararlas, y la información no debe utilizarse como base para hacer deducciones o juicios. La evaluación de los datos debe considerar la exactitud y si se han incluido o no todos los factores relevantes. Conforme prosigue la recopilación de información, se produce simultáneamente la organización y análisis de los patrones que existen dentro de la información, lo cual puede indicar la necesidad de obtener datos adicionales.

## **Norma II**

Los diagnósticos de enfermería se derivan de la información relativa al estado de salud. “La información correspondiente al usuario se evalúa mediante categorización, identificación de lagunas en la información, determinación de patrones, aplicación de normas (comparación), establecimiento de relaciones, e identificación de los puntos fuertes y preocupación por la salud” (Griffith y Christensen, 1982, p. 89). El análisis y la síntesis de la información requieren objetividad, deliberación, razonamiento, y discriminación; es importante para la enfermera identificar los aspectos positivos, así como los problemas obvios o potenciales, pero no deben crearse problemas si no existen.

Brill (1980, p. 154) define el diagnóstico de enfermería como una “declaración de la probable relación entre una conducta de salud negativa y el factor o factores que tuvieron más probabilidades de producirlo”. Otros autores sugieren que un diagnóstico de enfermería puede relacionarse también con un posible problema de salud (Gordon, 1976; Price, 1980). Las medidas de enfermería pueden respaldar los aspectos positivos o tratar los aspectos negativos del usuario con el fin de eliminar la causa del problema de salud. En contraste con el diagnóstico médico, que identifica enfermedades patológicas precisas, el diagnóstico de enfermería reconoce problemas “que las enfermeras están calificadas y autorizadas a tratar” (Price, 1980, p. 668).

Yura y Walsh (1983, pp. 152-154), crearon una clasificación de los posibles diagnósticos de enfermería:

1. No existe problema y el usuario recibe la confirmación de su buen estado de salud. Se elabora un plan con el usuario para mantener la buena salud

y él lo pone en práctica. Se efectúan evaluaciones periódicas de la salud a las que se presenta el cliente a intervalos regulares. En caso de que se sospeche algún problema, el usuario solicitará una evaluación antes de la fecha prescrita.

2. No existe problema, pero hay una complicación potencial que puede contrarrestarse ofreciendo al usuario información sobre prevención y planificando una entrevista futura. Tal vez sea necesario remitirlo a otro miembro del equipo de salud.
3. Hay un problema, pero el usuario, la familia, o ambos, lo manejan con éxito. Se formularán planes para reevaluaciones periódicas, pero el paciente se presentará a ellas sin fecha fija si piensa que es necesario.
4. Existe un problema en el que el usuario necesita ayuda. Proporcionar ésta... resolverá el problema o hará que su manejo resulte más fácil para el usuario, familia, vecinos, o cualquiera de ellos... La ayuda continúa hasta que la evaluación indica que el problema se ha resuelto o disminuido, o hasta que la reevaluación señala la necesidad de hacer algunos cambios en los planes.
5. Existe un problema que el usuario no puede resolver en ese momento y cuya naturaleza impide que la familia y los vecinos ayuden a resolverlo. Se requiere la intervención del sistema de servicios de salud. Para ayudar al usuario se designa a miembros específicos del equipo, como médico, enfermera o dentista, con cuya intervención, el problema puede diagnosticarse, tratarse y resolverse en forma específica (por ejemplo, una caries dental).
6. Hay un problema que debe estudiarse más a fondo y diagnosticarse para poder resolverlo o mantenerlo en proporciones manejables. Tal vez se requieran servicios de atención ambulatoria u hospitalización y servicios de enfermería (por ejemplo, índice elevado de azúcar en la sangre, obstrucción).
7. Existe un problema que, por el momento, no incapacita al paciente, pero su resolución requiere una intervención que podría hacer al usuario dependiente por un período específico o por tiempo indefinido. Por lo general se requiere atención hospitalaria (por ejemplo, cirugía).
8. Existe un problema que impone grandes exigencias sobre la capacidad del usuario para hacerle frente y que la familia no puede resolver. Se requiere intervención inmediata y continua de ciertos miembros del equipo de salud y el paciente tiene que ser hospitalizado (por ejemplo, infarto al miocardio, úlcera péptica sangrante).
9. Un problema se presenta en forma inesperada al usuario o a su familia a causa de un accidente, lesión o desastre natural, o causado por el mismo individuo (intento de suicidio). El problema puede amenazar o no la vida.
10. Existen problemas a largo plazo y permanentes. El usuario puede afrontar algunos, pero no todos, y es posible que otras personas tengan que intervenir para manejar el problema y brindar atención continua (por ejemplo, incapacidad congénita).

El diagnóstico de enfermería está constituido por tres elementos: (1) problema actual o potencial de salud del usuario, combinado con, (2) factores etiológicos, y respaldado por (3) signos y síntomas (Gordon, 1976; Price, 1980). The National

Conference Group for Classification of Nursing Diagnoses, aceptó una lista de diagnósticos para someterlos a pruebas clínicas (Kim y Moritz, 1982). Estos diagnósticos, organizados de acuerdo con áreas funcionales de patrones de salud, se presentan en el Cuadro 12-3.

Las categorías de diagnósticos proporcionan una terminología para expresar el problema actual o potencial de salud del usuario que está sometiéndose a prueba. La otra parte del diagnóstico, el factor o factores etiológicos “identifica las probables circunstancias que causan o mantienen el problema de salud del usuario” (Gordon, 1982, p. 8). La etiología hace que el diagnóstico sea específico del usuario y proporciona la razón fundamental de las posibles estrategias para las intervenciones de enfermería.

Todas las categorías diagnósticas se relacionan con un conjunto de síntomas y

---

**CUADRO 12-3. Clasificación de los diagnósticos actualmente aceptados de acuerdo con las áreas funcionales de patrones de salud**

---

***Patrón de percepción de la salud – Manejo de la salud***

- Incumplimiento (especificar)
- Lesión, potencial de
- Envenenamiento, potencial de
- Asfixia, potencial de
- Trauma, potencial de

***Patrón nutricional – Metabólico***

- Integridad de la piel, deterioro de: presente
- Integridad de la piel, deterioro de: potencial
- Nutrición, alteraciones en la: inferior a las necesidades del cuerpo
- Nutrición, alteraciones en la: superior a las necesidades del cuerpo
- Nutrición, alteraciones en la: potencial de que sea superior a las necesidades del cuerpo
- Déficit del volumen de líquidos: presente
- Déficit del volumen de líquidos: potencial

***Patrón de eliminación***

- Eliminación urinaria; alteraciones en los patrones de
- Eliminación intestinal, alteraciones en la: estreñimiento
- Eliminación intestinal, alteraciones en la: diarrea
- Eliminación intestinal, alteraciones en la: incontinencia

***Patrón de actividad – Ejercicio***

- Administración y mantenimiento del hogar, deteriorado
  - Movilidad, deterioro físico
  - Déficit de autocuidado (especificar nivel): total
  - Déficit de autocuidado (especificar nivel): alimentación
  - Déficit de autocuidado (especificar nivel): baño/higiene
  - Déficit de autocuidado (especificar nivel): vestido/peinado
- 

(Continúa)

**CUADRO 12-3. Clasificación de los diagnósticos actualmente aceptados de acuerdo con las áreas funcionales de patrones de salud (continuación)**

Déficit de autocuidado (especificar nivel): arreglo personal  
Permeabilidad de las vías respiratorias, inadecuada  
Intercambio de gases, deteriorado  
Patrón de respiración, ineficaz  
Actividades de esparcimiento, deficientes  
Perfusión de tejidos, alteraciones en la (cerebral, cardiopulmonar, renal, gastrointestinal, periférica)  
Gasto cardíaco, alteraciones en el: disminución

***Patrón de sueño – descanso***

Perturbación del patrón de sueño

***Patrón cognoscitivo – Percepción***

Falta de conocimientos (especificar)  
Alteraciones sensorio-perceptivas (visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias)  
Comodidad, alteraciones en la: dolor  
Procesos del pensamiento, alteraciones en los

***Patrón de autopercepción – Autoconcepto***

Temor (especificar)  
Autoconcepto, perturbación en el (imagen del cuerpo, autoestima, desempeño de funciones, identidad personal)

***Patrón de función – Relación***

Aflicción anticipada  
Aflicción, disfuncional  
Papel de padre o madre, alteraciones en el: presentes  
Papel de padre o madre, alteraciones en el: potenciales  
Comunicación, deterioro verbal  
Violencia, potencial de

***Patrón de sexualidad – Reproductivo***

Disfunción sexual  
Síndrome del trauma por violación  
Trauma por violación: reacción compuesta  
Trauma por violación: reacción silenciosa

***Patrón de enfrentamiento – Tolerancia a la tensión***

Enfrentamiento, individuo ineficaz  
Enfrentamiento, familia ineficaz: comprometida  
Enfrentamiento, familia ineficaz: incapacitante  
Enfrentamiento, familia: potencial de crecimiento

***Patrón de valores – Creencias***

Aflicción espiritual (angustia del espíritu humano)

---

(Gordon M: Nursing Diagnosis: Process and Application, pp. 327-328. Nueva York, McGraw-Hill, 1982. Reproducido con autorización del editor).

signos que permiten discriminaciones entre los distintos problemas de salud. Una de las metas es la normalización y publicación de los conjuntos de signos y síntomas de los diagnósticos de enfermería, y se trata de claves o indicaciones de la existencia de un problema determinado de salud. Los signos y síntomas determinan el diagnóstico y, conforme se producen los cambios, pueden utilizarse para supervisar el progreso y evaluar la eficacia del plan de atención de enfermería.

En la Figura 12-2 se presentan diversos factores etiológicos relacionados con una categoría de diagnóstico que puede asociarse con uno o varios factores etiológicos. Algunos ejemplos de diagnósticos específicos, ilustrados en la Figura 12-2 incluyen la posibilidad de que se produzcan lesiones en una herida quirúrgica como consecuencia de no cumplir con el descanso en cama prescrito, o la posibilidad de lesiones relacionadas con alteraciones en los procesos de pensamiento como resultado de la medicación.

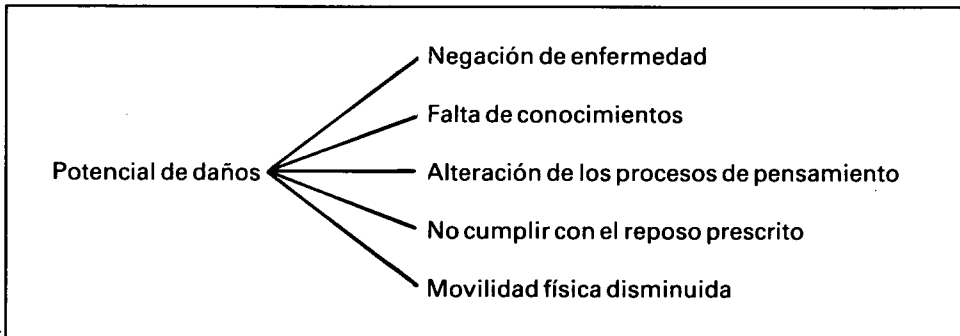
La enfermera elabora los diagnósticos de enfermería; sin embargo, éstos se basan en información confirmada por el usuario; por lo tanto, enfermera y usuario deben revisar el diagnóstico para identificar las metas (objetivos) que determinarán qué resultados cabe esperar como consecuencia de la implementación de la atención planificada.

**Norma III**

El plan de cuidados de enfermería incluye metas derivadas de los diagnósticos de enfermería.

“Las metas establecen los criterios para determinar qué comportamiento observable se producirá como resultado del cambio y el marco de tiempo en el que debe producirse” (Brill, 1980, p. 157). El modelo conceptual empleado para organizar la atención puede afectar las metas generales de los cuidados como se indica en el Cuadro 12-4. Todos los modelos, excepto el de Rogers, subrayan la importancia de conservar o restablecer el equilibrio como la meta de atención. Tan solo Rogers conceptualiza esta meta como el hecho de propiciar un patrón más complejo, una especie de “llegar a ser” de la persona.

La enfermera y el usuario deben llegar a un acuerdo sobre la meta global, tomando como base las categorías de restablecimiento, conservación o promoción



**Figura 12-2.** Categoría de diagnóstico con varias subcategorías etiológicas.



**CUADRO 12-4. Pautas generales para fijar metas en los modelos de enfermería seleccionados**

Modelo de enfermería	Pautas generales para fijar metas
Peplau	Equilibrio fisiológico o psicológico, necesidades satisfechas, capacidades demostradas
Johnson	Mantenimiento o restablecimiento del equilibrio
Orem	Restablecimiento de la constancia interna y externa
Roy	Fomento de la adaptación derivada del éxito en el enfrentamiento
Neuman	Mantenimiento o restablecimiento del equilibrio dinámico de la línea normal de defensa
Rogers	Mayor complejidad y capacidad de innovación de los patrones

de la salud; de esta manera, pueden clasificarse los objetivos específicos de acuerdo con el lapso de tiempo en conductas a largo, mediano, y corto plazo que cabe esperar en cada situación. Es importante que los objetivos sean tan realistas como sea posible y claramente definidos, ya que constituirán la base para evaluar la eficacia del plan de atención. El usuario debe fijar los objetivos con la asesoría de la enfermera, considerando sus capacidades, limitaciones, y el modo de vida deseado. Puede ser difícil para la enfermera aceptar las preferencias del usuario, sobre todo si difieren de sus propias elecciones o de lo que ella “piensa que es mejor para el paciente”; no obstante, la enfermera no puede planificar los objetivos sin la aceptación del usuario ni puede imponerle su voluntad. Valiéndose de las estrategias de cambio (consultar el Capítulo 15, “la enfermera profesional como agente del cambio”), puede tratar de influir en la fijación de metas; sin embargo, una vez identificados los objetivos, la enfermera tiene que brindar todo su apoyo para lograr que se cumplan.

#### **Norma IV**

El plan de cuidados de enfermería incluye prioridades y métodos o medidas de enfermería para cumplir las metas derivadas del diagnóstico. Los fines del plan de cuidados de enfermería son:

1. Dar dirección, guía y significado a la atención de enfermería.
2. Proporcionar un medio para comunicar, sincronizar, y organizar las actividades del equipo de enfermería.
3. Brindar los medios necesarios para la continuidad de la atención. (Griffith y Christensen, 1982).

“El plan de cuidados de enfermería incluye información precisa sobre un usuario específico. Esta información se organiza de una manera concisa y sistemática que facilita la consecución de las metas globales de enfermería y salud; Transmite en forma clara la naturaleza de los problemas del usuario, contiene toda la información relacionada con él, los posibles diagnósticos de enfermería y las prioridades asignadas a cada uno, los problemas y complicaciones que deben evitarse, y los resultados esperados de las acciones de enfermería prescritas” (Yura y Walsh, 1983, p. 177).

Una vez seleccionados los objetivos de la atención, deben fijarse las prioridades entre ellos. Cuando la sobrevivencia se encuentra amenazada, las necesidades físicas tienen precedencia. Factores como costo, disponibilidad de personal, recursos y tiempo, también suelen influir en las prioridades. Por ejemplo, en el caso de un estudiante que se fractura una pierna, la pérdida de peso puede ser una meta importante, pero, a causa del tiempo necesario para bajar una cantidad importante de peso, puede asignársele una prioridad inferior como aprender a usar muletas, necesario para moverse. Las teorías o modelos utilizados para organizar la atención también pueden influir en la determinación de prioridades; por ejemplo, si se emplea la teoría de Maslow, se concederá una mayor importancia a las necesidades fisiológicas, de seguridad y de estabilidad que a las necesidades de amor, autoestima y autorrealización. Además, como siempre, el usuario debe participar activamente en las decisiones.

Después de fijar las prioridades de los objetivos, pueden generarse opciones para la atención, y predecir sus probabilidades de éxito. La disponibilidad de recursos y los factores que determinan el modo de vida del usuario y sus antecedentes culturales ejercen una gran influencia sobre las posibles “soluciones” o métodos; por ejemplo, podría lograrse perder peso si se permaneciera dos semanas en una clínica, se siguiera un régimen que exija pesar las porciones de alimento, se practicara un programa de ejercicios, etc.; no obstante, es posible que las limitaciones financieras hagan que la clínica no sea factible, y que las limitaciones impuestas por el tiempo y el modo de vida reduzcan la conveniencia de los métodos de ejercicio o de pesar las porciones de alimento.

Con frecuencia se pasa por alto este proceso de selección de métodos entre diversas alternativas por la prisa de “hacer algo”; en consecuencia, suele ponerse en práctica la primera “solución” en la que se pensó sin evaluar adecuadamente sus probabilidades de éxito ni su propósito en una situación determinada. Esta tendencia a evitar el análisis detallado también es fomentada por la creencia de que “siempre hay una sola manera” de alcanzar una meta. Quizá sea necesario hacer un esfuerzo consciente para evitar la “receta del libro de cocina” y para que la enfermera y el usuario elijan juntos la alternativa que tiene mayores probabilidades de éxito. Este método puede traducirse en acciones específicas y decisiones sobre la frecuencia más conveniente, a quién se le asignará la tarea de llevarlas a cabo (por ejemplo, enfermera, usuario, u otros miembros del equipo de salud) y el horario para su realización.

A menudo, la redacción de un plan de cuidados de enfermería constituye un ejercicio difícil para los estudiantes en cuanto a complejidad y volumen, el cual suele dar por resultado que traten de evitar y temen al procedimiento; sin embargo, una vez realizado el proceso intelectual, la redacción del plan puede hacerse con

bastante rapidez. El plan de cuidados debe incluir (1) diagnóstico de enfermería, (2) objetivos relacionados con el diagnóstico por orden de prioridad, y (3) "programa" para cumplir los objetivos, incluyendo acciones, recursos asignados y cronograma.

Las actividades de enfermería involucradas en el cumplimiento de las normas I a IV incluyen las que suelen categorizarse en las fases de valoración y planificación del proceso de enfermería. "Tanto la fase de valoración como la de planificación dependen en gran medida de las habilidades intelectuales, (pensamiento crítico, tomar decisiones, capacidad de juicio, observación) y las habilidades interpersonales; éstas últimas se utilizan para establecer relaciones a través de la comunicación verbal y no verbal, incluyendo escuchar con atención. Las destrezas técnicas se emplean sobre todo en la fase de valoración para obtener información, aunque en menor grado que las intelectuales e interpersonales. Las habilidades intelectuales e interpersonales son de suma importancia en la fase de planificación" (Yura y Walsh, p. 176). Las dos normas siguientes corresponden a la fase de intervención del proceso de enfermería, y en ellas pueden participar las habilidades psicomotoras, así como las cognoscitivas e interpersonales.

### **Norma V**

Las acciones de enfermería proporcionan los medios necesarios para que el usuario/paciente participe en la promoción, conservación o restablecimiento de la salud.

### **Norma VI**

Las acciones de enfermería ayudan al usuario/paciente a incrementar al máximo su capacidad de salud.

Las acciones desempeñadas por la enfermera deben ser aquellas que, según se determinó con anterioridad, tienen más probabilidad de lograr con éxito los objetivos buscados por el usuario. Además, las acciones de enfermería respaldan el régimen médico de cuidados. La realización de estos actos requiere diversas habilidades, que posiblemente incluyen enseñanza-aprendizaje, liderazgo, administración, proceso de grupo, capacidad psicomotora y, en todos los casos, comunicación. Toda interacción con el usuario debe estar orientada a conseguir las metas y un propósito determinado. Conforme se llevan a cabo las acciones, la enfermera sigue colaborando con el usuario y con las demás personas importantes, y continúa involucrando al paciente en su propio cuidado. Las intervenciones deben efectuarse con sensibilidad hacia los sentimientos del usuario y basarse en la individualidad del mismo.

El modelo conceptual utilizado para organizar los cuidados puede, como se indica en el cuadro 12-5, tener algunas implicaciones en las estrategias de intervención. Algunos modelos hacen hincapié en el papel predominante de la enfermera en la manipulación del usuario y del medio ambiente. Peplau y Rogers subrayan el papel activo del usuario en el proceso de cambio.

Es preciso registrar los resultados de las acciones y las reacciones del usuario con el fin de que quienes participan en la atención del paciente compartan el

**CUADRO 12-5. Implicaciones de los modelos seleccionados en las intervenciones de enfermería**

<b>Modelo de enfermería</b>	<b>Indicaciones para las estrategias de intervención</b>
Peplau	Debe hacerse hincapié en la relación terapéutica entre enfermera y usuario
Johnson	Se concede gran importancia a la imposición de controles externos sobre el comportamiento, propiciando cambios estructurales a través de la enseñanza, o proporcionando los recursos necesarios para satisfacer las necesidades funcionales de los subsistemas
Orem	Se hace hincapié en las acciones de autocuidado para o con el usuario que es incapaz de realizarlas por sí mismo
Roy	Se concede gran importancia a aumentar, disminuir, o conservar los estímulos focales, contextuales o residuales
Neuman	Se hace hincapié en la prevención primaria, secundaria o terciaria para reducir los productores de tensión o fortalecer las líneas de defensa
Rogers	Se concede gran importancia a la movilización de los recursos del usuario y a la elaboración de nuevos patrones de interacción entre el hombre y su medio ambiente

progreso realizado. Es necesario que la enfermera sea flexible para que puedan modificarse las acciones cuando sea necesario. A medida que se acumula información, es preciso evaluarla en relación con los comportamientos buscados y con el programa establecido con anterioridad; esta evaluación puede indicar que debe seguirse el plan, que hay que modificar las acciones o el programa, o tal vez, la necesidad de reconsiderar la importancia del objetivo establecido en un principio. En consecuencia, el proceso de intervención debe constituir un todo integral con la evaluación concomitante de su eficacia. Las dos últimas normas corresponden a la fase de evaluación del proceso de enfermería.

### **Norma VII**

La enfermera y el paciente deben determinar el progreso o la falta de progreso del usuario hacia la realización de sus metas.

### **Norma VIII**

El progreso o falta de progreso del usuario/paciente encaminado a lograr los objetivos sirve de pauta para revalorar, reordenar prioridades, fijar nuevas metas, y revisar el plan de cuidados de enfermería.

La evaluación debe ser continua y constante a lo largo del proceso de enfermería; no obstante, en esta etapa, el objetivo consiste en comparar los cambios producidos en la conducta del usuario o en su estado de salud con los comportamientos deseados o los indicadores definidos en los objetivos. "El resultado de la evaluación puede indicar que el plan de cuidados debe volverse a evaluar, planificar, modificar y, por otra parte, implementarse y valorarse el nuevo plan". (Yura y Walsh, 1983, p. 194). La evaluación también puede demostrar que el plan funciona correctamente, o que es posible mejorarlo si se efectúan algunas modificaciones menores.

Yura y Walsh (1983, pp. 194-195) sugirieron que el resultado de la evaluación puede ser cualquiera o una combinación de los siguientes puntos:

1. El usuario respondió como se esperaba y el problema quedó resuelto. Ya no se requiere acción de enfermería. Se formula en forma conjunta un plan para mantener el estado óptimo de salud del usuario... Puede concertarse una futura cita para confirmar el estado de salud libre de problemas del usuario.
2. Las manifestaciones de comportamiento relativas a la situación del usuario indican que el problema no se ha resuelto; las pruebas demuestran que se han cumplido las expectativas a corto plazo, pero no los resultados a mediano y largo plazo...  
La reevaluación debe continuar.
3. Las manifestaciones de conducta del usuario son similares a las presentadas durante la fase de valoración. No hay pruebas de que se haya resuelto el problema... Es preciso volver a evaluar y planificar.
4. Las manifestaciones de conducta indican nuevas complicaciones resultantes de insatisfacción o satisfacción deficiente de las necesidades humanas. Se debe valorar, planificar, y poner en práctica un plan de acción para resolver estos problemas (diagnóstico de enfermería). La planificación de las acciones encaminadas a resolver el nuevo problema debe coordinarse con la planificación de los problemas previamente diagnosticados. Después de la implementación se hará una evaluación.

Es posible que la evaluación resulte difícil debido a las dificultades para crear instrumentos válidos y confiables que permitan medir en forma objetiva el progreso realizado hacia algunas metas. Puede ser útil considerar, al establecer las metas, si existen instrumentos adecuados para medir el progreso; por ejemplo, es fácil confirmar la pérdida de peso y la reducción de la presión sanguínea, pero resulta muy difícil evaluar objetivamente las mejores en el autoconcepto o en un modo de vida más saludable. Pueden hacerse suposiciones acerca del significado del comportamiento observado y si contribuye o no a la meta fijada.

Como el proceso de enfermería es sistemático, lógico, y orientado a conseguir las metas, se supone que el hecho de apearse al proceso dará como resultado el

logro de las metas deseadas. Cuando la evaluación del progreso indica que el problema o problemas no se han resuelto, es necesario considerar las posibles razones, en las que puede influir el paciente, la enfermera, las personas importantes (para el usuario) u otros miembros del equipo de salud. Yura y Walsh (1983, pp. 201-202) indican varias razones posibles, entre las que cabe mencionar:

1. *Usuario* – Expectativas poco realistas, falta de la capacidad esperada para hacer frente al problema, comunicación insuficiente o inexacta con la enfermera o falta de aceptación de las metas o estrategias planificadas.
2. *Enfermera* – Carencia de conocimientos, información insuficiente, delegación poco adecuada a los miembros del equipo, asignación inapropiada de prioridades, comunicación inadecuada con el usuario o con las demás personas importantes para éste, incapacidad de tener en cuenta los aspectos positivos del usuario; incapacidad de fijar metas realistas, o comunicación ineficaz o inadecuada.
3. *Miembros del equipo* – Información insuficiente acerca del usuario, comunicación deficiente con la enfermera responsable del plan de cuidados, enfermería incompetente (por ejemplo, alejarse del paciente, mostrarse insensible, no registrar información), falta de evaluación del plan de cuidados, o tener metas conflictivas para el usuario.
4. *Otras personas importantes* – Falta de comprensión o aceptación de las metas planificadas, descuido para ver que existe un problema, o limitación de recursos (por ejemplo, transporte, apoyo emocional, o temores propios).

Griffith y Christensen (1982, pp. 168-169) sugirieron algunas preguntas para ayudar a la enfermera en la evaluación del proceso:

1. ¿Fue la valoración completa y adecuada?
2. ¿Fue la planificación completa y suficiente?
3. ¿Fueron los diagnósticos de enfermería completos y adecuados?
4. ¿Se fijaron correctamente los objetivos?
5. ¿Se cumplieron los objetivos? ¿Se sintieron satisfechos todos los participantes?
6. ¿La intervención fue eficaz y eficiente?
7. ¿Qué cambios serían convenientes en la planificación e intervención?
8. ¿Se comunicaron con eficiencia todos los pasos del proceso?
9. ¿Qué cambios se han producido en las necesidades, estado de salud o capacidad de enfrentamiento del usuario? ¿Serían convenientes otros cambios?
10. ¿Cómo se siente el paciente respecto a los resultados?
11. ¿Podría haberse hecho algo de manera diferente?

Según el resultado de la evaluación, es posible que la enfermera y el usuario tengan necesidad de modificar las metas o las intervenciones, continuar con las estrategias planeadas con un programa modificado o, si se han cumplido las metas y no han surgido otras nuevas, dar por finalizada la relación. Es posible que

enfermera y usuario tengan dificultades para terminar ésta; tal vez el paciente se sienta inseguro de su capacidad para mantener por sí mismo los cambios producidos en su comportamiento o en su estado de salud. La enfermera puede mostrarse ambivalente sobre el hecho de que “ya no se la necesite más”; no obstante, si se tiene conciencia de estos sentimientos y se muestra una actitud abierta hacia ellos, es posible que ambos se sientan satisfechos por haber alcanzado las metas fijadas, y acepten la necesidad de terminar la relación.

## **RESUMEN**

---

El proceso de enfermería proporciona un procedimiento sistemático para que usuario y enfermera alcancen las metas convenidas de mutuo acuerdo. El empleo de este proceso brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma basada en un modelo profesional de enfermería.

---

## **EJEMPLO DE UN PLAN DE CUIDADOS UTILIZANDO EL MODELO DE NEUMAN\***

Sra. Jones

### **Historia de enfermería**

Mildred Jones es una viuda de 75 años de edad. Llegó a la clínica Goodwill quejándose de su incapacidad de caminar las 10 calles que hay de su casa a la tienda de comestibles sin perder el aliento. La única ocasión en que le sucedió algo parecido fue poco después de fallecer su esposo, cuando sufrió un “ataque cardíaco”. Esta vez el problema es diferente y le gustaría aprender a cuidarse por sí misma. La Sra. Jones informa que teme que si continúa así tendrá que depender de su hija, lo cual no desea que suceda.

La Sra. Jones observó que perdía menos el aliento después de que el médico le recetó una píldora para el corazón (Digoxin). Piensa que el problema comenzó poco a poco después de ganar algo de peso (unos 10 Kgs.). Informa que le gustan mucho los dulces y que suele tener algunos que comparte con los niños vecinos. Afirma que las enfermeras “la ayudaron a perder peso en el pasado y espera que podamos auxiliarla en esta ocasión”. Consultar la Figura 12-3 para ver su plan de atención.

### **Factores intrapersonales – Fisiológicos**

Mujer caucásica de 75 años de edad; estatura, 1.58 mts; 90 kgs. de peso; PA 160/94, T 36.6°C, P 84 irregular, R 22; cabello cano, arco senil alrededor de los ojos; informa de cierta dificultad para escuchar al nieto cuando está encendido el

\* Modificado de un ejemplo de plan de cuidados, Escuela de Enfermería, University of Wyoming, 1983.

VALORACION	PLAN	EJECUCION	EVALUACION
<b>Productores de tensión</b>	<b>Diagnóstico de enfermería</b>		
1. Sobrepeso en relación con estatura y constitución. Reconoce que tiene dificultades para controlar la ingestión de calorías y evitar los dulces.	Alteración en la nutrición: superior a las necesidades del cuerpo, debida al incremento de la ingestión de calorías y gusto por los dulces  <b>Metas</b> (por orden de prioridad)  1. La Sra. Jones perderá medio kilo de peso por semana durante las siguientes 4 semanas (corto plazo)  2. La Sra. Jones perderá 20 kilos en los próximos 3 meses  3. La Sra. Jones mantendrá su pérdida de peso durante 1 año (larzo plazo)	<i>Prevención primaria</i> 1. Registrar el peso cada semana, a la misma hora y en la misma báscula  2. Describir un régimen alimenticio de 1500 calorías  3. Ayudar a la Sra. Jones a leer las etiquetas  4. Dar a la Sra. Jones una lista de alimentos bajos en calorías y en sal  <i>Prevención secundaria</i> 1. Elaborar una dieta de mantenimiento, que se utilizará después de haber bajado de peso	¿Perdió peso?  ¿Pueden la Sra. Jones y su hija describir alimentos que sean adecuados para la dieta?  ¿Puede la Sra. Jones describir un plan de 1500 calorías?
2. El esfuerzo causa disnea	Patrón de respiración ineficaz debido a un agrandamiento moderado del corazón y al aumento de peso  <b>Metas</b>  1. La Sra. Jones describirá un programa que incluya periodos de descanso antes de abandonar la clínica (corto plazo)  2. La Sra. Jones caminará hasta la tienda sin disnea en un plazo de 6 meses	<i>Prevención primaria</i> 1. Analizar la importancia de llevar un registro por escrito de los episodios de disnea con la Sra. Jones y su hija  <i>Prevención secundaria</i> 1. Analizar un programa que combine periodos de actividad y descanso  2. Planificar un incremento gradual de la actividad para mejorar la tolerancia	Revisar el registro  ¿Puede la Sra. Jones hacer un informe de sus periodos de actividad?  ¿Cuánto puede caminar la Sra. Jones sin disnea?
3. Dolor. La Sra. Jones afirma que siente dolor por la mañana y una mayor incomodidad si "permanece sentada mucho tiempo"	Incomodidad a causa del dolor de las articulaciones  <b>Metas</b>  1. La Sra. Jones describirá los efectos secundarios de los medicamentos antes de abandonar la clínica y de nuevo una semana después (corto plazo)  2. La Sra. Jones sentirá menos dolor al levantarse en un plazo de 2 semanas (corto plazo)	<i>Prevención primaria</i> 1. Discutir la importancia de seguir caminando  <i>Prevención secundaria</i> 1. Analizar los efectos secundarios de los medicamentos con la Sra. Jones y su hija  2. Enseñar a la Sra. Jones la mejor forma de tomar los medicamentos  3. Reforzar la importancia de seguir la dieta	¿Conoce la Sra. Jones los efectos secundarios?  ¿Se siente más cómoda la Sra. Jones?

Figura 12-3. Plan de cuidados para la Sra. Jones.



focadiscos; no experimenta dificultad para tragar y no presenta irritación en la garganta; *informa* pérdida del aliento cuando sube escaleras o camina 10 calles en pendiente hasta la tienda; el sonido pulmonar es claro; pulso en todas las extremidades 3-4+; *abdomen protuberante*; el intestino suena en todos los cuadrantes; *informa de dolor en los tobillos, caderas y rodillas* que no le impide caminar; movilidad total de las articulaciones excepto disminución de la flexibilidad en las rodillas; alertas; CN 2-12 intacto en su mayor parte; movimientos suaves y coordinados; vías sensoriales intactas; igual fuerza, masa y tono en el sistema muscular. Orina 2+ *glucosa*. Toma .25 mgm de *Digoxin* al día.

**Factores intrapersonales – Psicológicos**

Mujer amistosa. Ha vivido con su hija, su yerno, y dos nietos adolescentes durante un año.

**Factores intrapersonales – Socioculturales**

Se mudó hace un año del que fuera su hogar durante 30 años (a 370 kilómetros de distancia). Colabora en casa de su hija haciendo pequeñas tareas domésticas. Viuda desde hace dos años. La segunda hija vive cerca.

**Factores intrapersonales – Relacionados con el desarrollo**

Se retiró como modista hace seis años. Disfruta de sus nietos a quienes ve todos los días. Asiste a actividades para personas de edad avanzada una o dos veces por semana.

**Factores interpersonales**

Consultar los párrafos anteriores. Recibe atención de salud en una clínica local.

**Factores extrapersonales**

Los ingresos que percibe por concepto de seguridad social y beneficios de viudez de la pensión de ferrocarriles ascienden a US\$ 625 mensuales. Tiene Medicare (seguro social de asistencia médica).

**BIBLIOGRAFIA**

---

ANA Standards for Practice, Kansas City, American Nurses Association, 1973.  
Brill EL: Foundations for Nursing, pp. 108-170. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1980.  
Gordon M: Nursing Diagnosis and the Diagnostic Process. Am J Nurs 76:1298-1300, agosto de 1976.  
Gordon M: Manual of Nursing Diagnosis. Nueva York, McGraw-Hill, 1982.  
Griffith JW, Christensen PJ: Nursing Process: Application of Theories, Frameworks, and Models, pp. 29-164. St Louis, CV Mosby, 1982.  
Kim MJ, Moritz DA (eds): Classification of Nursing Diagnoses: Procedimientos de la Tercera y Cuarta Conferencias Nacionales (abril de 1978 y 1980). Nueva York, McGraw-Hill, 1982.  
Price MR: Nursing diagnosis: Making a concept come alive. Am J Nurs 80:668-671, abril de 1980.  
Wolff L, Weitzel MH, Fuerst EV: Fundamentals of Nursing, 6 ed, pp. 54-81. Filadelfia, JB Lippincott, 1979.  
Yura H, Walsh MB: The Nursing Process. Norwalk, Appleton-Century-Crofts, 1983.

## Capítulo 13

# *Relaciones de comunicación y ayuda*

### **PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR**

1. ¿Por qué se considera que la comunicación es un elemento esencial de la enfermería?
2. ¿Cuáles son los principales fines de la comunicación? Mencionar la importancia de cada uno para la enfermería.
3. Explicar la importancia del espacio en el proceso de enfermería. Citar un ejemplo de cómo puede la enfermera manipular el espacio en beneficio del usuario.
4. Mencionar tres principios de la relación entre enfermera y paciente que garantizan una buena comunicación. Definir cada uno de ellos y describir la importancia que tienen para el proceso de enfermería.
5. ¿En qué forma afecta el papel del usuario como demandante a la interacción entre éste y la enfermera? Relacionar el papel del paciente como peticionario con la necesidad de la enfermera de actuar como defensora.
6. ¿Cuáles son los resultados de la reciprocidad en las relaciones de ayuda?
7. ¿Cómo afecta la ansiedad la relación entre enfermera y usuario?
8. Tomando como base las técnicas de comunicación terapéutica y no terapéutica que se presentan en este capítulo, escribir un ejemplo de cada una de ellas.

El axioma, desde hace tiempo aceptado en las profesiones que brindan ayuda, de que los cambios de conducta se producen a través de las experiencias emocionales, sirve de base para conceder gran importancia a la comunicación dentro de la práctica de la enfermería. La necesidad humana de relacionarse une a las personas y la comunicación actúa como medio de intercambio en estas relaciones. Los mensajes verbales y no verbales intercambiados en las relaciones humanas determinan, en gran medida, la estructura y función de los sentimientos en las personas. En realidad, toda la existencia y el estado de salud de los seres humanos dependen de la comunicación, ya que es imposible separar el elemento afectivo de la vida del componente biológico.

### **LA COMUNICACION COMO INTERACCION**

En el proceso de enfermería, tanto la enfermera como el usuario viven experiencias emocionales como una función del proceso de comunicación que existe entre

ellos. Como las metas fundamentales de la enfermera profesional son incrementar al máximo el potencial de salud del usuario y convertir en realidad las mejores habilidades profesionales del yo, la enfermera profesional debe comprender con toda claridad que la comunicación ejerce una gran influencia en la conformación de las relaciones. Por lo tanto, la calidad del proceso de comunicación entre enfermera y paciente constituye un factor determinante del éxito de la relación profesional. No es posible definir ni alcanzar las metas comunes de la relación sin contar con una comunicación eficaz que ejerza una influencia positiva en las emociones de usuario y enfermera profesional. En este capítulo se habla de la comunicación como el elemento interpersonal del proceso de enfermería y como el componente esencial de las relaciones de ayuda.

### **El elemento interpersonal del proceso de la enfermería**

Si suponemos que los seres humanos poseen todas las características de un sistema abierto, la enfermera puede llegar a la conclusión de que las personas influyen y reciben la influencia de todos los sistemas humanos con los que se relacionan de una u otra manera. De hecho, este proceso recíproco indica que el atributo más importante del hombre no sólo es estar abierto a las experiencias interpersonales, sino también poseer la capacidad de influir sobre sí mismo y los demás. Sullivan (1953, p. 32) supone que “todos somos más sencillamente humanos que de otra forma”.

Los seres humanos influyen en los demás principalmente a través de la comunicación; ésta se describe como la “matriz de todos los pensamientos y relaciones que existen entre las personas” (Murray y Zentner, 1979, p. 62). Mediante la comunicación en el proceso de la enfermería con los usuarios, la enfermera profesional espera crear con el paciente nuevas situaciones que lo hagan comportarse de una manera más saludable. Esta meta sólo puede alcanzarse si la enfermera conoce el contenido y el proceso de la relación entre ella y el usuario. Para comprender el contenido en el proceso de enfermería, la enfermera tiene que conocer a la persona en su calidad de sistema abierto que interactúa con el ambiente, la salud, y factores específicos que promueven cambios positivos en los seres humanos. Para comprender el proceso en la relación entre enfermera y usuario, la enfermera debe tener conocimientos sobre comunicación y experiencia en la creación de relaciones de “ayuda”. En consecuencia, para participar con eficiencia en las relaciones entre enfermera y usuario, intra o interdisciplinarias, y personales, la enfermera debe entender la estructura y las funciones de la comunicación.

La enfermería como grupo organizado no siempre ha tenido éxito en presentar una imagen de una disciplina profesional autónoma. El desacuerdo entre teóricos, practicantes, y educadores en enfermería acerca del significado del “diagnóstico y tratamiento de las *respuestas humanas* a problemas de salud reales o potenciales” (Ley de Prácticas de Enfermería, Estado de Nueva York, 1972), ha dado por resultado diversas y, a menudo, conflictivas imágenes de la enfermería. En la actualidad, todas las partes interesadas están de acuerdo en que el propósito único de la enfermería consiste en atender las respuestas de los seres humanos tanto en la salud como en la enfermedad. Estas respuestas humanas constituyen la substancia

de la comunicación; por ende, la enfermería profesional se ocupa de la comunicación y del empleo de la comunicación en las relaciones entre enfermera y usuario con un propósito determinado.

### **Estructura de la comunicación**

La comunicación humana se ha definido como “la generación y transmisión de significado” (Pluckman, 1978, p. 6). Se trata de una interacción dinámica entre dos o más personas en la que se intercambian metas, ideas, creencias y valores, sentimientos y “sentimientos acerca de los sentimientos”. Experimentar al menos un minuto de intercambio da por resultado un cambio en los comunicantes que participan en el proceso. Es preciso observar que la comunicación sólo se define en el contexto de “proceso”. Como los seres humanos intercambian energía en forma continua e irrevocable con el medio ambiente, y la vida se remodela constantemente, puede suponerse que los individuos reflejan sólo acciones dinámicas. Un hombre siempre es afectado por los demás y siempre afecta a otras personas; constantemente comunica, por lo tanto, genera cambios en otras personas y sufre cambios en sí mismo.

Aunque la comunicación es un proceso dinámico, es posible identificar algunos elementos y analizar las relaciones entre esos elementos. Berlo (1960), destacada autoridad en el campo de la comunicación, hace un recuento de los distintos modelos de comunicación desde Aristóteles hasta la década de 1960. Aristóteles identificó los elementos relacionados como orador, discurso y audiencia; tras analizar los distintos puntos de vista y las investigaciones efectuadas por las ciencias del comportamiento, Berlo (1960, pp. 30-32) postuló un modelo de comunicación generalmente aceptado en nuestros días:

1. Una fuente – Definida desde el punto de vista interpersonal como una persona o personas con ideas, necesidades, intenciones, información, y una razón para comunicar.
2. Un mensaje – Conjunto de símbolos codificado y sistemático que representa ideas, fines, intenciones, y sentimientos.
3. Un codificador – Mecanismo para expresar o traducir el propósito de la comunicación en un mensaje (en los seres humanos, los mecanismos motores, por ejemplo, mecanismo vocal para los mensajes orales, músculos de las manos para los mensajes escritos, otros sistemas de músculos del cuerpo para producir gestos).
4. Un canal – Medio para transmitir el mensaje.
5. Un descifrador – Mecanismo para traducir el mensaje en una forma que pueda utilizar el receptor (en los seres humanos, los mecanismos sensoriales).
6. Un receptor – Objetivo o recipiente del mensaje.

En este modelo, la transmisión de significados ocurre a través de un proceso dinámico en el cual hay una intención o propósito (fuente de comunicación); dicho propósito se traduce a una forma comunicable mediante el conjunto de mecanismos

motores y habilidades de la persona (codificador); el mensaje se transmite a través de un canal, y es traducido en forma admisible por los mecanismos sensoriales y habilidades de la otra persona (descifrador), ésta recibe el mensaje (receptor de la comunicación).

Desde que se postuló este modelo, los teóricos de sistemas han explicado con más detalle las relaciones recíprocas entre los participantes en el proceso de comunicación. La persona es en cualquier momento iniciador activo y receptor de significados en una situación interpersonal. Por ello, es importante para la enfermera comprender que actúa y reacciona en forma simultánea en el proceso de enfermería y que los significados del usuario tienen un efecto igual en el resultado de la relación. El proceso que acaba de describirse se le ha dado el nombre de "transaccional". La naturaleza dinámica del proceso de comunicación hace necesario que los profesionales evalúen sus propias acciones y reacciones durante el proceso de enfermería con los usuarios. Si no está consciente y no realiza dicha evaluación, el profesional tendrá menos posibilidades de tener éxito en la comunicación, que se manifiesta en un sentimiento de satisfacción asociado con la transmisión de significados claros y la confirmación de que el mensaje que quería transmitirse fue en realidad el que se recibió. La verificación del mensaje es de vital importancia para conseguir las metas terapéuticas en las relaciones de ayuda.

### **Funciones y tipos de comunicación**

Sintetizando diversos modelos de comunicación, Cecchio propone cuatro fines fundamentales de la comunicación: investigar, informar, persuadir y entretener (Cecchio y Cecchio, 1982). Las enfermeras profesionales pueden tratar de llevar a cabo cualquiera de estos fines con usuarios, sistema de servicios de salud, colegas, otros miembros del personal e incluso consigo mismas. Al tratar de lograr estos propósitos, la enfermera transmite mensajes durante el proceso. Los mensajes se transmiten en forma verbal y no verbal, así como a través de la metacomunicación.

En todos los modelos de comunicación se halla implícito el concepto de que ésta posee dos elementos interactuantes: el valor del contenido del mensaje y el valor interaccional o perceptual del mensaje y de sus participantes. El valor del contenido se refiere al aspecto de información y se expresa en formas verbales o no verbales. El valor de interacción o perceptual (al que se le da el nombre de metacomunicación) identifica cómo se debe interpretar el contenido y la forma en que los participantes perciben la relación. La metacomunicación también puede expresarse en formas verbales y no verbales.

#### **Comunicación verbal**

En la enfermería, la comunicación verbal se relaciona fundamentalmente con la palabra hablada y requiere mecanismos fisiológicos y cognoscitivos funcionales que hacen posible la producción y recepción del lenguaje hablado. Si bien las palabras no ejercen la mayor influencia en la comunicación (sino el mensaje no verbal), las palabras son instrumento esencial de la comunicación personal y cultural. El lenguaje está constituido por un sistema completo de símbolos. Las

palabras simbolizan objetos reales o conceptos. La falta de congruencia en el lenguaje entre enfermera y usuario suele interferir con el establecimiento de una relación y crea obstáculos para ratificar los significados, principal característica de un mensaje eficaz.

A continuación se presentan los factores más importantes que influyen en las comunicaciones verbales:

1. Edad de desarrollo – Las habilidades verbales reflejan la capacidad fisiológica de transformar los sonidos en palabras y la capacidad cognoscitiva de simbolizar.
2. Herencia cultural – Mediante el proceso de asimilación cultural, el ser humano desarrolla variaciones con otras personas al definir las palabras. Aunque los significados denotativos son iguales (es decir, las representaciones concretas o palabras son las mismas entre las personas), los significados connotativos suelen variar entre los individuos porque éstos poseen diferente cultura y también es distinto su grado de aculturación.

Existen tres tipos de problemas relacionados con el hecho de que las palabras son los símbolos de la comunicación, de los cuales debe ocuparse la enfermera (Cecchio y Cecchio, 1982):

1. Problema técnico – ¿Con cuánta precisión pueden transmitirse los símbolos de la comunicación?
2. Problema semántico – ¿Cuán exactos son los símbolos para transmitir el mensaje que se desea?
3. Problema de la influencia – ¿Con cuánta eficacia afecta a la conducta el mensaje recibido?

El contenido verbal de la comunicación puede utilizarse para evaluar el tema del proceso de comunicación. Si se valorizan los temas en apariencia diferentes de discusión, las palabras que fundamentan o unen las diversas ideas reflejarán el por qué de la comunicación.

#### Comunicación no verbal

El componente no verbal del mensaje representa la influencia más grande en la comunicación. La comunicación no verbal consiste en todas las formas de comunicación que no incluyen la palabra oral ni la escrita. La percepción de la comunicación no verbal afecta todos los sentidos, incluyendo el del oído, empleado para percibir los mensajes verbales. Los signos (gestos), acciones o movimientos corporales (todos los movimientos del cuerpo que no constituyen signos específicos), objetos (toda la presentación intencionada o no de cosas materiales) y el uso del espacio, constituyen poderosos mensajes no verbales que son percibidos por los sentidos.

Los sentidos del tacto representan el sistema sensorial más primitivo desarrollado por los seres humanos. De gran importancia para el desarrollo del lactante es el contacto y la unión con la figura de los padres, que se produce en gran medida a

través de la comunicación no verbal resultante del contacto físico. El contacto físico sigue siendo un poderoso instrumento de comunicación a lo largo de toda la vida. Actualmente se acepta en forma generalizada que la falta de estímulos táctiles durante la infancia puede obstaculizar la realización de algunas tareas del desarrollo. El niño pequeño se orienta en el espacio a través del tacto; a medida que el niño crece para convertirse en adulto, el tacto como forma de comunicación no verbal adquiere significados culturales muy específicos. La enfermera debe comprender los tabúes relacionados con el contacto físico y la distancia si desea tener un propósito determinado en la comunicación verbal o no verbal; por ejemplo, para una persona el hecho de que le toquen la rodilla puede significar interés, mientras que para otra puede significar seducción. Si se emplea con sensibilidad, en el momento oportuno y dentro del contexto de la cultura del usuario, el contacto físico puede ser un poderoso instrumento no verbal para la enfermera profesional.

Todos los procesos sensoriales se convierten en poderosos elementos del proceso de la comunicación cuando los seres humanos intercambian mensajes verbales y no verbales con otras personas a lo largo de su vida; por ejemplo, los sentidos olfatorio y del gusto hacen posible que una persona aprenda qué olores y sabores son agradables y cuáles no lo son. Una vez que está presente esta capacidad fisiológica, el olor y el gusto constituyen importantes mensajes no verbales en el proceso de comunicación. La enfermera debe manejar el ambiente del sistema de servicios de salud de manera que se controlen los mensajes no verbales, como el olor. Por último, en relación con los aspectos sensoriales de la comunicación no verbal, el sentido de oír la palabra hablada posee también un elemento no verbal: interpretar las cualidades de la voz. Hunsaker y Alessandra (1980) afirman que las cualidades de la voz mencionadas a continuación son determinantes importantes en la eficacia de la comunicación: resonancia (intensidad con la cual la voz llena el espacio), ritmo (flujo, velocidad, y movimiento de la voz), velocidad (rapidez con que se emplea la voz), tono (alto o bajo de la voz en relación con la tensión de las cuerdas vocales), volumen (fuerza), inflexión (cambio en el tono o volumen de la voz), y claridad (capacidad de enunciación y articulación de la voz).

Quizá las acciones motoras o cinésicas se efectúan con mayor frecuencia sin que el comunicante se dé cuenta de ellas. Los movimientos corporales constituyen comunicaciones no verbales determinadas mayormente por la socialización; como se desarrollan en un entorno psicosocial y cultural determinado, las acciones motoras varían de acuerdo con el sexo, clase social, edad y antecedentes étnicos. En general se acepta que la mala interpretación de los movimientos corporales, variables según la cultura, crean barreras para la comunicación eficaz; por ejemplo, los movimientos de los ojos, que forman parte del contacto visual, comunican mensajes culturales específicos. Si la enfermera profesional no da el mismo significado a este tipo de comunicación no verbal, la eficacia de la relación entre ésta y el usuario puede ser limitada. Hunsaker y Alessandra (1980) sostienen que el 90% del significado proviene de la comunicación no verbal; en consecuencia, la conducta no verbal tiene un efecto importante en el receptor del mensaje comunicado, por lo tanto, el comportamiento no verbal adquiere una gran importancia en los líderes, ya que transmite una gran parte del significado a quienes participan en el proceso de liderazgo; por ejemplo, las siguientes acciones motoras (observadas

con frecuencia) pueden ejercer gran influencia en el proceso de la comunicación. (Hunsaker y Alessandra, 1980):

1. Frotarse suavemente detrás de la oreja con el dedo índice – Se interpreta como duda.
2. Frotarse casualmente los ojos con un dedo – El receptor del proceso de comunicación no entiende lo que se comunica.
3. Ponerse las manos ahuecadas sobre la boca – Uno de los participantes en la interacción trata de ocultar algo.
4. Echarse hacia atrás con ambas manos apoyando la cabeza – Se interpreta como confianza o superioridad.
5. Apretarse el puente de la nariz con los ojos cerrados – Se interpreta como una evaluación cuidadosa.
6. Mover los anteojos hacia la parte inferior de la nariz y ver por encima de ellos – Se interpreta como una fuerte evaluación negativa.

En el proceso de enfermería deben examinarse con sumo cuidado los movimientos corporales. La enfermera debe ser capaz de comprender el significado específico de las acciones motoras empleadas por el usuario y tratar por todos los medios de que exista cierta congruencia entre sus propias conductas no verbales y las comunicaciones verbales que intenta transmitir.

El empleo del espacio en la comunicación no verbal desempeña un papel importante en todos los aspectos de la vida. El espacio es constante, puede rodear a la gente o existir entre ella. Las enfermeras profesionales deben ocuparse del espacio personal o ambiental de los seres humanos. Hall (1966) estudió el efecto de la cultura sobre la comunicación en términos del empleo del espacio. No cabe duda de que entre los ingleses, alemanes, y estadounidenses existen diferencias en la interpretación de lo que constituye una intromisión en el espacio personal y en el empleo del espacio personal y ambiental. Para poder ser eficiente, la enfermera debe considerar la forma en que se mueven las partes del cuerpo (como los ojos) en el espacio, la posición de los cuerpos en el espacio (por ejemplo, los cuerpos de la enfermera y del usuario están orientados en la misma dirección o en direcciones diferentes) y la distancia entre los cuerpos en el espacio. Las propiedades del espacio mencionadas a continuación son de gran utilidad para que la enfermera utilice el espacio de la mejor manera posible:

1. Las conductas puntuales se producen en el espacio – Las partes del cuerpo se mueven en el espacio y se orientan en una dirección determinada (por ejemplo, la dirección de la mirada transmite un mensaje específico).
2. Las conductas posicionales se producen en el espacio – Cuatro regiones del cuerpo (cabeza y cuello, parte superior del tronco, pelvis y caderas, y parte inferior de las piernas y pies) se orientan en el espacio, ya sea en la misma dirección o en direcciones opuestas, según el mensaje que se desea transmitir.
3. La posición de los participantes en el espacio de la comunicación representa el grado de afiliación que existe entre ellos. Las personas emplean las conductas puntuales y posicionales para indicar que se encuentran “con” alguien, con quienes están afiliados y comparten el espacio, o que “no se encuentran” con alguien, es decir, no están afiliados *ni* comparten el espacio.



4. La orientación y la posición de los cuerpos en el espacio corresponden a modelos de compromiso entre las partes. Algunas configuraciones representan participación y compromiso en la relación espacial, mientras que otras indican falta de participación y compromiso entre las partes (Pasquali y col., 1981, pp. 183-184).

Si tiene conciencia de lo que el usuario percibe como un aceptable empleo del espacio y del cómo la posición y dirección del cuerpo afectan el significado de la relación, la enfermera profesional puede utilizar la manipulación del espacio personal y ambiental en beneficio del usuario en el marco del proceso de enfermería; por ejemplo, la enfermera que trata de enseñar al paciente cómo administrarse la insulina, no podrá apreciar toda la conducta no verbal del usuario si se sienta al lado de éste, ya que en esa posición, el torso de la enfermera no está dirigido hacia el del usuario, la cabeza debe volverse con torpeza para observar las expresiones faciales, etc. Esta posición da al paciente el mensaje de que la enfermera no está con él.

### Metacomunicación

La metacomunicación ocurre tanto a nivel verbal como en el no verbal, y representa un nivel de integración que define el “qué”, el “quién”, y la relación que existe entre el “qué” y el “quién” del proceso de comunicación. Como este nivel de comunicación ejerce gran influencia en la determinación de la eficacia de las relaciones, la enfermera profesional debe evaluar la comunicación tanto en términos de su contexto como en el de las relaciones que existen entre las partes. La comprensión de los temas de la relación ayuda a la enfermera a evaluar la metacomunicación que tiene lugar en el proceso de enfermería. La enfermera debe buscar el tema del contenido (idea o lazo central), el tema del modo (emoción comunicada –forma en que se transmite el mensaje) y el tema de la interacción (dinámica entre los participantes en la comunicación). Si se sabe que el cambio ocurre con mayor rapidez y eficacia cuando existe congruencia entre los elementos verbales y no verbales de la comunicación, la enfermera debe estar alerta a los indicadores del grado de acuerdo en el significado del contenido y el proceso de la relación. Si hay una discrepancia entre los elementos verbales y no verbales, el indicador no verbal suele ser el más exacto; sin embargo, la conducta no verbal está más sujeta a significados y variaciones subjetivas, por lo que es preciso confirmarlo verbalmente; este proceso de validación desempeña una función importante en el empleo eficaz de la metacomunicación dentro del proceso de enfermería.

### Percepción

En los seres humanos, la comunicación es posible porque poseen la capacidad de interpretar. La interpretación incluye percepción, simbolización, memoria, y pensamiento. La percepción es tal vez el elemento más importante de todos, el componente básico al que siguen todos los demás. Taylor (1977) define la percepción como la selección y organización de sensaciones, de manera que adquieran un

significado; adopta la posición de que las percepciones son aprendidas y de que lo que se aprende depende de las experiencias durante la socialización. Las emociones, lenguaje y actitudes influyen en las expectativas perceptuales y varían de un individuo a otro, por lo tanto, la capacidad de interpretación de una persona depende en gran medida de su capacidad de percepción.

Los factores que afectan la percepción en la relación entre enfermera y usuario son: capacidad de prestar atención (recepción de sensaciones), perspectiva que cada uno lleva a la relación, y condición física de los receptores. La presencia de ansiedad (evaluación negativa real o anticipada de la otra persona) en la enfermera o en el usuario limita la capacidad de prestar atención en el proceso de comunicación, interfiere con la confirmación de las perspectivas individuales y reduce la capacidad física; en consecuencia, es de vital importancia controlar la ansiedad en la relación entre enfermera y usuario. La confirmación de las percepciones es esencial para fijar y lograr las metas.

La naturaleza e importancia evolutiva de la percepción puede apreciarse en la siguiente afirmación de la relación: La forma en que percibimos y sentimos el mundo es una fuerza que impulsa y un resultado de nuestro modelo de organización como sistema vivo; este modelo afecta nuestras percepciones y sentimientos en todo momento. Las percepciones y los sentimientos que tengamos acerca de ellos afectan la forma en que nos comunicamos. La enfermera debe estar siempre consciente del poder e influencia que ejerce la percepción sobre los resultados de las comunicaciones verbales, no verbales y metacomunicaciones.

## **Autoconcepto**

Otro factor importante que afecta la comunicación en el proceso de enfermería es la relación entre los participantes. El autoconcepto de cada interesado constituye uno de los principales factores que determinan dicha relación. La conciencia de sí mismo y la conciencia de los demás depende del autoconcepto. Consultar el Capítulo 4, "Desarrollo del autoconcepto profesional" para analizar la importancia del autoconcepto personal en el desarrollo de las habilidades profesionales. Además de la conciencia de uno mismo, otros factores del autoconcepto, vitales para lograr una comunicación eficaz, son capacidad de compartir con los individuos (función de realización de las tareas de desarrollo interpersonal), aptitud para establecer, conservar, y finalizar las relaciones con las que nos sentimos a gusto (función de la necesidad de los seres humanos de perpetuar su propio concepto) y capacidad de compartir el poder (reflejo de la forma en que la persona se ve a sí misma y a los demás).

Si la principal razón de que las enfermeras se comuniquen con los usuarios consiste en influir en ellos para que alcancen una mejor salud, es esencial que desarrollen conceptos de sí mismas que sean muy eficaces para convertir en realidad el potencial de crecimiento del paciente; estos conceptos incluyen conciencia de las propias percepciones y sentimientos acerca del yo, capacidad de obtener satisfacción por compartir la responsabilidad de la relación, facultad de considerarse un instrumento terapéutico para llevar a cabo el proceso de enfermería, y apreciación del valor del poder compartido en las actividades dirigidas al cambio.

## **Principios de comunicación en las relaciones de colaboración entre enfermera y usuario**

Algunas de las características más importantes que deben poseer los comunicadores eficientes son la capacidad de simpatizar, mostrar respeto, y reaccionar sinceramente. El proceso para alcanzar cada una de estas características representa un principio en el cual puede basarse la comunicación en el proceso de enfermería. Las relaciones de colaboración exigen que enfermera y usuario compartan en forma mutua y equitativa la responsabilidad y autoridad de la planificación, implementación, y evaluación del proceso de ayuda; dicha colaboración no puede producirse sin elevados niveles de empatía, respeto y autenticidad.

### Empatía

Para que se produzcan cambios eficaces en cualquier relación de ayuda, es preciso observar el principio de empatía: Con el fin de ser útil, la enfermera debe demostrar su capacidad de participar en los sentimientos o ideas del usuario sintiendo, compartiendo, y aceptando los sentimientos del usuario. La empatía se define como (1) "proyección imaginativa de un estado subjetivo a un objeto, de tal forma que éste parezca lleno de él" y (2) "grado de sintonía afectiva con las demás personas y ambiente circundante" (Diccionario Medicobiológico University, 1966). Hammond y *col.*, (1977) repitieron y modificaron la investigación sobre la empatía realizada originalmente por Carkhuff (1969); consideraron el proceso empático como la creación del mundo tal y como lo percibimos en lugar de limitarse a responder a él. Sugieren que el proceso es de desarrollo y avanza en forma secuencial a partir de:

1. La experiencia del estado biológico en el cual la persona experimenta las acciones de su propio cuerpo.
2. Un estado en el que los sentimientos se vuelven más diferenciados y específicos.
3. Una mayor conciencia de las respuestas y sentimientos del propio cuerpo.
4. La capacidad de percibir los sentimientos, estados de ánimo, y necesidades de los demás (Hammond y *col.*, 1977, pp. 97-136).

Si la enfermera posee empatía, demuestra estar consciente del carácter único e individualidad del usuario; está dispuesta a compartir los sentimientos del paciente; se interesa en él como un ser igual a sí misma. Si el usuario se percata de que es tratado como un objeto, se pondrá de inmediato a la defensiva; no obstante, si percibe que la enfermera se interesa por él y por lo que siente, la relación generará confianza y una comunicación abierta. Hammond y *col.*, afirman que para ser verdaderamente empático, el ayudante debe escuchar tan bien que pueda actuar como se pretende, percibir y aceptar los sentimientos y experiencias internos del usuario del mismo modo que los experimenta éste, y pueda parafrasear los sentimientos, ideas e intenciones a entera satisfacción del paciente.

Para que una enfermera desarrolle empatía se necesitan dos cosas: (1) conciencia

y aceptación de ella misma como persona que siente y está abierta a sus propias experiencias, y (2) capacidad de escuchar todos los mensajes transmitidos por el usuario, identificar los sentimientos relacionados con cada uno, y responder a la sensibilidad del paciente. En consecuencia, la empatía incluye mucho más que el aspecto cognoscitivo o pensante del yo, comprende la aceptación de que somos seres que sentimos, con más de un tipo de emociones en un momento determinado. En la comunicación eficaz, los sentimientos del usuario, percibidos y aceptados por la enfermera, son conocidos por ella y por el paciente.

### Respeto

El principio de respeto en la relación entre usuario y enfermera implica que con el fin de que el usuario experimente su derecho a existir como persona, la enfermera debe mostrar una actitud receptiva que valore los sentimientos, opinión, individualidad y carácter único del usuario (Hammond y col., 1977, pp. 170-203). El respeto humano es el miramiento excesivo hacia la opinión de los hombres, antepuesto a los dictados de la moral estricta (Diccionario de la Lengua Española, 1970). Hammond y colaboradores aceptan la definición de que el respeto es el interés no posesivo y la afirmación de las otras personas como individuos independientes. El respeto genera autoestima y autoimagen. En la relación entre enfermera y usuario, se muestra respeto cuando hay igualdad, reciprocidad y se comparte el pensamiento sobre los aspectos positivos y los problemas.

Hammond y colaboradores (1977, pp. 170-207) ofrecen las siguientes pautas para que la enfermera responda a los usuarios con respeto:

1. La enfermera debe mostrar un alto nivel de compromiso para comprender, mediante su buena disposición, los temas importantes para el usuario; para ello se requiere una gran habilidad en las comunicaciones verbales.
2. La enfermera necesita transmitir aceptación y cordialidad mostrándose libre de prejuicios. Las enfermeras deben adquirir un alto grado de inmunidad a sentirse desconcertadas, impresionadas, desalentadas, o abrumadas por el comportamiento del usuario (sin importar cuán ofensivo sea); para ello se requiere una gran destreza en las comunicaciones no verbales.
3. La enfermera tiene que dar la bienvenida a la oportunidad de relacionarse con diferentes individuos y sentirse enriquecida con la relación; para ello se requiere estar libre de prejuicios.
4. La enfermera debe creer en la capacidad de cambio de las demás personas.

El respeto que muestra la enfermera confirma los aspectos positivos y la capacidad de resolver los problemas del usuario.

### Autenticidad

La autenticidad, usada como sinónimo de genuino, se apoya en el principio de la enfermería que sostiene: los resultados terapéuticos positivos del paciente se fortalecen cuando la enfermera actúa con autenticidad en la relación de ayuda. Al

definir la autenticidad, se emplean frases como “ser en realidad y con exactitud lo que se pretende”, “genuino”, “buena fe” y “sincero”. Autenticidad significa “compartir el yo comportándose en forma natural, sincera, espontánea, real, abierta y no defensiva” (Hammond y col., 1977, p. 204). La enfermera genuina actúa sin ensayos y sin artificios. Se ha afirmado que la neutralidad es la esencia del comportamiento de la enfermera en las relaciones de ayuda (Rogers, 1951); otros autores sostienen que el comportamiento neutral tiene con frecuencia apariencia de estar despersonalizado, por lo que resulta ambiguo y provoca ansiedad en el usuario, quién tal vez no reciba un mensaje claro de cuál es su posición respecto a la enfermera.

Algunas pautas para el empleo eficaz de la autenticidad, que pueden aplicarse a la enfermera en su relación con el usuario son:

1. Evitar manifestarse al usuario antes de tiempo y esperar hasta que éste se muestre dispuesto a responder en forma positiva.
2. Conforme se establece la confianza, la enfermera puede mostrarse más abierta y espontánea, aunque siempre debe apegarse a los principios de empatía y respeto.
3. Evitar hacer revelaciones sobre uno mismo con el fin de manipular, aconsejar, o influir para lograr las propias metas. Si la empatía y el respeto acompañan a la autenticidad, no es probable que se presenten estas motivaciones personales. (Hammond y col., 1977, pp. 204-227).

Para resumir, en los usuarios se producen cambios eficaces cuando la enfermera emplea un alto grado de interés positivo, demuestra congruencia entre quién es y qué es, se muestra precisa entre las comunicaciones verbales y no verbales, y deduce con exactitud el mundo interior del usuario escuchando con atención y comprensión el ámbito subjetivo y objetivo de la relación conforme cambia durante el transcurso del tiempo. La internalización de los principios de empatía, respeto, y autenticidad hace posible que la enfermera demuestre estos comportamientos y experimente satisfacción dentro del proceso de enfermería.

## **RELACIONES DE AYUDA – LA ENFERMERA COMO AYUDANTE \_\_\_\_\_**

La “relación entre enfermera y usuario es una interacción útil con un propósito determinado entre una autoridad en atención de salud, la enfermera, y un individuo o grupo que tiene necesidades de cuidados de salud” (Murray y Zentner, 1979, p. 129). La enfermera como autoridad en la atención de la salud reconoce su experiencia y capacidad de promover, conservar, restablecer la salud, y prevenir enfermedades; también acepta su obligación para con la sociedad de compartir sus capacidades con los pacientes que necesitan servicios de enfermería. Si bien en la actualidad en Estados Unidos la enfermera no suele ser empleada directamente por el usuario, es responsable desde el punto de vista profesional en primer lugar ante el usuario que recibe sus servicios, y después ante sí misma, y ante su patrón y otros miembros del equipo de salud. La enfermera tiene la responsabilidad de desempeñar el papel de ayudante sin importar los parámetros específicos y los fines

de cada relación, y debe confirmar que el usuario conoce los temas de interés sobre los cuales está dispuesto a solicitar ayuda, y suponer que compartirán mutuamente la responsabilidad de los resultados del proceso de enfermería. Asimismo, la enfermera parte de la base de que el usuario puede alcanzar un mejor estado de salud; el papel de ayuda se considera como una acción en la que la enfermera profesional se emplea a sí misma y utiliza su experiencia y conocimientos como instrumento terapéutico para ayudar a los usuarios a producir respuestas eficaces para resistir o vencer las amenazas a su salud.

Rogers (1958) estableció las siguientes condiciones esenciales de una relación de ayuda que pueden aplicarse al proceso de enfermería:

1. El individuo es capaz, y se espera que se haga responsable de sí mismo.
2. Cada individuo (enfermera, y usuario) posee un fuerte impulso a madurar y a ser responsable desde el punto de vista social.
3. El clima de la relación de ayuda es cálido y permite la expresión de los sentimientos positivos y negativos.
4. Los límites, convenidos de mutuo acuerdo, se imponen sólo a los comportamientos, no a las actitudes.
5. El ayudante comunica aceptación y comprensión.

Las características de la ayuda determinadas por Rogers han ejercido una influencia positiva en muchos profesionales de la salud y se han seguido refinando y formulando para mejorar la práctica profesional

### **El paciente como demandante**

Al analizar los fundamentos, fines, responsabilidades y derechos de la relación entre enfermera y paciente, Curtin (Curtin y Flaherty, 1982) estudió la situación del paciente (término usado como sinónimo de usuario en este libro) quien es un demandante, una persona que solicita ayuda. Curtin describe como la violación de la autonomía humana es el primer resultado que obtiene la persona o familia que sufre una enfermedad o tiene que afrontar alguna amenaza a la salud. La persona que percibe una amenaza así se ve obligada a cambiar de un papel independiente a un papel de peticionario si desea recibir ayuda. Curtin declara que cuanto más personal o peligrosa sea la relación, más difícil le resulta al individuo pedir; sostiene que tanto la pérdida de independencia como el obstáculo de vulnerabilidad antes mencionados deben ser superados por el profesional que actúa como defensor del usuario. Curtin cree que las enfermeras son especialmente sensibles a la necesidad de apoyar a los pacientes y pueden en verdad aceptar el sistema de valores de éstos y “actuar en nombre del” usuario solicitante. Las enfermeras profesionales que actúan como defensoras aceptan la premisa de que enfermedad, malestar o las amenazas a la salud interfieren con la capacidad de la persona, pero no con su derecho a elegir.

Curtin (Curtin y Flaherty, 1982) analiza también cómo el papel de demandante del usuario produce un desequilibrio de poder entre éste y el profesional, a menos que el profesional estructure una relación de colaboración. El profesional que

necesita ejercer poder y recibe satisfacción de la dependencia de otras personas, mostrará un comportamiento protector y condescendiente más injustificable hacia el paciente que el profesional comprometido a desempeñar un papel de defensor. Curtin afirma, "...pueden producirse errores trágicos a menos que se permita a los pacientes, en verdad se les ayude, a convertirse en participantes activos en la elaboración, diseño, e implementación de sus propios cuidados" (Curtin y Flaherty, 1982, p. 93). Para eliminar los peligros inherentes a la necesidad del usuario de asumir el papel de demandante, la enfermera profesional debe actuar como defensora y como agente del cambio en la relación de ayuda, lo cual significa que debe estar dispuesta a proporcionar información, compartir el poder en forma equitativa, alentar al usuario a asumir la responsabilidad de su propia salud, y a trabajar con diligencia para preservar su propia integridad y la del paciente.

### **Naturaleza de la ayuda en etapas progresivas de la relación entre enfermera y usuario**

Los propósitos y funciones de la relación entre enfermera y paciente varían conforme prosigue la interacción a través de etapas secuenciales predecibles. Si bien en una relación de ayuda la enfermera siempre desempeña los papeles de asistente, defensora, y coordinadora, las funciones y propósitos evolucionan a lo largo de la relación. La persona que brinda asistencia colabora con los usuarios para que alcancen una mejor salud; la defensora protege a los pacientes de las tensiones inherentes al papel de demandante y actúa en nombre del usuario fomentando el acceso de éste a los servicios de salud y al empleo de los mismos; la coordinadora trata de organizar y articular todos los servicios relacionados con las necesidades de salud del usuario que deben satisfacerse.

Hace más de 30 años, la Dra. Hildegard Peplau desarrolló y dio a conocer la base de conocimientos necesaria para actuar como asistente en el proceso de enfermería; su libro, *Interpersonal Relations in Nursing*, constituye un análisis profundo de la teoría interpersonal de Harry Stack Sullivan en el campo de la psiquiatría y brindó a la enfermería un sólido modelo conceptual para la práctica de la profesión. Aunque los académicos de enfermería han desarrollado otros modelos o nuevas formas del modelo interpersonal, la contribución de Peplau sobre las fases de la relación entre enfermera y paciente sigue siendo aplicable. A continuación se presenta un breve resumen de las distintas fases y de sus fines, incluyendo las funciones asociadas de la enfermera en cada una de las fases (Peplau, 1952).

**Fase de orientación:** Los propósitos de la fase de orientación incluyen presentación de la enfermera y el usuario, elaboración de la necesidad del usuario de reconocer y aceptar su problema y el grado de necesidad de ayuda, aceptación de que el paciente requiere ayuda para reconocer y planificar el empleo de los servicios que puede ofrecerle el personal profesional, consentimiento del usuario para dirigir las energías hacia la responsabilidad mutua de definir, comprender, y resolver el problema en forma productiva, y determinar las limitaciones y responsabilidades en el ámbito del sistema de salud. Cuando

la enfermera y el usuario confirman la comprensión de la necesidad de ayuda del usuario y la aceptación de los recursos para satisfacer dicha necesidad con un sentimiento de responsabilidad compartida y confianza, pasan a una nueva fase de la relación.

*Fase de identificación:* Los propósitos de la fase de identificación incluyen brindar al usuario la oportunidad de responder al ofrecimiento de ayuda que le hace el profesional, alentar al paciente a manifestar lo que siente para reorientar sus sentimientos y fortalecer los aspectos positivos, y brindar a la enfermera y al usuario la oportunidad de entender con toda claridad cada una de las expectativas y predisposiciones del otro.

*Fase de explotación:* Los propósitos de la fase de explotación incluyen el empleo de la relación entre enfermera y usuario para trabajar en la solución de los problemas y generar los cambios necesarios para mejorar la salud y para brindar al usuario la oportunidad de analizar sus experiencias y comportamientos anteriores y poder satisfacer las necesidades a medida que vayan surgiendo.

*Fase de resolución:* Los propósitos de la fase de resolución incluyen proporcionar la oportunidad de fijar nuevas metas, fomentar la liberación gradual del paciente de la identificación que se produjo entre él y la enfermera, y hacer todo lo posible para que el usuario actúe con mayor independencia.

Las siguientes funciones de la enfermera profesional, que se superponen en diversas fases, tienden a surgir conforme la enfermera promueve el crecimiento (cambio) en el usuario:

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| 1. Fase de orientación:    | Extraña  |
| 2. Fase de identificación: | Sustituta incondicional de la madre<br>Persona a quien se puede recurrir<br>Consejera<br>Maestra<br>Líder<br>Sustituta |
| 3. Fase de explotación:    | La persona adulta que brinda apoyo en el nuevo cumplimiento de las funciones antes mencionadas                         |
| 4. Fase de resolución:     | Las mismas funciones de la persona adulta  |

Es preciso observar que la enfermera avanza y retrocede en algunas de estas funciones en las distintas fases; no obstante, esencialmente, a medida que se satisfacen las demandas del usuario surgen necesidades más completas, de las que se desprende la necesidad de funciones más “maduras”.

En el papel de extraña, la enfermera es un individuo desconocido para el usuario. Peplau señala la importancia que tiene para la enfermera que desempeña este papel obtener el respeto del usuario y su interés positivo para fomentar una comunicación



abierta. Un sustituto es una figura que, en la mente del paciente, reactiva el sentimiento generado en relaciones anteriores. La responsabilidad de la enfermera consiste en ayudar al usuario a cobrar conciencia de las semejanzas y diferencias y a distinguir a la enfermera como persona. Al permitir a los usuarios volver a experimentar antiguos sentimientos, la enfermera que actúa como sustituta brinda una oportunidad de crecimiento. El papel de la persona a quien se puede recurrir incluye que la enfermera proporcione información específica, que suele formularse en relación con problemas más amplios. La función de enseñanza en el proceso de enfermería implica que la enfermera comparta información y fomente el aprendizaje del usuario mediante la experiencia y requiere la creación de nuevas alternativas con resultados flexibles en la relación entre enfermera y usuario. El papel de liderazgo significa que la enfermera facilita la labor del paciente en la solución de problemas. El papel de consejera incluye todas las actividades asociadas con la promoción de experiencias dirigidas a la salud; la consejera ayuda al usuario a cobrar conciencia de sus reacciones ante la salud, evaluarlas y planificar la forma de mejorarlas; el consejo se concentra fundamentalmente en cómo se siente el usuario respecto a sí mismo y en qué le sucede (Peplau, 1952).

### **Reciprocidad en la responsabilidad y al tomar decisiones**

Todas las funciones antes mencionadas constituyen elementos de empatía, respeto, y autenticidad. La comunicación en estas relaciones evoluciona de las interacciones de diagnóstico a las interacciones terapéuticas y, por último, a las interacciones educativas y de apoyo conforme el paciente pasa de la enfermedad a un nivel más alto de salud. El elemento más importante de todas estas funciones es la reciprocidad en la responsabilidad y al tomar decisiones si se espera que enfermera y usuario aumenten su experiencia y obtengan satisfacción en el proceso de enfermería.

### **Comunicación y fenómeno de ansiedad**

Los sistemas sociales se caracterizan por la interacción continua entre sus elementos, lo cual significa que quienes participan en el proceso de la comunicación *afectan y son afectados* por todas las demás personas del campo de la comunicación. Rogers llama a este fenómeno reciprocidad (Rogers, 1970, p. 97). Las relaciones recíprocas son la base del proceso de enfermería. El hecho de que la enfermera sea capaz de afectar al usuario y de ser afectada por éste, ofrece la posibilidad de ayudarlo a cambiar su conducta en dirección de una mejor salud. Los intercambios entre enfermera y paciente pueden ser muy poderosos en la resolución de problemas y para tomar decisiones que determinen la naturaleza y dirección del cambio. La naturaleza del cambio incluye alternativas de remodelamiento cognoscitivo (emplear nueva información para incrementar la comprensión), ajuste afectivo (utilizar la relación para cobrar conciencia, aceptar y expresar sentimientos), y síntesis de los conocimientos y sentimientos en el remodelamiento interpersonal (hacer uso de la relación para aprender a interactuar con los demás en el sistema social). La

dirección del cambio puede ser hacia una mayor o menor salud; por supuesto, la enfermera profesional desea afectar la dirección del cambio hacia una mayor salud.

En todos los sistemas sociales se espera que los integrantes desempeñen un papel determinado. El medio por el que una persona se comunica suele estar afectado por la forma en que el individuo percibe el papel que debe desempeñar dentro del sistema. "Los papeles son estructuras impuestas sobre el comportamiento" (Berlo, 1960, p. 153). Al tratar de afectar en forma positiva al "otro" miembro de una relación, existen tres aspectos del papel que es preciso comprender: prescripción, descripción y expectativas del papel. Berlo (1960, p. 153) define estos aspectos:

1. Prescripción del papel: declaración formal y explícita de los comportamientos que deben desempeñar las personas que tienen un papel determinado.
2. Descripción del papel: informe de los comportamientos que presentan las personas que desempeñan un papel determinado.
3. Expectativas del papel: imágenes que tiene la gente acerca de los comportamientos que presentan las personas que ejercen un papel determinado.

En la relación ideal entre enfermera y usuario, debe haber congruencia entre las prescripciones, descripciones, y expectativas de los papeles. La enfermera y el usuario convienen de mutuo acuerdo la estructura y la dinámica de su comunicación. Cuando existen diferencias entre las prescripciones, descripciones, y expectativas de comportamiento de los papeles entre enfermera y usuario, se producen fallas en la comunicación. Como se mencionó en una parte anterior de este capítulo, la función de la enfermera de brindar ayuda adopta diferentes formas en diversas etapas de la relación. En una relación que evoluciona continuamente, es necesario que la enfermera asuma la responsabilidad de mantener estrechamente relacionadas las prescripciones, descripciones, y expectativas del comportamiento de los papeles. Según Berlo (1960, p. 156), esta labor es realizada por personas del sistema social que verifican en forma periódica lo que debe hacer cada uno de los miembros de la relación, llegan a un acuerdo sobre las prescripciones exactas del comportamiento de cada uno, y son capaces de anticipar lo que sucederá antes de que suceda. La congruencia en las relaciones de los papeles dentro del sistema social reduce el grado de incertidumbre; la indecisión y la ambigüedad aumentan la tensión e incomodidad en el sistema. En los sistemas humanos, una tensión semejante ocasiona que la energía se disipe y disminuya la capacidad de utilizar la energía intercambiada para mejorar la salud. En los sistemas interpersonales, dicha tensión suele recibir el nombre de ansiedad.

La ansiedad es el estado de tensión de los seres humanos resultante de la valoración negativa, real o anticipada, del otro ser humano importante en el proceso de comunicación. La ansiedad prolongada o intensa consume una gran cantidad de la energía disponible, por lo que hay menos energía en el sistema para tomar decisiones o resolver problemas que son necesarios para llevar a cabo los cambios destinados a generar conductas más saludables de los papeles.

Un principio comúnmente aceptado en nuestros días es que el estado de tensión de ansiedad de una persona se transmite con facilidad, por lo cual genera ansiedad en otras personas. Sullivan (1953) atribuye una gran fuerza a la tensión de

ansiedad en el crecimiento, desarrollo, y capacidad interpersonal del individuo en todas las etapas de la vida. Las valoraciones negativas, reales o anticipadas, de otras personas que producen ansiedad, se perciben como amenazas a la propia imagen de la persona. Si la ansiedad es limitada en cantidad y duración, conduce simplemente a un estado de mayor alerta, de mediación a través de reacciones fisiológicas, y de conductas encaminadas a reducir la tensión; sin embargo, si el estado de ansiedad no es limitado en cantidad o duración, disminuyen el nivel de agudeza y los comportamientos que suelen tener éxito en la reducción de la tensión. De hecho, Sullivan (1953, pp. 151-154) postula que el aprendizaje se produce a través de un gradiente de ansiedad, que va de grados leves a severos. Con un grado leve de ansiedad, el paciente es capaz de concentrar sus energías en la mayor parte de lo que sucede; si la ansiedad es moderada, el usuario tiene capacidad limitada para concentrarse en lo que realmente sucede y tiende a distorsionar la realidad; cuando la ansiedad es grave, el paciente no puede concentrar su energía en lo que realmente sucede y, por lo tanto, no es capaz de reaccionar con eficiencia para resolver problemas o tomar decisiones. Puesto que el proceso eficaz de enfermería exige que tanto ésta como el usuario sean capaces de concentrarse en lo que realmente sucede, es de vital importancia controlar la ansiedad durante el proceso de comunicación.

La enfermera profesional tiene dos responsabilidades fundamentales en el control de la ansiedad: estar consciente de sus propios sentimientos de ansiedad para estructurar las interacciones de tal manera que transmita una ansiedad moderada al usuario y emplear estrategias eficaces para intervenir en la ansiedad de éste; a tales estrategias se les suele dar el nombre de "terapéuticas". La intervención en la ansiedad del usuario se basa en el hecho de que la enfermera reconozca la presencia de inquietud; una vez localizado su estado de tensión, la enfermera interviene de acuerdo con el siguiente procedimiento para ayudar al paciente: (1) a reconocer su ansiedad, (2) a llegar al fondo de su inquietud, y (3) a enfrentarse con la amenaza que existe más allá de la ansiedad (American Journal of Nursing Company, 1965, p. 146). En la siguiente sección se analizan las técnicas para ayudar a los usuarios a reconocer, llegar al fondo y hacer frente a las amenazas de ansiedad.

### **Estrategias de comunicación para ayudar a los usuarios**

La técnica terapéutica más importante en el proceso de la comunicación eficaz es escuchar. Sundeen (1976, p. 89) afirma que el hecho de que la enfermera sea incapaz de escuchar resulta devastador para crear una relación útil. Al escuchar se transmite el mensaje de "usted tiene valor para mí" y "estoy interesada en usted". Long y Prophit (1981, p. 6) sugieren que una persona no puede fomentar su propia revelación, aumentar los sentimientos de autovalía, promover una mayor comprensión, incrementar la satisfacción con la interacción, o fomentar la resolución de problemas ni tomar decisiones adecuadas sin escuchar. Las comunicaciones terapéuticas se caracterizan por estos comportamientos, por lo que la enfermera debe "escuchar activamente" para cumplir la meta de ayudar al usuario. ¿Cómo puede saberse que la enfermera escucha? Long y Prophit (1981, p. 6) evalúan la comunicación con los criterios de los siguientes comportamientos de las enfermeras los cuales indican que escuchan con eficiencia. La enfermera:

1. Deja de hablar o al menos habla una vez y no interrumpe.
2. Elimina todas las posibles distracciones.
3. Mira a la persona que habla.
4. Trata de encontrar el punto principal (tanto en lo que se refiere a los pensamientos como a los sentimientos).
5. Evalúa la forma en que se transmitió el mensaje.
6. Valoriza lo que se evitó.
7. Evalúa la intensidad de las emociones expresadas.

Para que la enfermera escuche con eficiencia, debe emplear técnicas de comunicación verbal que faciliten la intensidad de la expresión verbal y no verbal del usuario. Estas técnicas suelen conocerse como “técnicas de comunicación terapéutica” (Cuadro 13-1).

La enfermera debe responder con empatía, tratar de ampliar el sentido del usuario y responder con respeto y autenticidad para poder ser útil. ¿Qué hace la enfermera para mostrar empatía? La enfermera empática atiende con cuidado, escucha intensamente, responde en forma recíproca a los mensajes verbales y no verbales, utiliza un lenguaje apropiado, da respuestas en el momento oportuno, esclarece y confirma ideas, explora el mundo desde el punto de vista del paciente y logra que el comportamiento verbal y no verbal se ajuste a la capacidad del mismo. ¿Qué hace la enfermera para ayudar al usuario a comprender y a resolver el problema? La enfermera identifica las relaciones y establece puntos de contacto basándose en sus conocimientos, expone las suposiciones implícitas, conceptualiza patrones y tendencias, expresa en forma verbal los sentimientos implicados, pensamientos, metas, y actitudes, resume en forma apropiada, explica los propósitos de las actividades, identifica los significados no verbales y asume la responsabilidad del papel que desempeña en el proceso de la enfermería. ¿Qué hace la enfermera para mostrar respeto? La enfermera expresa verbalmente un claro compromiso de comprender, transmite aceptación, afirma con toda claridad el valor del usuario como persona única, y reafirma los aspectos positivos y la capacidad del paciente para asumir su propia responsabilidad. Una enfermera así ayudará al usuario a fortalecer su propia identidad. El fortalecimiento de la propia identidad se escucha en frases como “Usted tiene...” y “Usted hace...” ¿Cómo responde la enfermera con autenticidad? La enfermera se muestra congruente al responder con sentimientos y pensamientos reales y se resiste a todos los impulsos para “actuar”, es clara respecto a las ideas y sentimientos que emanan de su yo, y se permite compartir emociones con los usuarios. La enfermera que es auténtica dirá: “Siento”, “Pienso”, o “Creo” (Sundeen, 1976; Long y Prophit, 1981; Hammond y *col.*, 1977; Pasquali y *col.*, 1981; Berlo, 1960; Hein, 1980).

Todas las actividades terapéuticas antes mencionadas, exigen la capacidad de escuchar; al escuchar, la enfermera profesional demuestra que es capaz de poner sus necesidades en un segundo plano respecto a las necesidades del paciente (Sundeen, 1976, pp. 89-90). El empleo de las técnicas terapéuticas se basa en el hecho de que la enfermera cree que el usuario puede hacerse responsable de sí mismo y resolver sus problemas. La enfermera facilita los esfuerzos del usuario para resolver problemas, expresarse a sí mismo, y mejorar su estado de salud. El

**CUADRO 13-1. Técnicas de comunicación terapéutica**

<b>Técnica</b>	<b>Definición</b>	<b>Ejemplo</b>
Emplear una exposición de apertura amplia	Iniciar la conversación permitiendo al usuario decidir de qué se hablará	“¿Hay algo que le gustaría decirme?”
Uso de interjecciones generales	Indican que la enfermera escucha y está interesada en lo que dice el usuario	“Sí”, “Ah” “Y luego...”, “Prosiga”
Reflexión	Repetir todo o parte de lo que dice el paciente	Usuario: “Estoy muy preocupado” Enfermera: “¿Muy preocupado?”
Compartir observaciones o percepciones	Manifiestar al usuario sus observaciones o percepciones	“Hace muecas mientras se vuelve”. “Parece que siente dolor”
Reconocer los sentimientos del usuario	Expresar en forma verbal la aceptación y comprensión de los sentimientos y pensamientos del paciente	“Debe ser muy molesto para usted estar encerrado”
Reflexión selectiva	Decir de nuevo al usuario lo que la enfermera cree que es la principal idea expresada por él	Paciente: “Es demasiado, nunca podré volver a casa” Enfermera: “¿Demasiado?”
Emplear el silencio	Mantener un silencio atento y expectante para alentar la reflexión	El silencio transmite tristeza, aflicción, ira, contemplación
Proporcionar información	Brindar al usuario información para contestar preguntas o disipar las dudas por información equivocada	“Cuando despierte, se encontrará en la sala de recuperación, donde la enfermera...”
Poner en claro	Pedir al usuario que exponga con claridad su propósito	“No estoy segura de haber comprendido...”
Expresar en forma verbal los pensamientos y sentimientos	Expresar en forma verbal los pensamientos y sentimientos implicados para verificar la impresión que tiene la enfermera del paciente	Usuario: “Pienso que con esto lo conseguiré” Enfermera: “Está ansioso por que lo den de alta, ¿no es así?”
Confirmación	Pedir al usuario que confirme que la necesidad ha sido satisfecha	“¿Se siente mejor ahora?”

(Modificado de Nurse-Patient Interaction, Instructor's Manual, pp. 87-91, Cosa Mesta, Calif. 1970)

usuario comparte en forma equitativa la obligación y la responsabilidad del proceso de enfermería.

### **Estrategias de comunicación perjudiciales para los usuarios**

El comportamiento de comunicación más perjudicial que puede presentar una enfermera es no escuchar. Cuando la enfermera no presta atención, el mensaje que comunica al usuario es "usted no tiene valor para mí" o "usted no me interesa, en realidad, me siento aburrída" (Sundeen, 1976, pp. 89-90). Otras conductas de la enfermera que no ayudan a los usuarios son tener prejuicios (poner los valores, creencias y percepciones de la enfermera por encima de los del usuario); brindar respuestas estereotipadas, (negar el carácter único del usuario expresando trivialidades y frases hechas), y cambiar de tema (manifestar en forma no verbal que la enfermera eligirá el tema y que lo que ella piensa es más importante que lo que piensa el usuario) (Sundeen, 1976, pp. 89-90).

En el cuadro 13-2 se resumen los obstáculos a la comunicación terapéutica.

¿Por qué las enfermeras emplean técnicas perjudiciales de comunicación con los usuarios? En general, puede suponerse que la enfermera que no se comunica en forma terapéutica siente alguna necesidad de actuar regresivamente. Esta necesidad, acompañada de ansiedad creciente, conduce en ocasiones a sentirse superior y se manifiesta en actos negativos, como moralizar, rechazar, o reaccionar con hostilidad. La conducta defensiva es común en los estados regresivos; por ejemplo, puede mostrarse rechazo evadiendo o negando inconscientemente los factores reales de una situación. En los estados regresivos, también pueden observarse distorsiones, repeticiones de actos habituales, respuestas dogmáticas, pérdida de control, suposiciones injustificadas (lanzarse a conclusiones), hablar sin sentido, programación inoportuna, y efectuar juicios deficientes. Estos comportamientos constituyen elementos importantes de las estrategias no terapéuticas o comportamientos de comunicación perjudiciales de las enfermeras. Como la comunicación terapéutica es de vital importancia para la práctica eficaz de la enfermería profesional, es imperativo que las enfermeras profesionales evalúen sus técnicas de comunicación y soliciten ayuda en caso de encontrar algún indicio de comportamientos no terapéuticos. En las situaciones reales enfermera-usuario, se propone que la enfermera permita que sus propios sentimientos sirvan de guía a la evaluación. El sentimiento de ansiedad persistente o tensión es quizá la mejor clave de que se está comunicando inconscientemente en una forma que no resulta útil.

### **Resultados de las relaciones de ayuda**

Dos importantes resultados en los usuarios constituyen metas convenientes de la relación entre éste y la enfermera: mayor comprensión por parte del paciente de cómo puede mejorar su responsabilidad personal sobre la salud (aprendizaje) y satisfacción percibida en la relación. En cuanto a los resultados en la enfermera, el efecto deseado es saber que el usuario está bien preparado para resolver los problemas. Si el paciente está bien preparado, es libre de elegir, de dedicar más energías, y de asumir una mayor responsabilidad sobre su propia salud.

**CUADRO 13-2. Técnicas de comunicación no terapéutica**

<b>Técnica</b>	<b>Definición</b>	<b>Ejemplo</b>
Empleo de frases hechas para dar confianza	Tranquilizar al usuario para reducir la propia ansiedad en lugar de basar la confianza en hechos reales	“No se preocupe; todo va a salir muy bien”
Dar consejos	Decir al usuario lo que debe hacer, imponer opiniones y soluciones propias	“Pienso que usted debería hacer...”
Aprobar	Manifiestar en forma verbal los conceptos de la enfermera sobre lo que está bien o mal	“Pienso que eso es lo que debe hacerse. Su actitud es la correcta”
Pedir explicaciones	Pedir al usuario que explique de inmediato sus actos o sentimientos	“¿Por qué hace ésto?”
Estar de acuerdo con el usuario	Introducir las opiniones de la enfermera sobre lo que está correcto o incorrecto	“Esa es la solución correcta. Estoy de acuerdo con su opinión”
Manifiestar desaprobación	Indicar desaprobación de los sentimientos o actos del usuario	“Eso está muy mal. No debería sentirse así”
Menospreciar los sentimientos del paciente	Comparar los sentimientos del usuario con los de la enfermera o de otras personas	“Sé cómo es eso. Muchos de nosotros hemos tenido que...”
No estar de acuerdo con el usuario	Contradecir al usuario, compartir un juicio negativo	“No, así no es. Está usted equivocado”
Defenderse	Responder en forma defensiva a una crítica del usuario	“No lo comprendo, la Sra. Jones es una enfermera excelente”
Hacer comentarios estereotipados	Emplear clichés sociales o frases triviales	“Es un bonito día, ¿no es cierto?”
Cambiar de tema	Desviar el tema de la conversación lejos del usuario	“Casi me olvido, quería comentarle que...”

(Modificado de Nurse-Patient Interaction, Instructor's Manual, pp. 91-96. Cosa Mesta, Calif, 1970)

En la relación entre enfermera y usuario, el cambio se produce en dos formas: como resultado del aprendizaje en función de la información adquirida y comprendida, y como resultado del aprendizaje en términos de la experiencia interpersonal en el proceso de enfermería. La relación entre enfermera y usuario, caracterizada

por una comunicación abierta y útil, propicia estas dos manifestaciones del crecimiento. Según Munn y Metzger (1981, p. 3), cambiar significa pasar de formas antiguas que ya han sido probadas y resultan cómodas, a nuevos aspectos desconocidos y, de alguna manera, amenazadores. La calidad de la comunicación desempeña el papel más importante en el cambio; cuando éste y sus efectos no se comunican con claridad, resulta imposible comprender el cambio y la falta de comprensión genera resistencia. Para que el cambio sea eficaz, el contenido y el proceso de comunicación deben tener en cuenta los siguientes factores:

1. Debe recibirse la comunicación de toda la información.
2. El interesado debe estar advertido o preparado para el cambio.
3. Uno tiene que ser consultado con anticipación para analizar la necesidad de un cambio y las diversas alternativas posibles.
4. Las actividades relacionadas con el cambio no deben ignorar las normas o costumbres establecidas de las personas afectadas.
5. Al comunicarse con el usuario, la enfermera debe tener en cuenta, en forma detallada, cómo se producirá exactamente el cambio, todos los pasos que se darán para promoverlo, y todas las estrategias de cambio que se utilizarán.
6. Al comunicarse con el usuario, la enfermera debe prestar atención suficiente a los problemas que pueden surgir y proponer varias alternativas para manejar éstos.
7. La comunicación relativa al cambio no debe reflejar, de manera alguna, críticas al pasado, ya que el hecho de censurarlo es un excelente estimulante para resistir el cambio.
8. Promover un proceso de enfermería donde la interacción tenga por objeto expresarse verbalmente y confirmar la forma en que uno se siente respecto al cambio.
9. Las comunicaciones terapéuticas deben caracterizarse siempre por un tema que permita tanto a la enfermera como al usuario comprender lo que pueden hacer en relación con sus sentimientos. (Munn y Metzger, 1981).

Hunsaker y Alessandra (1980, pp. 140-141) propusieron un esquema de autoevaluación de los patrones de comunicación de las personas que ocupan puestos administrativos; plantean diversas preguntas que pueden aplicarse al evaluar la comunicación dentro del proceso de enfermería:

1. ¿Comprendí todos los puntos?
2. ¿Juzgué las palabras antes de que la persona dejara de hablar?
3. ¿Tomé algunas decisiones en mi mente mientras la persona hablaba?
4. ¿Busqué pruebas de que la persona que hablaba estaba en lo correcto o equivocada?
5. ¿Busqué pruebas de que yo estaba en lo correcto o equivocado?
6. Me molesté mientras escuchaba?
7. ¿Suelo sacar conclusiones mientras escucho?
8. ¿Dejo que el usuario hable por lo menos el 50% del tiempo?
9. ¿Comprendo las palabras con el significado que se les quiere dar?



10. ¿Soy capaz de volver a expresar las ideas y sentimientos con exactitud?
11. ¿Estudié voz, postura, movimientos, y expresiones faciales del usuario mientras hablaba?
12. ¿Escuché entre líneas para tratar de hallar significados ocultos en las palabras?
13. ¿Realmente traté de escuchar al usuario?
14. ¿De verdad tenía deseos de escuchar al paciente?
15. ¿Dejé ver al usuario que realmente me sentía motivada e interesada en escucharle?

La enfermera debe evaluar constantemente sus comportamientos de comunicación; Además de realizar autoevaluaciones como las del esquema antes mencionado, la enfermera tiene que evaluar periódicamente la eficacia de la comunicación con el usuario. Es preciso tratar de obtener información del usuario acerca de lo que se dijo y sobre cómo él siente que se desenvuelve la relación. El valor de las interacciones entre enfermera y usuario tiene que analizarse cada cierto tiempo con el fin de promover los beneficios mutuos. Si la enfermera se interesa en "cómo lo estamos haciendo", el usuario sentirá que la enfermera lo valora y se interesa en cómo le afecta la comunicación.

La comunicación constituye un medio tan importante para el proceso de enfermería que muchos programas profesionales de estudios incluyen un estudio intensivo especial del proceso de comunicación, así como el desarrollo continuo de las estrategias de comunicación en todos los cursos de enfermería profesional. Este capítulo constituye tan sólo una referencia inicial, que describe los aspectos de contenido de la comunicación y los factores relacionados con el proceso de ésta.

## **BIBLIOGRAFIA**

---

- American Journal of Nursing: Anxiety: Recognition and intervention. Programmed instruction. *Am J Nurs* 65:129-152, 1965.
- Berlo DK: *The Process of Communication*. Nueva York, Holt, Rinehart & Winston, 1960.
- Carkhoff R: *Helping and Human Relations*, vol I. Nueva York, Holt, Rinehart y Winston, 1969.
- Carkhoff R: *Helping and Human Relations*, vol I. Nueva York, Holt, Rinehart & Winston, 1969.
- Ceccio JF, Ceccio CM: *Effective Communication in Nursing Theory and Practice*, Nueva York, John Wiley & Sons, 1982.
- Curtin L, Flaherty MJ: *Nursing Ethics: Theories and Pragmatics*, pp. 87-90. Bowie, Md, Robert J Brady, 1982.
- Diccionario Medicobiológico University, Editorial Interamericana, México, 1966.
- Hall ET: *Proxemics in a cross cultural context*. En Bennis WG y col. (ed): *Interpersonal Dynamics: Essays and Readings on Human Interaction*, 3 ed, pp. 78-90. Homewood, Dorsey Press, 1973.

- Hammond DC, Hepworth DH, Smith VG: *Improving Therapeutic Communication*. San Francisco, Jossey-Bass, 1977.
- Hein EC: *Communication in Nursing Practice*, 2 ed. Boston, Little, Brown, 1980.
- Hunsaker PL, Alessandra AJ: *Art of Managing People*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1980.
- Long L, Proffit P: *Understanding/Responding— A Communication Manual for Nurses*. Monterey, Calif. Wadsworth Health Science Division, 1981.
- Munn HE hijo, Metzger N: *Effective Communication in Health Care*. Rockville, Md, Aspen Systems, 1981.
- Murray RB, Zentner JP: *Nursing Concepts for Health Promotion*, 2 ed. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1979.
- Nurse-Patient Interaction, Instructor's Manual*. Cosa Mesta, Calif, Concept Media, 1970.
- Pasquali EA, Alesi EG, Arnold HM y col.: *Mental Health Nursing: A Bio-Psychocultural Approach*. St Louis, CV Mosby, 1981.
- Peplau H: *Interpersonal Relations in Nursing*. Nueva York, GP Putnam's, 1952.
- Pluckham ML: *Human Communication: The Matrix of Nursing*. Nueva York, McGraw-Hill, 1978.
- Rogers CR: *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Boston, Houghton Mifflin, 1951.
- Rogers CR: Characteristics of a helping relationship. *Personnel and Guidance J* 37:6-16, 1958.
- Rogers ME: *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. Filadelfia, FA Davis, 1970.
- Smith VM, Bass TA: *Communication for Health Professionals*. Filadelfia, JB Lippincott, 1979.
- Sullivan HS: *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Nueva York, WW Norton, 1953.
- Sundeen SJ, Stuart GW, Rankin ED y col.: *Nurse-Client Interaction*. St Louis, CV Mosby, 1976.
- Sutterly DC, Donnelly GF: *Perspectives in Human Development*. Filadelfia, JB Lippincott, 1973.
- Taylor A, y col.: *Communicating*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1977.
- Travelbee J: *Interpersonal Aspects of Nursing*, 2 ed. Filadelfia, FA Davis, 1971.
- Twaddle AW: *Sickness Behavior and the Sick Role*. Boston, GK Hall, 1979.

# Capítulo 14

## *Liderazgo*

### **PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR**

1. ¿En qué difiere el liderazgo de la administración?
2. ¿Qué factores pueden afectar los resultados del liderazgo?
3. ¿Cómo puede manejar la enfermera las exigencias conflictivas de las relaciones y el cumplimiento de las tareas?
4. ¿Qué relación existe entre el liderazgo y las funciones de agente de cambio en la enfermería profesional y el colaborador de la profesión?

“El liderazgo se considera el punto central de los procesos de grupo, una característica de la personalidad, como el arte de inducir al cumplimiento, un ejercicio de la influencia, un tipo especial de acción, una forma de persuasión, una relación de poder, un instrumento para conseguir metas, un efecto de la interacción, una función diferenciada y una iniciación de estructura” (Bass, 1981, p. 584); Por ejemplo, el liderazgo se ha definido como:

“La interacción entre los miembros de un grupo que inicia y mantiene mejores expectativas y capacidad para resolver problemas o alcanzar las metas” (Bass, 1981, p. 584).

“El acto de ejercer influencia sobre individuos o grupos con el fin de tomar parte activa en el proceso de cumplir las metas establecidas de mutuo acuerdo” (Epstein, 1982, p. 2).

La traducción de ideas innovadoras en actos (Moloney, 1979, p. 12).

En este capítulo, el liderazgo en la enfermería se define como un proceso de influencia interpersonal mediante el cual se ayuda al usuario a fijar y alcanzar metas hacia un mayor bienestar.

El liderazgo puede aplicarse en muchos niveles diferentes de complejidad de los sistemas: individuo, familia, grupos de pacientes o colegas profesionales, o la sociedad en su conjunto. Los objetivos del liderazgo también pueden variar desde mejorar el estado y potencial de salud de los individuos o familias, aumentar la eficacia y la satisfacción de los colegas profesionales al brindar atención, a cambiar las actitudes y expectativas relacionadas con la profesión de enfermería de ciuda-

danos y legisladores. Este capítulo se dedica al liderazgo con los usuarios individuales y no al "liderazgo de equipo" ni al cambio de las organizaciones. En el Capítulo 17, "El promotor del papel de la profesión", se analiza el liderazgo destinado a promover la profesión de enfermería.

En una gran parte de la literatura, el liderazgo se relaciona con las interacciones de grupo en el contexto de una organización, por lo que hay confusión entre liderazgo y administración. La administración se define como "el empleo de autoridad delegada dentro de una organización formal para organizar, dirigir, o controlar a subordinados responsables... de manera que se coordinen todas las contribuciones para alcanzar la meta" (Yura y col., 1981, p. 75). La administración es una responsabilidad asignada de carácter legítimo asociada con un empleo o función. "Los administradores son designados, poseen un poder legítimo, y utilizan dicho poder para recompensar o castigar; su capacidad de ejercer influencia se deriva de la autoridad inherente a la posición formal que ocupan" (Moloney, 1979, p. 11). Los administradores se interesan fundamentalmente por los objetivos de la organización; no obstante, como su autoridad proviene de sus subordinados tanto como de sus superiores, deben confirmar su base de poder y asegurar que sus metas sean congruentes con las de las personas a quienes administran.

Moloney (1979, p. 12) propuso que "con frecuencia el liderazgo se considera una función de la administración"; por ejemplo, "el liderazgo... tiene que ver con las actividades administrativas y de coordinación y constituye tan sólo un aspecto importante del proceso de administración. Controlar, organizar, planificar, y presupuestar representan otras áreas de la responsabilidad de los administradores". Douglas y Bevis (1983, p. 3) afirman que "los buenos administradores suelen ser mejores si son también buenos líderes; sin embargo, los buenos líderes pueden o no contar con los conocimientos y habilidades necesarios para ser administradores".

Por el contrario, nosotras consideramos que liderazgo y administración son dos funciones *diferentes*, aunque frecuentemente complementarias. Ambos papeles son importantes para la enfermera que se desenvuelve en un marco institucional; sin embargo, en este capítulo sólo se analizará el liderazgo. En la siguiente sección se presentan diversas teorías sobre el liderazgo, seguidas por un análisis de los comportamientos que constituyen un liderazgo eficaz en el campo de la enfermería.

## **TEORIAS SOBRE LIDERAZGO**

---

### **Características del liderazgo**

Las primeras teorías sobre liderazgo se basaron en la creencia de que una persona nacía con características para dirigir. La creencia de que las cualidades de liderazgo se transmitían a través de los genes, se convirtió en la base de la sucesión real; sin embargo, con el transcurso del tiempo, se reconoció que los líderes o "grandes hombres" existían fuera de las clases dominantes. Se hicieron esfuerzos para definir el liderazgo mediante la identificación de las cualidades que poseían estos "grandes hombres". Este método se convirtió en un intento por identificar las cualidades o rasgos que caracterizan el liderazgo, de manera que pudieran enseñarse a otras personas.

Se han sugerido algunas cualidades como características convenientes que deben poseer los líderes, éstas incluyen poseer más inteligencia que el grupo que se dirige, iniciativa, creatividad, madurez emocional, energía, impulso, buena salud, confianza en sí mismo, grandes habilidades de comunicación, persuasión, percepción, utilidad, tolerancia a la ambigüedad, tacto, ser emprendedor, introspectivo y valiente (Claus y Bailey, 1977; Bernhard y Walsh, 1981; Yura y *col.*, 1981; Marriner, 1978). No obstante, como no se han identificado rasgos o cualidades universales para todos los líderes, se ha concedido mayor importancia a lo que hace un líder que a identificar lo que éste es.

## Estilos de liderazgo

Las primeras investigaciones realizadas por Lewin, Lippitt y White (1946), indicaron que el comportamiento de liderazgo podía influir considerablemente en el ambiente y los resultados de un grupo. Los modelos o estilos utilizados se denominaron autoritario, democrático y de no intervención. Estos estilos se conceptualizaron a lo largo de un continuo desde un tipo de liderazgo que ejerce gran control y dirección, hasta un estilo muy pasivo e inactivo. La discriminación entre el liderazgo autoritario y el democrático se basó en cuatro factores: (1) compartir las decisiones, (2) interesarse en los seguidores, (3) mantener la distancia social, y (4) emplear el castigo y la coacción.

La investigación posterior se ha basado en dos factores importantes y bipolares que afectan el estilo de liderazgo; a estos factores se les dio en un principio el nombre de estructura de iniciación (relacionada con las tareas) y de consideración (asociada con las relaciones). La *consideración* es "el grado en que un supervisor muestra interés, comprensión, calidez, y simpatía por los sentimientos y opiniones de sus subordinados, así como la medida en que considera sus necesidades y bienestar y en la que está dispuesto a explicar sus actos. La *iniciación de estructura* incluye conductas relacionadas con la asignación de funciones y tareas dentro del grupo, programación de las actividades de trabajo, definición de metas, establecimiento de procedimientos y normas laborales, y evaluación del trabajo desempeñado por los subordinados" (Fiedler, 1974, p. 48).

Los líderes que ejercen en un medio burocrático deben llegar a un equilibrio entre sus necesidades y las expectativas de la institución. La necesidad de cumplir las tareas y establecer relaciones varía de una persona a otra y es afectada por el entorno. Cada una de las tres teorías descritas a continuación proyecta un punto de vista diferente de la relación entre el estilo (determinado por la orientación de las tareas y de las relaciones) y la eficiencia del líder.

### Rejilla administrativa de Blake y Mouton

Blake y Mouton tomaron dos factores del liderazgo, el interés por la producción y el interés por otras personas, y crearon una rejilla de posibles combinaciones. Las interacciones posibles se consideraron como factibles estilos de liderazgo.

En la Figura 14-1 se muestra la rejilla adaptada a la enfermería. El eje horizontal indica el interés por la producción de servicios hospitalarios, mientras que el eje

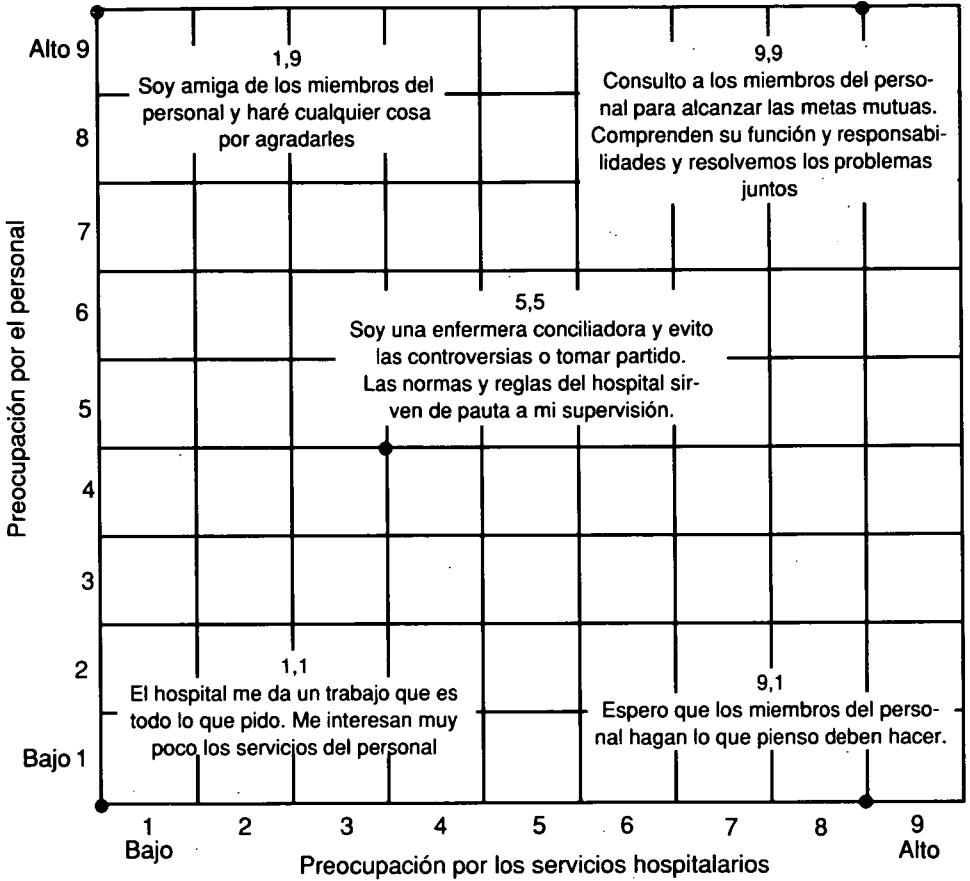


Figura 14-1. Rejilla de la enfermera administradora (Blake R, Mouton J, Tapper M: Grid Approaches for Managerial Leadership in Nursing, p. 2. St Louis, CV Mosby, 1981. Reproducida con autorización)

vertical señala el interés por los miembros del personal en su calidad de individuos. Ambos ejes poseen una escala de 9 puntos, en la que el 1 representa un interés mínimo, el 5 simboliza un nivel intermedio de preocupación, y el 9 representa un interés máximo. En la rejilla están representadas 81 combinaciones posibles, cada una de las cuales “es una teoría acerca de lo que piensa el líder sobre la relación entre los servicios que se brindan y el personal responsable de proporcionarlos” (Blake y col., 1981, p. 3).

Las teorías de las esquinas son las más distintivas y las únicas que se encuentran con mayor frecuencia en la práctica. En la esquina derecha inferior se encuentra el estilo de una enfermera con una orientación 9,1, es decir, con gran interés en brindar servicios hospitalarios (9) unido a poco o ningún interés por el personal como individuos con pensamientos y sentimientos (1). En la esquina superior izquierda está la teoría con orientación 1,9, donde un interés mínimo por la

administración de los servicios hospitalarios se une a una gran preocupación por las enfermeras y demás miembros del personal. En la esquina inferior izquierda se encuentra la estrategia con una orientación 1,1, en la que el interés por los servicios y por el personal se halla en su punto más bajo. En la esquina superior derecha tenemos la orientación 9,9, que une un gran interés por la prestación de servicios con un gran interés por los miembros del personal en su calidad de individuos.

Blake y Mouton creen posible que una persona modifique su estilo de liderazgo; sin embargo, consideran que, sin importar la situación, el estilo de liderazgo 9,9 es el mejor y el que deben tratar de alcanzar todas las personas. Es conveniente conceder un gran valor tanto a las metas del hospital como a las necesidades de los miembros del personal; no obstante, esta teoría no nos dice qué hacer cuando uno de los intereses debe tener prioridad sobre el otro.

#### Teoría del ciclo de vida de Hersey y Blanchard

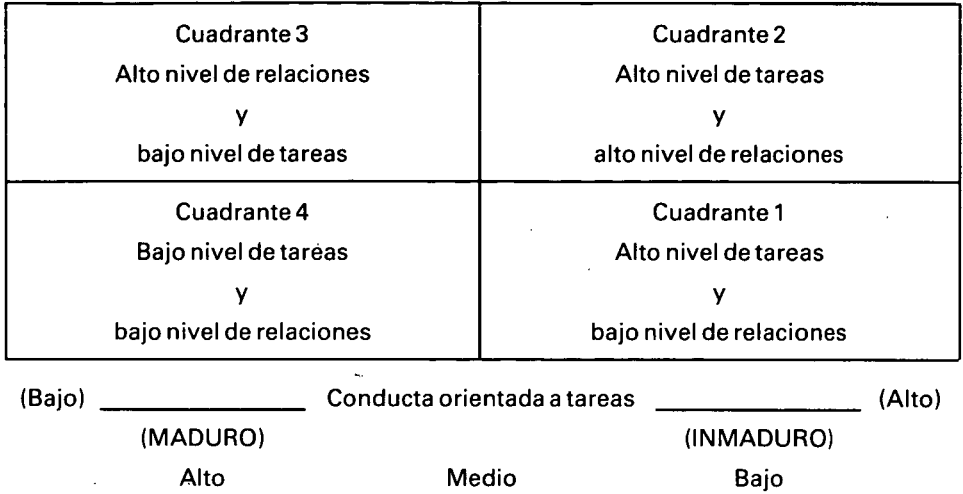
Hersey y Blanchard también consideran que “ningún estilo de liderazgo resulta eficaz en todas las situaciones. Las fuerzas que existen dentro del líder, los miembros del grupo, y la situación, determinan el estilo de liderazgo que utiliza un líder” (Bernhard y Walsh, 1981, p. 58).

Se describen dos factores del comportamiento del líder. La *conducta orientada a tareas* es “la medida en que un líder organiza y define las funciones de los individuos y miembros de su grupo explicando qué actividades desempeñará cada uno, así como cuándo, dónde y cómo deben llevarse a cabo. Además, se caracteriza por el grado en el que el líder define los modelos de organización, formaliza los canales de comunicación y especifica la forma en que tienen que ejecutarse las tareas” (Hersey y col., 1976, p. 18). La *conducta orientada a las relaciones* es “el grado en el que un líder establece relaciones personales con los individuos o miembros de su grupo; la cantidad de apoyo socioemocional y respaldo psicológico que brinda el líder, así como la medida en que éste propicia las comunicaciones interpersonales y los comportamientos de colaboración” (Hersey y col., 1976, p. 18).

Las conductas orientadas a tareas y a relaciones pueden delimitarse en dos ejes similares a la rejilla de Blake, como se indica en la Figura 14-2; ésta figura demuestra las relaciones entre:

1. Cantidad de dirección (conducta orientada a tareas) que brinda un líder.
2. Cantidad de apoyo socioemocional (conducta orientada a relaciones) proporcionada por el líder.
3. Madurez de sus seguidores o grupo. La madurez, determinada en términos de una tarea específica, se relaciona con la capacidad del grupo de fijar metas que pueden cumplirse, su motivación para alcanzar las metas, su disposición y capacidad para asumir responsabilidades, y su educación y experiencia (Hersey y col., 1976, p. 19).

La teoría del ciclo de vida indica que “la diferencia entre los estilos eficaces e ineficaces (de liderazgo) no está con frecuencia en el comportamiento real del líder,



**Figura 14-2.** Teoría del ciclo de vida: estilos eficaces (Hersey P, Blanchard KH, LaMonica EL: A situational approach to supervision. *Superv Nurs* 5:20, Mayo de 1976. Reproducido con autorización)

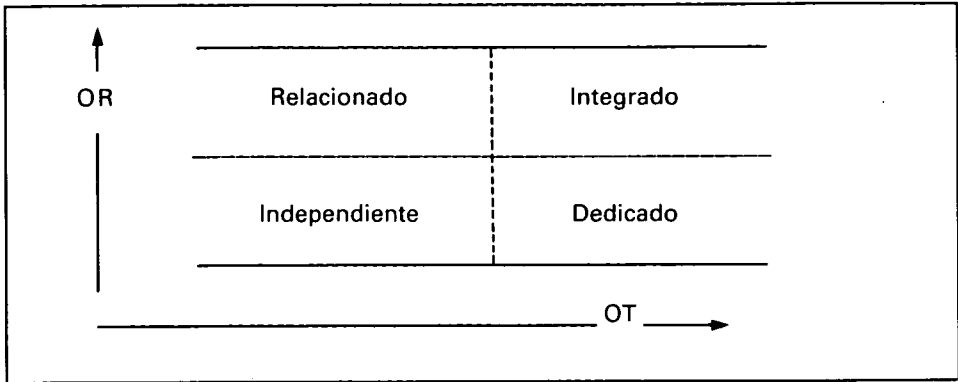
sino en lo adecuado de este comportamiento en la situación en que se hace uso de él” (Hersey y col., 1976, p. 18). Hersey y colaboradores creen que “cuando se trabaja con personas que tienen un bajo nivel de madurez en el cumplimiento de una misión específica, el estilo de alto nivel de tareas (cuadrante 1) tiene mayores probabilidades de éxito, mientras que tratar con personas con una madurez media en el cumplimiento de tareas, parecen ser más apropiados una estructura moderada y un estilo socioemocional moderado o alto (cuadrantes 2 y 3); por otra parte, un estilo de bajo nivel de ocupación y de relaciones (cuadrante 4) tiene mayores probabilidades de éxito cuando se trabaja con personas que poseen un alto nivel de madurez en el desempeño de sus tareas” (Hersey y col., 1976, p. 19).

El concepto de madurez en el cumplimiento de tareas es exclusivo de Hersey y Blanchard, y ofrece una razón para cambiar el estilo de liderazgo en relación con las capacidades del usuario. Estos autores sugieren que los líderes con éxito son aquellos capaces de adaptar su comportamiento de tal forma que resulte apropiado a las exigencias únicas de cada situación.

#### Teoría de Reddin sobre la eficiencia del líder

Reddin considera que existen cuatro estilos básicos de comportamiento de liderazgo, basados también en la importancia que se conceda a la orientación hacia las tareas (OT) o a la orientación hacia las relaciones (OR). Como cualquiera de estos estilos podría ser eficaz en determinadas situaciones e ineficaz en otras, dividió cada estilo básico en un equivalente más eficaz y en un equivalente menos eficaz, con lo cual obtuvo ocho estilos administrativos (Figura 14-3), definidos en el Cuadro 14-1 (Reddin, 1970, pp. 41-43).





**Figura 14-3.** Cuatro estilos básicos de comportamiento del líder. (Reddin WJ: Managerial Effectiveness, p. 12. McGraw-Hill, 1970. Reproducido con autorización del editor)

El *ejecutivo* es un líder que emplea una orientación de alto nivel de tareas y de relaciones en una situación donde resulta apropiado un comportamiento semejante. Este líder es más eficiente, se percibe como una fuerza motivadora positiva que fija sistemas elevados, trata a todo el mundo de manera un poco diferente, y prefiere la administración de equipo.

El *que hace compromisos* es un líder que emplea una orientación de alto nivel de tareas y de relaciones en una situación en la que sólo se requiere una orientación de alto nivel en uno de los casos o en ninguno de ellos. Este líder es menos eficiente, se advierte incompetente para tomar decisiones, como alguien que permite que diversas presiones de la situación lo afecten demasiado, y como una persona que evita o reduce al mínimo las presiones y problemas inmediatos en lugar de elevar al máximo la producción a largo plazo.

El *autócrata benévolo* es un líder que utiliza una orientación de alto nivel de tareas y bajo nivel de relaciones en situaciones donde esta conducta es adecuada. Este líder es más eficiente, y se proyecta como alguien que sabe lo que quiere y cómo conseguirlo sin provocar resentimiento.

El *autócrata* es un líder que emplea una orientación de alto nivel de tareas y bajo nivel de relaciones en situaciones donde este comportamiento es inadecuado. Este líder es menos eficiente y se observa como un individuo desconfiado, desagradable, y que sólo se interesa en las obligaciones inmediatas.

El *creador* es un líder que usa una orientación de alto nivel de relaciones y bajo nivel de tareas en situaciones en que este comportamiento resulta conveniente. Este líder es más eficiente y se percibe como alguien que confía implícitamente en las personas y cuyo interés fundamental es tratar de que éstas se desarrollen como individuos.

El *misionero* es un líder que emplea una orientación de alto nivel de relaciones y bajo nivel de tareas en situaciones en que este comportamiento no es apropiado. Este líder es menos eficiente y se percibe como alguien que se interesa en la armonía por encima de todo.

**CUADRO 14-1. Ocho estilos de liderazgo derivados de los cuatro estilos básicos empleados eficiente e ineficientemente**

Cuando se emplean en forma inapropiada y, por lo tanto, con menor eficiencia	Estilo básico	Cuando se emplean en forma apropiada y, por ello, con mayor eficiencia
Que hace compromisos	Integrado	Ejecutivo
Desertor	Independiente	Burócrata
Autócrata	Dedicado	Autócrata benévolo
Misionero	Relacionado	Creador

Reddin WJ: *Managerial Effectiveness*, Nueva York, p. 40. McGraw-Hill, 1970. (Reproducido con permiso del editor)

El *burócrata* es un líder que utiliza una orientación de bajo nivel de tareas y de relaciones en situaciones en que este comportamiento resulta conveniente. Este líder es eficiente y se muestra interesado primordialmente en las reglas y procedimientos por sí mismos, como alguien que desea controlar la situación mediante su empleo, y como una persona consciente.

El *desertor* es un líder que utiliza una orientación de bajo nivel de tareas y de relaciones en condiciones en que este comportamiento resulta inadecuado; es menos eficiente y se percibe como una persona que no se compromete y es pasiva o negativa.

“El estilo administrativo, con sus connotaciones de eficiencia, no puede definirse tan sólo por el comportamiento, sino que también deben tenerse en cuenta las exigencias de la situación” (Reddin, 1970, p. 44). Reddin, como Hersey y Blanchard, cree que los individuos deben ser flexibles y adecuar su comportamiento a la situación.

En resumen, una mayor actividad de liderazgo, sin importar el estilo del mismo, suele relacionarse con una mayor satisfacción y eficiencia. El liderazgo de participación incrementa la calidad de las decisiones y es más satisfactorio, aunque suele fomentar menos la productividad que el liderazgo de dirección (Bass, 1981, p. 324). Se ha demostrado que el “mejor” estilo de liderazgo “tiende a depender de las cualidades personales del líder y de las contingencias de la situación, como características de los seguidores y metas de la organización y las tareas, así como limitaciones dentro de las cuales se produce el liderazgo” (Bass, 1981, p. 332). En consecuencia, de la consideración fundamental del estilo de comportamiento del líder, el énfasis ha pasado a teorías que incluyen la interacción entre el líder y el ambiente en el cual se desenvuelve. A continuación se dan tres ejemplos de estas teorías conocidas como situacionales.

### **Teorías situacionales**

#### Teoría de Fiedler sobre la contingencia

“El desempeño de un grupo es contingente tanto al sistema motivacional del líder como al grado de control e influencia que éste ejerce en una situación

determinada, es decir, 'carácter favorable de la situación'" (Fiedler, 1974, p. 73). Fiedler identifica tres variables importantes que contribuyen al control e influencia ejercidos por el líder: (1) relaciones interpersonales entre el líder y sus partidarios (aceptación del líder por los seguidores), (2) estructura de las tareas y medida en que éstas son bien definidas, y cuentan con metas y procedimientos claros, y (3) autoridad formal de la posición (capacidad de castigar o recompensar a los miembros). "Es probable que la relación interpersonal entre el líder y los miembros de su grupo constituya la variable más importante que determina su poder e influencia... El grado en el cual se esclarecen los requisitos impuestos por la tarea determina en gran parte la autoridad del líder para dar instrucciones y evaluar la actuación" (Fiedler, 1974, pp. 64, 66). Estas variables contribuyen al carácter favorable de la situación. Fiedler considera que la eficiencia de un líder varía según el "carácter favorable de la situación". Además, cree que es muy difícil para un individuo cambiar su estilo de liderazgo, ya que está fuertemente influenciado por su personalidad; por lo tanto, subraya la importancia de cambiar algunos elementos de la situación, como las relaciones entre líder y miembros del grupo o la estructura de las tareas con objeto de incrementar la eficiencia del líder en una situación determinada.

Para evaluar el sistema motivacional del líder, Fiedler elaboró un índice de las reacciones de éste hacia el colaborador que menos le agrada (CMA). "El CMA es un índice de una jerarquía motivacional, o de preferencias de comportamiento, donde se indica que algunas metas son más importantes para el individuo que otras" (Fiedler, 1974, p. 74). Según Fiedler, el líder con un elevado CMA percibe al colaborador que menos le agrada en una forma más agradable y diferenciada, tiene una meta básica para entablar relaciones, y objetivos secundarios de posición y estima. Por el contrario, el líder con calificación baja en el CMA tiene una meta básica para realizar las tareas y su autoestima se deriva de la realización.

Fiedler emplea la calificación obtenida por el líder en la CMA para predecir la eficiencia del liderazgo en determinada situación. "La eficiencia del liderazgo depende del estilo de interacción del líder con los miembros de su grupo y del carácter favorable de la misión del grupo. Específicamente, los líderes con un bajo CMA (colaborador que menos agrada) que se sienten motivados fundamentalmente por las tareas, se desempeñan mejor en condiciones muy favorables o muy desfavorables para ellos; los líderes motivados por las relaciones se desenvuelven mejor en condiciones moderadamente favorables" (Fiedler, 1974, p. 81).

Esta teoría ha sido muy criticada a causa de los aspectos que evalúa el CMA; no obstante, en términos generales, la teoría de Fiedler es útil para subrayar la importancia de la interacción entre el líder y la situación para determinar la eficiencia de éste.

### Teoría de la trayectoria de las metas

La teoría de la trayectoria de las metas es una interpretación de la teoría de la motivación aplicada al liderazgo. Esta teoría se basa en la creencia de que "la fuerza que actúa sobre un individuo para que siga un comportamiento específico es una función de sus expectativas de que el comportamiento producirá un resultado

determinado, y de... la satisfacción o utilidad personal obtenida de dicho resultado” (House, 1971, p. 322). En otras palabras, esta teoría se ocupa de la forma en que la naturaleza de la tarea afecta la iniciación de la estructura, la consideración, o tanto la satisfacción como la eficiencia.

Se supone que los individuos están básicamente orientados hacia las metas y siempre tratan de comportarse en una forma que consideran los llevará a conseguir-las. El líder actúa para identificar la mejor “trayectoria” hacia la meta deseada, y ayuda a facilitar dicha trayectoria. Los actos realizados por el líder pueden incluir brindar apoyo, eliminar los obstáculos que se presenten para llevar a cabo la tarea, e incrementar las recompensas personales por lograr las metas. Se subraya la importancia de que el líder modifique su conducta y se adapte al alcance de la meta deseada y de las expectativas y percepciones de los seguidores. Esta teoría tiene algunas implicaciones en el comportamiento de liderazgo, sobre todo cuando se combinan las acciones con enfoques propuestos por otras teorías de situación.

Sin embargo, una de las limitaciones de la teoría de la trayectoria de las metas es que tiende a considerar las interacciones entre el líder y la situación como si “la situación” estuviera constituida por una sola variable, la motivación del usuario. En muchas situaciones, diversas variables la interacción pueden afectar el proceso de liderazgo.

En la actualidad, no existe una teoría que prediga la eficiencia del liderazgo en una amplia variedad de situaciones. El liderazgo eficaz en la enfermería requiere una selección ecléctica de principios de diferentes teorías. La motivación del usuario y la experiencia son dos insumos que pueden afectar el sistema; por otra parte, es posible que la organización tenga ciertas expectativas para realizar las tareas (insumo correspondiente a la organización). El líder capaz de modificar su estilo en relación con los demás insumos del sistema, tiene mayores posibilidades de lograr eficiencia y la satisfacción del usuario. La creación de un método de sistemas que considere los múltiples insumos e influencias que pueden afectar la interacción entre enfermera y usuario, ofrece la mejor esperanza de una teoría predictiva para el liderazgo en la enfermería.

## **LA ENFERMERA COMO LIDER**

“El liderazgo eficaz es un proceso aprendido” (Douglass y Bevis, 1983, p. 340), que requiere comprender las necesidades y metas que motivan a las personas, capacidad cognoscitiva de utilizar el proceso del liderazgo, y capacidad interpersonal de influir sobre los demás.

### **Elementos del liderazgo**

#### **Motivación**

Existen diversos factores que pueden motivar a los individuos en determinado momento. Las experiencias y comportamientos pasados, las necesidades psicológicas y fisiológicas actuales, y las metas para el futuro suelen influir en la persona; por otra parte, la familia y el lugar de trabajo tienen ciertas expectativas individuales

que afectan su motivación y conducta. Con frecuencia el profesional de la salud trata de imponer metas y comportamientos al usuario sin evaluar ni apreciar las motivaciones de éste. Por otra parte, el liderazgo eficaz se basa en intervenciones encaminadas a cumplir las metas del *usuario* y utiliza estrategias fundadas en su motivación; esta filosofía requiere una evaluación y planificación cuidadosas con el usuario antes de aplicar las estrategias de intervención.

Esta filosofía también puede aplicarse cuando se trabaja con grupos de colegas en un marco institucional; en este caso, el proceso de evaluación debe incluir la identificación de las metas de la organización además de las correspondientes a los miembros del grupo. Se trata de una situación más compleja que aquella que se refiere al cambio de un usuario; no obstante, el proceso sigue siendo el mismo. La probabilidad de que el liderazgo tenga éxito aumenta cuando se satisfacen las necesidades de los seguidores al mismo tiempo que se otorgan incentivos para motivarlos a trabajar por lograr las metas del líder o de la organización.

### Autoridad

La autoridad se define como “el derecho a actuar” (Claus y Bailey, 1977, p. 11) o como “el derecho a dar órdenes, hacer cumplir leyes u obtener obediencia” (Douglass y Bevis, 1983, p. 340). Sin embargo, la autoridad se basa en una relación de interacción y sólo puede ejercerse con eficiencia cuando la aceptan los subordinados o seguidores. Se espera que el seguidor manifieste su aceptación a la autoridad del líder cumpliendo sus deseos o instrucciones.

La autoridad *formal* es un derecho constante que corresponde a una posición. Este tipo de autoridad se asocia con el nivel y es conferido por la organización en la cual ejerce sus funciones el individuo; por ejemplo, un supervisor (o, en algunos casos, una enfermera jefe) posee autoridad para elaborar el plan rotatorio del personal que trabaja en “sus” unidades. Este es un empleo legítimo de la autoridad, y se espera que los subordinados se apeguen a él. Por otra parte, la autoridad *funcional* se basa en las cualidades personales; “está constituida por elementos relacionados con las responsabilidades del trabajo y las áreas de competencia” (Yura y col., 1981, p. 41); por ejemplo, una enfermera jefe tiene autoridad para elaborar planes de cuidados para ciertos pacientes que le han sido asignados; otras enfermeras aceptarán esta autoridad si consideran que se trata de una persona competente. Algunas de las cualidades que pueden constituir la autoridad funcional incluyen resolver problemas y tomar decisiones eficientes, acciones basadas en conocimientos e información pertinente, canales eficaces de comunicación, un alto grado de creatividad, emplear eficientemente los procesos administrativos y de relaciones humanas, y reconocer la necesidad de desarrollo personal y profesional (Claus y Bailey, 1977, pp. 11-12).

### Comunicación

La enfermera líder es también una coordinadora de la comunicación, ya que el liderazgo se produce a través de la relación entre enfermera y usuario. “La interacción entre la enfermera líder y un paciente constituye un tipo específico de interac-

ción que suele recibir el nombre de relación terapéutica... La interacción entre la enfermera líder y otro miembro de la institución de servicios de salud representa también un tipo específico de relación que, en forma ideal, debe ser de colaboración” (Bernhard y Walsh, 1981, p. 65). La capacidad de establecer comunicaciones abiertas basadas en la confianza mutua es esencial en ambos tipos de relaciones. (Consultar el Capítulo 13, “Relaciones de comunicación y ayuda”).

### Influencia

“Autoridad implica derecho a tomar decisiones que afectan el comportamiento de otras personas... Influencia indica relación mutua y recíproca que afecta la conducta de las personas sobre las que se ejerce influencia... El individuo que emplea la influencia puede aconsejar, sugerir, discutir, persuadir, o hacer propaganda, pero no ejerce autoridad, sino que afecta el comportamiento de otra persona en forma indirecta” (Yura y col., 1981, pp. 66-67).

En una parte anterior de este capítulo se definió el liderazgo de enfermería como un proceso de influencia interpersonal a través del cual se brinda ayuda al usuario para que establezca y alcance metas encaminadas a obtener un mayor bienestar. Mediante la relación entre enfermera y paciente o el grupo que desempeña el papel de usuario, se negocian las metas para obtener una mejor salud y el proceso para lograrlo. La enfermera asume el liderazgo al iniciar, facilitar, y terminar con éxito su influencia en el proceso. En la siguiente sección se analizan algunos comportamientos necesarios para un liderazgo eficaz.

## **Comportamientos de liderazgo en enfermería**

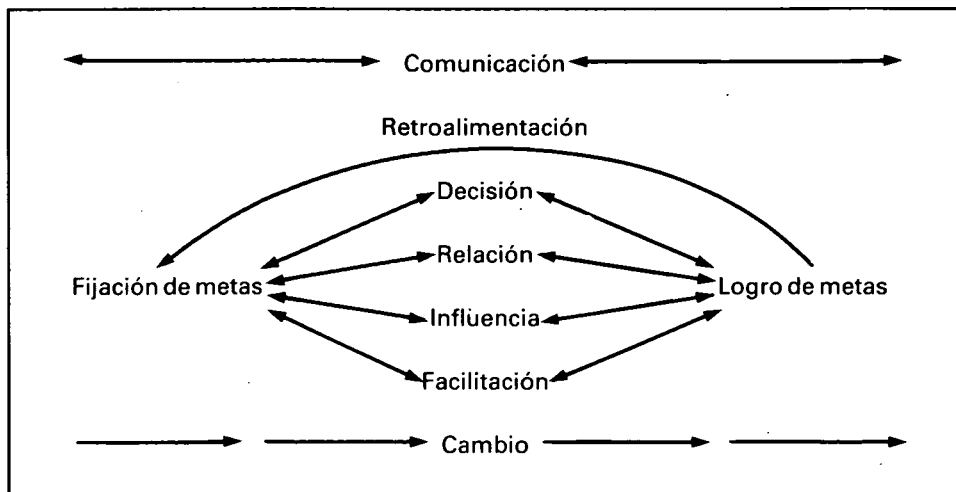
### Demostración de pericia en el proceso de enfermería

Yura y col, (1981, p. 96) identifican cuatro comportamientos relacionados con la demostración de pericia en el proceso de enfermería: decisión, relación, influencia, y facilidad, representados en la Figura 14-4.

Tomar decisiones exige una sólida base de conocimientos y habilidades para hacer juicios; la relación se basa en el respeto y la confianza; la influencia tiene por objeto crear y poner en práctica planes, y la facilidad se basa en las habilidades intelectuales e interpersonales y no únicamente en la personalidad. Estos comportamientos son adecuados en todas las fases del proceso de enfermería.

**Valoración.** Las variables que deben valorarse están relacionadas con el usuario, la comunicación entre éste y la enfermera, y la situación ambiental. Algunos factores que deben tenerse en cuenta son:

1. Estado y potencial de salud del usuario
2. Metas del paciente en relación con su salud
3. Aspectos positivos y negativos del usuario para lograr las metas
4. Necesidades del usuario
5. Recursos disponibles (incluyendo otras personas importantes)
6. Metas de la enfermera y su congruencia con los objetivos del usuario



**Figura 14-4.** Proceso del liderazgo en enfermería. (Yura H, Ozimek D, Walsh MB: Nursing Leadership: Theory and Process, p. 97. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1981. (Reproducido con autorización del editor)

7. Conocimientos y habilidades de la enfermera relacionados con las metas del paciente
8. Carácter abierto y adecuado de la comunicación entre enfermera, usuario y demás personas importantes.
9. Influencias ambientales que afectan la situación.

Una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto entre la enfermera y el usuario proporcionará el medio adecuado para influir y facilitar los comportamientos deseados en el usuario. La relación, importante elemento de la comunicación, se emplea para iniciar y mantener un flujo adecuado de información. La decisión, una aplicación de conocimientos y capacidad de juicio, se utiliza para analizar y organizar la información conforme se reúne, con lo cual el proceso pasa a la etapa de planificación.

**Planificación.** La esencia de la fase de planificación está en negociar conjuntamente las metas convenidas de mutuo acuerdo con el usuario, así como las estrategias más apropiadas para cumplir las metas. Estos fines requieren capacidad de hacer juicios y tomar resoluciones (decisión), habilidad para influir en el usuario hacia metas que promuevan el bienestar, capacidad de facilitar el proceso de planificación mediante la relación terapéutica y la comunicación con los colegas profesionales y los sistemas de apoyo del usuario (relación). Una vez acordado el plan, comienzan los elementos de la fase de intervención.

**Intervención.** El liderazgo durante la fase de intervención del proceso de la enfermería se basa en las cuatro habilidades interpersonales y cognoscitivas. La enfermera debe ser capaz de mantener una relación de ayuda con el usuario, poseer los conocimientos y habilidades necesarios para implementar las estrategias planificadas, y adaptar su comportamiento sobre la base de las respuestas del usuario

o de influencias inesperadas del medio ambiente. Utilizar la autoridad legítima puede ser apropiado, pero la enfermera no debe tratar de imponer su "voluntad"; por el contrario, el empleo prudente de las recompensas (y el uso limitado de los castigos) debe ser un incentivo para ayudar al usuario a tratar de cumplir las metas convenidas de mutuo acuerdo.

**Evaluación.** Yura y col., (1981, pp. 188-198) proponen varios criterios para calificar el liderazgo de enfermería. A continuación se presentan algunas preguntas importantes.

1. ¿Demuestra el líder tener dominio del proceso de enfermería?
2. ¿Demuestra el líder sensibilidad al efecto que ejerce el yo sobre los demás, empleándolo con eficiencia?
3. ¿Demuestra el líder dominio en el empleo y determinación de la comunicación verbal y no verbal?
4. ¿Puede el líder iniciar, continuar, y finalizar una relación eficaz?
5. ¿Puede el líder modificar con eficiencia su comportamiento y el de otras personas?
6. ¿Puede el líder delegar las acciones en personas seleccionadas que tengan los conocimientos necesarios para llevarlas a cabo?
7. ¿Es el líder capaz de desarrollar recursos conforme sean necesarios para facilitar la acción?
8. ¿Muestra el líder una actitud moral y responsable al aplicar el proceso del liderazgo?

Los comportamientos de liderazgo de relación, decisión, influencia y facilitación se emplean para demostrar experiencia en la aplicación del proceso de enfermería. Estas conductas ayudan a la enfermera a obtener y compartir conocimientos, establecer prioridades sobre las metas junto con el usuario, y a decidir, poner en práctica, y evaluar estrategias para alcanzar los objetivos convenidos de mutuo acuerdo, incluyendo experiencias de enseñanza y aprendizaje adecuadas con la capacidad del usuario y su nivel de bienestar.

#### Colaboración con otros profesionales de la salud

Los profesionales suelen basar sus expectativas de los pacientes y de los miembros del equipo de salud en estereotipos que reflejan falta de conocimientos y están apegados a experiencias del pasado; por ejemplo, los médicos suelen esperar que una enfermera cumplida respete su autoridad y, en consecuencia, se molestan si ésta muestra juicios independientes. Las enfermeras esperan, por lo general, que los médicos sean reservados y se muestren desdenosos y se sienten amenazadas si buscan colaboración al tomar decisiones. El paciente suele ser tratado como objeto pasivo de la atención y no se considera un participante activo cuando se van a tomar decisiones. Asimismo, el paciente tiene expectativas estereotipadas respecto a los profesionales de la salud, ya que suele esperar una orientación a las tareas (mitigada por la bondad) de las enfermeras y a las relaciones (mientras otros ejecutan sus órdenes) del médico.



Los profesionales también suelen tener muchas dificultades para manejar las demandas conflictivas originadas por la realización de tareas, al mismo tiempo que tratan de mantener relaciones satisfactorias y eficaces. Algunos profesionales optan por satisfacer las exigencias del trabajo y adoptan una actitud distante para evitar relaciones que requieren mucho tiempo.

La colaboración verdadera sólo puede lograrse cuando hay buena voluntad para arriesgar una comunicación franca y evitar acciones estereotipadas. La confianza en uno mismo proporciona la base para respetar la capacidad de las demás personas. Sólo cuando ninguna de las partes se siente amenazada, pueden las personas aprender y crecer a través del diálogo y el debate. La reciprocidad aplicada a las relaciones entre los miembros del equipo de salud, así como entre el usuario y un miembro del equipo, proporciona la base para combinar las aportaciones únicas de todos los participantes en beneficio de la mejora del bienestar del usuario.

### Coordinación y manejo de los conflictos

La mayoría de las enfermeras trabajan en entornos burocráticos. El surgimiento de conflictos es intrínseco en las diversas expectativas propias de la situación laboral. La organización tiene perspectivas relacionadas con el cumplimiento eficiente y efectivo de los costos de las tareas. La enfermera tiene expectativas sobre características personales, socialización de la función, y evaluaciones reflejadas de colaboradores y supervisores; estas evaluaciones reflejadas pueden respaldar los deseos y los aspectos positivos de la enfermera o pueden producir mayores presiones sobre áreas débiles o en las que hay desconfianza. Muchas enfermeras se dedican a tratar de ayudar a los demás y se sienten culpables si no alcanzan el ideal. La enfermera puede reaccionar trabajando más y más arduamente, llegando incluso a cambiar una vida social satisfactoria por trabajo. Muchos de estos factores suelen conducir al desgaste y al agotamiento.

“Los factores que contribuyen al desgaste incluyen conflicto entre las necesidades y la realización, dedicación poco realista, empleo del trabajo como sustituto de una vida personal satisfactoria, estilo autoritario de administración, e incapacidad de delegar autoridad y responsabilidad y de negarse a exigencias irrazonables” (Clark, 1982, p. 91). Algunos métodos adecuados para prevenir o reducir el desgaste son:

1. Abrir la comunicación con uno mismo y con los demás
2. Asegurar una nutrición adecuada
3. Relajarse
4. Encontrar salidas físicas a la tensión
5. Establecer sistemas de apoyo con colegas y mentores
6. Definir con claridad las responsabilidades respecto a colegas y subordinados
7. Reducir la carga de trabajo mediante la negociación y la redistribución
8. Aprender a decir no cuando es necesario o conveniente
9. Reducir las actividades no productivas
10. Elaborar planes de contingencia
11. Fijar metas realistas que tengan probabilidades de éxito (Clark, 1982).

### Empleo y delegación de la autoridad

Desde un punto de vista tradicional, las enfermeras siempre se han sentido más a gusto con la autoridad formal que con la autoridad derivada de las cualidades personales. Esta dependencia de los adornos de la posición (uniforme almidonado y gorro con galones) y de la jerarquía ("órdenes" y líneas de mando) es un legado de los primeros tiempos de la enfermería organizada. La dependencia indebida de la cadena de mando fomenta la falta de responsabilidad independiente y de correr riesgos, y eterniza la imagen de la enfermera como subordinada a las órdenes de los demás (incluso de otras enfermeras). La enfermera puede entonces, a su vez, tratar al usuario como alguien sujeto a la autoridad formal y exigir que cumpla sus "órdenes". El uso inadecuado de la autoridad constituye un intento por utilizar el poder para controlar el comportamiento de otras personas.

Por otra parte, la autoridad funcional se basa en la competencia reconocida y respetada por usuarios, colegas y compañeros. La autoridad funcional proporciona poder legítimo basado en los conocimientos y experiencia; hace posible que el individuo sea creativo y practique la profesión con un alto nivel de profesionalismo, contribuye a la evolución del profesionalismo en la enfermería y al crecimiento personal del individuo.

### Empleo del poder

Hemos adoptado la posición de que el liderazgo para fomentar el cambio en el comportamiento del paciente se lleva a cabo mejor si se emplean adecuadamente autoridad e influencia, y no mediante la aplicación de la autoridad. En el Capítulo 17, "El promotor del papel de la profesión" se analiza el empleo del poder para producir cambios en las variables que afectan la profesión.

### Aceptación de la obligación y la responsabilidad

Burns insiste en que el líder debe ser responsable no sólo de sus propios actos y los de sus seguidores, sino también de mantener un sistema de valores basado en la moral. "La última prueba del liderazgo moral es su capacidad de trascender las demandas de la multiplicidad de los deseos, necesidades y expectativas cotidianos, para responder a los niveles más altos de desarrollo moral, y para relacionar la conducta del liderazgo, sus funciones, elecciones, estilo y compromisos, con un conjunto de valores razonados, más o menos explícitos y conscientes" (Burns, 1978, p. 46).

Esta carga obliga a la enfermera a efectuar una evaluación tanto cognoscitiva como moral de las metas deseadas y de las estrategias más adecuadas para cumplirlas; requiere que la enfermera líder mantenga una comunicación franca y abierta con usuarios y colaboradores. Esto también implica que pueden existir situaciones donde la enfermera puede negarse a participar a causa de sus convicciones morales.

## **RESUMEN**

---

En todos los niveles del sistema se requiere un liderazgo eficaz de enfermería. Mediante el empleo calificado y ético de los comportamientos de liderazgo unidos

a los procesos de enfermería y cambio, es posible ayudar a los usuarios a lograr las metas de una mejor salud.

## **BIBLIOGRAFIA**

---

- Bass BM: Stogdill's Handbook of Leadership. Nueva York, The Free Press, 1981.
- Blake R, Mouton J, Tapper M: Grid Approaches for Managerial Leadership in Nursing. St. Louis, CV Mosby, 1981.
- Bernhard LA, Walsh M: Leadership: The Key to the Professionalization of Nursing. Nueva York, McGraw-Hill Book, 1981.
- Burns JM: Leadership. Nueva York, Harper Colophon Books, 1978.
- Clark CC; Burnout: Assessment and intervention. En McConnell EA (ed): Burnout in the Nursing Profession. St Louis. CV Mosby, 1982.
- Claus KE, Bailey JT: Power and Influence in Health Care. St Louis, CV Mosby, 1977.
- Douglass LM, Bevis EO: Nursing Management and Leadership in Action. St Louis, CV Mosby, 1983.
- Epstein C: The Nurse Leader: Philosophy and Practice. Reston, Reston Publishing, 1982.
- Fiedler FE: Leadership and Effective Management. Glenview, Scott Foresman, 1974.
- Hersey P, Blanchard KH, LaMonica EL: A situational approach to supervision. *Superv Nurs* 7:17-20, mayo de 1976.
- House RJ: A path-goal theory of leader effectiveness. *Adm Sc Quar* 16:321-338, septiembre de 1971.
- Lewin K, Lippitt R, White RK: Patterns of Aggressive Behavior in Experimentally Created "Social Climates". En Harriman PL (ed): *Twentieth Century Psychology*. Nueva York, The Philosophical Library, 1946.
- Marriner A: Theories of leadership. *Nurs Leader* 1:13-17, diciembre de 1978.
- Moloney MM: Leadership in Nursing: Theories, Strategies, Action. St Louis, CV Mosby, 1979.
- Reddin WJ: Managerial Effectiveness. Nueva York, McGraw-Hill, 1970.
- Yura H, Ozimek D, Walsh MB: Nursing Leadership: Theory and Process. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1981.

## Capítulo 15

# *La enfermera profesional como agente del cambio*

### **PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR**

1. ¿Cómo se relacionan las fases del cambio de Lippitt con el proceso de enfermería?
2. ¿En qué forma afecta la teoría del diseño clásico que se aplica a los hospitales a la práctica profesional de la enfermería?
3. ¿Qué se entiende por papel del agente del cambio?
4. ¿Qué factores afectan la elección de estrategias para el cambio?

Por todas partes estamos rodeados de cambios; algunos, como las estaciones del año, o el ciclo de luz y oscuridad, son totalmente predecibles, pero otros, como los fenómenos del clima o los acontecimientos inesperados, parecen ser más casuales e impredecibles. Las personas reaccionan a los cambios de distintas maneras; algunos individuos parecen buscar los cambios frecuentes y prosperan en lo inesperado, mientras otros se sienten más a gusto cuando las actividades diarias son congruentes y controlables. La disposición al cambio puede variar de un día a otro, y también en respuesta a la rapidez con que parezca producirse el cambio; por ejemplo, una persona puede sentirse aburrida o inquieta cuando los hechos cotidianos parecen predecibles, pero cuando los cambios se producen con una gran rapidez, suele mostrar signos de tensión y resistencia.

En su calidad de agente del cambio, la enfermera profesional trabaja con el usuario para identificar qué tipos de cambio se necesitan y cuándo, y ayuda a realizar los cambios deseados para promover una mejor salud. En este capítulo se analizan tipos de cambios y teorías que tratan de explicar cómo se producen éstos; se describen las formas en que los individuos reaccionan al cambio, los factores que afectan la resistencia al mismo, y estrategias que pueden propiciar los cambios deseados en la salud de los pacientes.

### **TIPOS DE CAMBIO**

---

#### **Por azar**

Existen diferentes clases de cambios. El cambio por azar suele ser aleatorio y completamente impredecible; un ejemplo es el movimiento de un tornado, ya que

hasta la fecha resulta imposible anticipar dónde, cuándo, e incluso si llegará a tocar tierra.

### **Espontáneo**

El cambio espontáneo se produce en respuesta a acontecimientos naturales no controlables; por ejemplo, una célula del organismo puede cambiar de manera espontánea en lo que se llama mutación. Si bien es cierto que se comprenden y pueden predecirse los elementos que dan por resultado un cambio espontáneo, es imposible pronosticar el momento en que se producirá, como sucede con la forma en que funcionará la célula alterada. Quizá la intervención de enfermería no sea posible en los cambios espontáneos o por azar a causa de su carácter impredecible.

### **De desarrollo**

En los cambios de desarrollo, una etapa o fase conduce a otra en forma más o menos ordenada. Las etapas son secuenciales y poseen diversas características identificables. Muchos teóricos consideran que las personas crecen mediante cambios de desarrollo. El proceso de maduración se ve como una sucesión de etapas secuenciales, predecibles y características. Como las etapas de desarrollo se producen en forma natural, la función de la enfermera consiste en ayudar al usuario a modificar su respuesta al cambio, y a asumir el control de la dirección de los cambios del desarrollo. (Para mayor información sobre las etapas del desarrollo, consultar el Capítulo 7, "La teoría como base de la práctica").

### **Planificado**

El último tipo de cambio es el planificado, que "se deriva de acciones deliberadas y conscientes, realizadas para ajustar las operaciones de un sistema determinado con el fin de satisfacer las exigencias de la situación" (Lancaster y Lancaster, 1982, p. 6). En consecuencia, el cambio planificado es deliberado y se penetra en él con intención consciente. La enfermera y el usuario identifican de mutuo acuerdo las áreas donde sería conveniente o necesario efectuar un cambio y luego proceden a poner en práctica y evaluar el cambio.

## **DEFINICIONES**

---

### **Cambio**

El cambio se ha definido como "el reaprendizaje por parte de un individuo o grupo (1) en respuesta a las necesidades recién percibidas de una situación determinada que requiere acción, y (2) que da por resultado un cambio en la estructura o en el funcionamiento de los sistemas sociales" (Zaltman y Duncan, 1977, p. 10). La importancia en la modificación de un sistema se refleja en la definición de *cambio planificado* como un "intento diseñado, intencionado o deliberado de un individuo, grupo, organización, o sistema social más amplio por ejercer influencia

directa en el estado de uno mismo, de otro organismo, o de una situación” (Lippitt, 1973, p. 37).

El cambio planificado implica un proceso deliberado que tiene una dirección. El objetivo consiste en mejorar el funcionamiento del sistema. Todos los cambios producen una falta de equilibrio que afecta todo el sistema. En el proceso de establecer un nuevo equilibrio, el sistema puede verse obligado a adoptar nuevos comportamientos, actitudes, y relaciones; por ello, cualquier cambio planificado constituye una intervención compleja que requiere conocimientos, previsión de las consecuencias, y acción hábil por parte de la enfermera que desempeña la función de agente del cambio.

## MARCOS TEORICOS

---

### Cambio individual y de grupo

#### Modelo de desarrollo

Existen dos modelos fundamentales de cambio. El de desarrollo asume que el crecimiento y el cambio orientados a lograr las metas son naturales. Este modelo se ocupa de identificar las fases o etapas sucesivas y de los momentos cruciales o acontecimientos críticos que caracterizan al cambio. En este modelo, el agente del cambio opera desde el exterior del sistema para diagnosticar cualquier posible obstáculo del cambio, y ayudar a dar forma a la respuesta del usuario; de esta manera, el agente “se sale del camino” de las fuerzas del cambio y permite que éste se produzca (Chin, 1976, p. 101).

#### Modelo de sistemas

El modelo de sistemas concede gran importancia a la estabilidad del sistema, derivado de la integración o equilibrio de los elementos del sistema. Las tensiones y los conflictos generan un intenso esfuerzo estructural que debe resolverse. Se concede mucha importancia a organización, interacción, interdependencia, e integración de las partes y elementos. En este modelo, el agente del cambio comienza siendo un extraño al sistema, pero luego pasa a formar parte de éste a través de la relación con el usuario. Las intervenciones tienen por objeto reducir la tensión con el fin de restablecer el equilibrio, o incrementar la tensión y el conflicto para propiciar la creatividad, la innovación, y el cambio social. Se concede una importancia especial a la interacción interdependiente entre el agente del cambio y el usuario (Chin, 1976, pp. 100-101).

**Teoría de Lewin.** La teoría del cambio planificado de Lewin encaja dentro del modelo de sistemas. Lewin describió un proceso que consta de tres aspectos: “descongelamiento (si es necesario), nivel actual N1, pasar al nuevo nivel N2 y congelar la vida del grupo en el nuevo nivel. Como todos los niveles están determinados por un campo de fuerza, la permanencia implica que el nuevo campo de fuerza es relativamente seguro contra el cambio” (Lewin, 1951, pp. 228-229).

**Teoría de Schein.** Posteriormente, Schein (1969) describió los tres pasos de Lewin como descongelamiento, cambio, y nuevo congelamiento.

El descongelamiento se refiere a los procesos que participan en la superación de la resistencia al cambio. En la mayoría de las personas existen diversos factores sociales y personales que ayudan a estabilizar las conductas y creencias existentes; en consecuencia, cuando es necesario un cambio el individuo necesita estar motivado para cambiar. El usuario debe reconocer y aceptar la necesidad o el beneficio del cambio. El cambio se refiere a los procesos que conducen a nuevos comportamientos, y a una nueva definición cognoscitiva; se trata de la etapa que se concentra en el cambio real. El nuevo congelamiento se refiere a las formas que sirven para estabilizar e integrar nuevos patrones en las estructuras cognoscitivas y sociales de la persona; en esta etapa el refuerzo a través de la retroalimentación positiva, el fomento y la crítica constructiva pueden constituir importantes fuerzas para propiciar el cambio; sin embargo, también es preciso prestar atención a las fuerzas restrictivas que pueden obstaculizar el ciclo del cambio, ya que es más probable que éste persista si pueden acumularse fuerzas impulsoras o disminuir las fuerzas contrarias (Zaltman, 1973; Lancaster y Lancaster, 1982).

**Teoría de Lippitt.** Mientras Lewin describió tres etapas del cambio planificado, la teoría de Lippitt (1973, p. 52) incluye siete fases (Cuadro 15-1).

*Fase I – Diagnóstico del problema.* En la fase I, el agente del cambio tiene la tarea de identificar y diagnosticar todos los problemas existentes o potenciales. Se reúne información mediante la valoración del usuario, las demás personas importantes para él, y el medio ambiente, a continuación se comparte esta información

**CUADRO 15-1. Comparación entre las fases del cambio de Lewin y Lippitt y el proceso de enfermería**

Lewin	Lippitt	Proceso de enfermería
Descongelamiento	1. Diagnóstico del problema 2. Valoración de la motivación y de la capacidad de cambio 3. Valoración de la motivación y recursos del agente del cambio 4. Selección de objetivos progresivos del cambio	Valoración
Paso a un nuevo nivel	5. Elección de la función apropiada del agente del cambio 6. Mantenimiento del cambio una vez iniciado	Planificación Intervención
Nuevo congelamiento	7. Terminación de la relación de ayuda	Evaluación

con el usuario y con quienes desempeñan una función clave en la situación con el fin de verificarla. El usuario debe compartir la percepción de la enfermera de que existe un problema y es conveniente un cambio para que el proceso de modificación tenga éxito.

Si un cliente no reconoce la existencia de una necesidad, la enfermera debe identificar el problema percibido y la urgencia del cambio. El usuario se verá afectado por la percepción de su capacidad para hacer uso de un cambio determinado, del grado de compromiso necesario y por el grado de control que ejercerá sobre el proceso del cambio. Todos estos factores suelen influir selectivamente en la percepción del usuario y en la retención de información compartida con él. Es poco probable que la enfermera tenga éxito si trata de imponer su opinión al usuario; por el contrario, las metas más importantes en esta fase deben ser crear o estimular la percepción de un problema y su solución, así como conformar las percepciones del paciente en la dirección que el agente del cambio considere más conveniente.

*Fase II – Valoración de la motivación y de la capacidad de cambio.* Los individuos suelen presentar cierta resistencia al cambio. Los hábitos son conductas que se han vuelto cómodas y, por ello, la anticipación del cambio suele crear incomodidad. Es más probable que una persona busque o se muestre abierta al cambio si se siente privada de algo por una necesidad insatisfecha y si percibe que puede controlar el proceso del cambio; en consecuencia, la enfermera debe tratar de alentar lo más posible al usuario para que se ocupe de resolver su problema.

Se han identificado seis categorías de personas basadas en su disposición a aceptar el cambio. El primer grupo, los innovadores, son aventurados y curiosos; suelen ser quienes “fijan el paso” y se muestran animados y entusiastas ante las experiencias nuevas. El segundo grupo corresponde a los que pronto adoptan el cambio; se trata de miembros respetados y bien establecidos en su medio social, y con frecuencia se recurre a ellos en busca de consejo; suelen mostrar un entusiasmo moderado por el cambio, según la disposición del grupo. El tercer grupo está constituido por los primeros adoptadores mayoritarios; estas personas son deliberadas en sus actos, y aceptan el cambio antes que la mayoría de la gente; a menudo están dispuestos y dedicados al cambio, aunque rara vez desempeñan el papel de líderes. Los últimos adoptadores mayoritarios, el cuarto grupo, son escépticos y necesitan la presión de sus compañeros para aceptar el cambio; no puede contarse con su apoyo aunque no son disidentes activos. Sin embargo, los rezagados, del grupo quinto, sospechan el cambio y tratan de desalentar a los demás para que no participen; suelen ser tradicionalistas, negativos y socialmente aislados del grupo social. Los que repudian, en el sexto grupo, rechazan abiertamente el cambio y alientan a otros a hacer lo mismo (Rogers y Shoemaker, 1971, pp. 183-185). “El cambio puede progresar y la resistencia puede reducirse al mínimo si se identifica y solicita el apoyo de quienes aceptan el cambio activamente, si se localizan y neutralizan las personas que lo repudian, y persuadiendo a los indiferentes a aceptar el cambio” (Lancaster y Lancaster, 1982, p. 14).

El respaldo social puede ser de gran utilidad para incrementar la motivación al cambio. Es mucho más probable que una persona actúe como se desea si existe



congruencia entre sus actitudes y el respaldo social. Es posible que un usuario trate de legitimizar o reforzar una acción que está considerándose. La enfermera puede demostrar la aceptación social de un cambio propuesto (legitimizar) haciendo que el usuario entre en contacto con otras personas que han adoptado el cambio con éxito.

*Fase III – Valoración de la motivación y recursos del agente del cambio.* Con frecuencia el proceso del cambio es difícil y consume gran cantidad de tiempo, además de exigir un compromiso por parte de la enfermera y del usuario. Los recursos personales constituyen un aspecto importante que es preciso tener en cuenta; la enfermera debe poseer los conocimientos y habilidades adecuados para seguir adelante hasta que el cambio ha sido implementado con buenos resultados, asimismo, debe sostener con el usuario una relación basada en la confianza y el respeto, y estar consciente de su motivación personal para desear promover un cambio determinado. ¿Su motivación tiene un interés genuino por el bienestar del paciente o está influenciada por el deseo de obtener reconocimiento, poder, o quizá sólo desea el cambio por el cambio mismo?

Los recursos son también elementos de gran importancia para la valoración. Es posible que una modificación determinada sea necesaria y muy conveniente, pero tal vez no sea factible debido a la falta de suministros necesarios, personal, dinero, o tiempo. Por ejemplo, quizá no sea posible llevar a cabo una modificación conveniente en los horarios de los empleados del hospital por falta de personal en uno o más turnos. Asimismo, tal vez no sea posible efectuar un cambio en el trabajo del usuario, con el fin de reducir la tensión, si su familia depende del ingreso que recibe en su empleo.

*Fase IV – Selección de objetivos progresivos de cambio.* Hasta este momento, las fases del proceso del cambio se ocupan de tomar decisiones sobre si un cambio determinado es necesario, conveniente, y factible, pero a partir de este punto, el hecho de tomar decisiones cambia hacia la consideración de cómo poner en práctica un cambio específico.

Es preciso establecer una estrategia compuesta por los pasos que deben darse, quien debe hacerlo y según qué programa deben establecerse. Este plan debe fijar metas específicas, con fechas límite que fijen el tiempo en que deben alcanzarse los objetivos. Asimismo, puede ser conveniente diseñar un período de ensayo para someter a prueba los planes propuestos; al final de este período, pueden volverse a evaluar y modificar, si es necesario, metas, métodos y calendario de actividades.

*Fase V – Elección de un papel adecuado de agente del cambio.* Las estrategias de cambio se ponen en práctica en esta fase. El agente del cambio puede actuar de diferentes maneras, según la situación. En algunos casos puede funcionar como un modelo experto en su papel, demostrando cómo debe desempeñarse una habilidad determinada, o como maestro, líder de grupo, guardián, o catalizador. Con frecuencia, la enfermera que actúa como agente del cambio propicia éste promoviendo la comunicación eficaz y ayudando a mantener la dirección del proceso hacia la consecución de las metas fijadas.

Es importante que enfermera, usuario, y otras personas participantes en el proceso del cambio tengan las mismas expectativas respecto a los papeles que desempeñan los demás; si, por ejemplo, el usuario espera que la enfermera lleve a cabo en su lugar un procedimiento, y si ésta percibe su papel como el de maestra y propiciadora, es obvio que habrán conflictos y malentendidos que podrían poner en peligro el éxito del proyecto. La enfermera debe verificar frecuentemente sus percepciones con el usuario para asegurar que la comunicación permanezca abierta.

*Fase VI – Mantenimiento del cambio.* Una vez implementado el cambio, debe mantenerse. Se trata de una fase especialmente delicada del proceso, ya que se requiere tiempo para sentirse cómodo con el nuevo procedimiento o proceso y es posible que algunas personas deseen volver a “las formas antiguas”. Las expectativas pueden ser poco realistas, y quizá parezca que no se han logrado los resultados apetecidos cuando, en realidad, lo que sucede es que no han tenido tiempo suficiente para demostrarse. El agente debe respaldar el cambio y fortalecer el compromiso del usuario para continuar con éste.

Resulta de gran utilidad luchar contra el deseo de poner en práctica un cambio excesivo con demasiada rapidez. Cada aspecto del cambio debe asimilarse y aceptarse antes de que el nuevo equilibrio permita al sistema considerar modificaciones adicionales. Si parece necesario efectuar un gran cambio, suele ser conveniente dividirlo en partes más pequeñas para ponerlo en práctica poco a poco.

*Fase VII – Terminación de la relación de ayuda.* El usuario debe ser responsable de mantener el cambio, y el agente debe retirarse gradualmente de la situación, permitiendo al paciente hacerse cargo de los distintos aspectos del cambio.

En este punto, se verá con toda claridad si el usuario y las demás personas importantes han participado plenamente en el proceso, y si poseen poder y autoridad suficientes para mantener el cambio. A menos que estén comprometidos con el cambio, éste no tendrá éxito.

El agente del cambio debe mantener al usuario informado sobre cuándo terminará la relación, y si habrá alguna comunicación posterior entre él y la enfermera. Es conveniente evaluar conjuntamente el proceso y sus resultados antes de dar por terminada la relación. Mediante la evaluación conjunta de la importancia de la relación, enfermera y usuario pueden concentrarse en los beneficios obtenidos, y no en un sentimiento de pérdida por su terminación; asimismo, también puede ser de gran utilidad redactar un resumen escrito del proyecto de cambio para ayudar a garantizar su supervivencia, y como fuente de información para referencias futuras.

## **El cambio a nivel de la organización**

Mientras que las teorías de Lewin y Lippitt pueden aplicarse a individuos y a grupos de usuarios, hay otras teorías que son particularmente aplicables al cambio en las organizaciones.

Existen diversos modelos conceptuales de organizaciones; uno de ellos afirma que la organización es una autocracia; desde este punto de vista, un individuo

posee conocimientos y poder primarios y las demás personas se encuentran en una posición subordinada. Otro modelo sostiene que la organización es una burocracia; en este caso, el control se ejerce a través de las políticas que rigen el comportamiento de los ayudantes contratados; se estructuran los trabajos y los esfuerzos se clasifican en categorías.

Las organizaciones también pueden considerarse federaciones, que son asociaciones voluntarias de organizaciones totalmente autónomas. La estructura de la American Nurses Association (ANA) se basa en este punto de vista de asociaciones estatales confederadas. También existe un modelo igualitario, que subraya la importancia de la interdependencia profesional basada en la ética común y en la libre comunicación. Este tipo de organización suele ser descentralizado, y concede gran importancia a la autodirección y autodisciplina de sus miembros. Un último punto de vista es el de la organización como interacción de los sistemas que la constituyen, que se adaptan en forma dinámica al cambio (Lippitt, 1973, pp. 276-284).

### Teoría del diseño clásico

La teoría del diseño clásico se basa en el punto de vista de la organización como una burocracia y en la suposición de que ese es el mejor medio para cumplir las metas de la organización. Los conceptos fundamentales de esta teoría incluyen:

1. División del trabajo – La meta primaria, eficiencia, puede incrementarse limitando la cantidad de especialización permitida. En lugar de ocuparse de las funciones que mejor desempeñan los individuos, este método se concentra en el pleno uso de las categorías de empleados; por ejemplo, se esperaría que la enfermera hiciera el trabajo de oficina y transportara a los pacientes en vez de emplear a otros trabajadores para que llevaran a cabo estas tareas.
2. Jerarquía – La administración se organiza en niveles; esto crea una pirámide vertical de autoridad con un número relativamente pequeño de personas responsables ante el administrador en jefe.
3. Unidad de mando – Este concepto se relaciona con la organización jerárquica y significa que ningún individuo puede tener más de un supervisor en cualquier momento.
4. Extensión del control – Este concepto limita el número de personas que están bajo los órdenes de un administrador a una cifra que puede manejarse con eficiencia.
5. División departamental – Con el objeto de facilitar un período adecuado de control dentro de la jerarquía, las personas se organizan en unidades basadas en la función, por ejemplo, puede haber un servicio de enfermería, un servicio de nutrición, etc. Dentro de cada departamento, la organización es también jerárquica.
6. Un amplio sistema de reglas, procedimientos y políticas – Este método requiere que se comprendan claramente y se sigan todas las expectativas. Las reglas y disposiciones, que suelen entregarse por escrito a cada unidad, cubren todas las eventualidades posibles.

La teoría del diseño clásico, aplicada con frecuencia a los hospitales, tiene por objeto aumentar la eficiencia del esfuerzo para reducir los costos; no obstante, se crean muchos problemas; se pierden los incentivos a la creatividad e innovación individual, y es muy posible que las personas estén subordinadas al bienestar de la organización. Por otra parte, existe una tendencia inherente al orden y a la posición, que reduce la flexibilidad para responder a los cambios necesarios (Lippitt, 1973).

#### Teoría de sistemas

Como una alternativa, la teoría de sistemas se concentra en la interdependencia de las partes que constituyen la organización. Los principales insumos del sistema de comportamiento de la organización son (1) ambiente, que presenta limitaciones, exigencias y oportunidades; (2) recursos disponibles; (3) historia, que explica los acontecimientos más importantes y las decisiones que afectan el funcionamiento actual, y (4) estrategia, “conjunto de decisiones fundamentales sobre el aprovechamiento de los recursos en relación con las oportunidades, limitaciones, y exigencias del medio ambiente dentro del contexto de la historia” (Nadler, 1981, pp. 192-193).

El producto del sistema incluye el desempeño de los individuos y grupos que contribuyen al rendimiento de la organización. Todas las partes del sistema se encuentran interrelacionadas, y el cambio en cualquiera de los elementos afecta a todos los demás. El sistema tiene por objeto alcanzar un estado de equilibrio, pero es capaz de adaptarse al cambio.

Nadler describe un proceso de cambio para las organizaciones basado en la teoría de sistemas. Su modelo incluye valorar el estado actual de la organización, diseñar el estado futuro que se desea para ésta, y poner en práctica el plan en un estado de transición.

El primer paso que debe dar el agente del cambio es identificar y mostrar su descontento con el estado actual. Si las personas se sienten satisfechas con la forma en que están las cosas, no se sentirán motivadas a cambiar; por otra parte, cuanto mayores sean el dolor y la insatisfacción causados por la situación actual, mayor será la motivación para cambiar y menor la resistencia al cambio. En consecuencia, para motivar el cambio, el agente puede verse obligado a “descongelar” la organización haciendo que la gente se muestre receptiva al cambio. Las estrategias empleadas pueden incluir crear insatisfacción con la situación actual, fomentar la participación en el cambio, brindar a los participantes el tiempo y la oportunidad de desprenderse del estado actual, y crear recompensas para premiar el comportamiento deseado.

El éxito de la etapa de transición depende de crear y comunicar claramente la imagen del futuro. El agente del cambio debe utilizar todos los medios disponibles para promover el movimiento hacia los resultados apetecidos. La congruencia de la secuencia de los cambios estructurales es también importante para que todos los que participan en el proceso comprendan lo que está sucediendo. Tal vez sea conveniente tener un “administrador de transición”, que se haga cargo de todos los arreglos de la organización. Es de vital importancia que los grupos clave de poder participen en el proceso y garanticen su apoyo.

Todas las teorías anteriores se refieren a procesos para promover el cambio a pesar de la resistencia; en la siguiente sección analizaremos el concepto de resistencia.

## **RESISTENCIA**

---

La resistencia puede definirse como "cualquier conducta que sirve para mantener el statu quo frente a las presiones para modificarlo" (Zaltman y Duncan, 1977, p. 63). No se trata simplemente de falta de aceptación ni es tampoco contrario a ella, se trata del comportamiento activo cuyo objetivo es evitar que se produzca el cambio propuesto.

Se ha propuesto un ciclo de resistencia en una situación de cambio con éxito. El ciclo está constituido por cinco etapas; en la primera (temprana), la resistencia suele ser masiva e indiferenciada; en la segunda, pueden identificarse las fuerzas que actúan en favor y en contra del cambio; en la tercera etapa, la resistencia se moviliza para destruir la propuesta y, o es superada, o se reduce en forma drástica la fuerza de los opositores; en la cuarta etapa, los partidarios se encuentran en el poder y quienes todavía se oponen se consideran un estorbo; en la quinta etapa se encuentran pocos adversarios, los cuales están aislados del grupo. (Watson, 1973, pp. 118-119).

### **Factores culturales**

Con el fin de hacer más efectiva la resistencia, las enfermeras deben comprender los factores correspondientes a diversas áreas, una de las cuales es la de las barreras culturales. El agente del cambio puede mostrar un etnocentrismo cultural. Sin estar consciente de ello, la enfermera puede creer que sus patrones culturales son los mejores y, a menos que esté consciente de este prejuicio, es posible que trate de modificar el comportamiento de un paciente para que adopte sus propias creencias culturales sin importar si es apropiado el nuevo comportamiento en la cultura del usuario. El cambio específico puede ser incompatible con una característica fuertemente arraigada en la cultura del usuario. Por otra parte, el paciente no comparte necesariamente los valores relativos del agente del cambio; por ejemplo, la enfermera no podría comprender la resistencia de una familia oriental a internar en una institución a un miembro anciano, a menos que estuviera consciente de la veneración que se tiene en esa cultura hacia las personas de edad avanzada.

### **Factores sociales**

Las barreras sociales también suelen cobrar gran importancia. Muchos grupos sociales mantienen interdependencias complejas y rechazan a los extraños. Numerosos grupos tienen formas de comportamiento tradicionales y esperadas que reciben el nombre de normas. Los cambios, especialmente aquellos que se consideran contrarios a las normas, se introducen mejor mediante una decisión colectiva, de manera que puedan producirse en todo el sistema. El agente del cambio también debe estar consciente de la jerarquía que impera en el grupo; si está estratificado,

es posible introducir el cambio con la ayuda de quienes están en el poder, pero en un sistema semejante resulta muy difícil efectuar un cambio partiendo de los "niveles de base". Un elemento esencial de cualquier cambio es la libre comunicación, así como la existencia de confianza mutua y relaciones interpersonales de apoyo entre el agente de cambio y el grupo.

### **Factores relativos a la organización**

Los factores relacionados con la organización también pueden constituir barreras importantes. El cambio propuesto puede considerarse una amenaza al poder o a la influencia. El cambio debe iniciarse con el apoyo de la estructura superior del poder. La apertura y el potencial de cambio se relacionan con la necesidad de efectuar un cambio. La resistencia será mayor cuando necesidad, apertura, y potencial de cambio son bajos. Una gran necesidad de cambio puede producir ansiedad y conducir a la percepción de que éste no es posible; por el contrario, un clima de apoyo puede reducir la ansiedad e incrementar la apertura al cambio.

### **Factores psicológicos**

Los factores psicológicos constituyen importantes barreras al cambio. La mayoría de las personas necesitan cierto grado de estabilidad y seguridad, y el cambio conlleva aspectos desconocidos que producen ansiedad. Las personas buscan un nivel confortable de estimulación y tratan de mantenerlo. En consecuencia, la conformidad y el compromiso pueden ser poderosas fuerzas opuestas al cambio.

El cambio impuesto (por ejemplo, enfermedad), reduce el sentimiento de autonomía y de autocontrol del individuo; asimismo, puede faltar una percepción común de la causa de un problema mutuamente percibido, lo cual da por resultado diferentes ideas acerca de la forma de remediar la situación. La falta de claridad respecto a los comportamientos necesarios también suele ocasionar resistencia.

Los individuos suelen crear métodos de enfrentamiento que pueden incluir: "1) esfuerzos por manipular algunos aspectos del medio ambiente externo para facilitar la realización de las metas; 2) esfuerzos por manejar conflictos internos que no pueden resolverse en forma directa o consciente; 3) esfuerzos por encontrar significado y orden en el medio ambiente; 4) esfuerzos por fortalecer la autoestima y convertir en realidad el concepto que se tiene de sí mismo; 5) esfuerzos por relacionarse con otras personas importantes en el medio ambiente" (Kelman y Warwick, 1973, p. 25).

A causa de la percepción y retención selectiva, las personas no escuchan ni recuerdan cosas con las que no están de acuerdo; además, los hábitos familiares se vuelven cómodos y se prefieren sobre los nuevos. Muchos individuos se inclinan hacia la complacencia, sobre todo cuando se percibe el cambio como una amenaza.

Zaltman y Duncan propusieron un esquema para identificar formas de rechazo a las ideas de cambio (Cuadro 15-2). Estar consciente de las razones de determinadas respuestas puede ayudar a la enfermera a planificar actividades específicas para modificar la actitud de rechazo al cambio por parte del cliente.

**Cómo evitar la resistencia**

Si se tienen en cuenta todas estas fuentes de resistencia, un paso de vital importancia para facilitar el cambio es el descongelamiento, si empleamos los términos de Lewin, o el hecho de vencer la resistencia para que el usuario se muestre abierto a nuevos modelos. Existen dos categorías amplias de estrategias factibles; una implica desafiar o socavar el respaldo a los modelos existentes de conducta y actitudes, lo cual puede hacerse a través de la confrontación con información que cuestiona las verdades sostenidas con anterioridad. Tomando un ejemplo extremo, en el “lavado de cerebro” se elimina el apoyo social al concepto que tiene el individuo de sí mismo, a sus actitudes y valores, al mismo tiempo que se promueve información divergente. La otra categoría de estrategias consiste en reducir al mínimo la ansiedad. Confianza y distracción son dos estrategias que pueden reducir la percepción que tiene el usuario de que el cambio propuesto constituye una amenaza. En los ejemplos que se presentan en el Cuadro 15-2, la

**CUADRO 15-2. Esquema para identificar formas de rechazo**

<b>Forma de rechazo</b>	<b>Causa del rechazo</b>	<b>Estado del sujeto</b>	<b>Respuestas esperadas</b>
Ignorancia	Falta de información	Mal informado	“La información no puede obtenerse con facilidad”
Juicio suspendido	Información imprecisa desde un punto de vista lógico	Dudoso	“Me gustaría esperar antes de probarlo”
Situacional	Información imprecisa desde un punto de vista material	Hace comparaciones	“Otras cosas son igualmente buenas”
		Defensivo	“Las normas no lo permitirían”
		Sin recursos	“Cuesta demasiado”
Personal	Información imprecisa desde un punto de vista psicológico	Ansioso	“No sé si podré”
		Culpable	“Sé que debo hacerlo”
		Enajenado	“Nunca funcionará”
Experimental	Pruebas presentes o pasadas	No convencido	“Lo probé una vez y no funcionó”

(Tomado de Zaltman G. Duncan R: *Strategies for Planned Change*, p. 87. Nueva York, John Wiley & Sons, 1977. Reproducido con autorización del editor)

---

**CUADRO 15-3. Factores que participan en el clima del cambio**

---

Necesidad percibida de cambio	Grado en el cual el cliente experimenta el problema
Actitud abierta al cambio	Disposición a aceptar el cambio
Potencial de cambio	Capacidad de aceptar y poner en práctica el cambio
Control percibido sobre el proceso del cambio	Grado de influencia que el paciente siente tener sobre la selección e implementación del cambio
Compromiso con el cambio	Reconocimiento de la importancia de tomar alguna medida en respuesta a un problema

---

(Tomado de Zaltman G, Duncan T: *Strategies for Planned Change*, p. 243. Nueva York, John Wiley & Sons, 1977. Reproducido con autorización del editor)

enfermera puede combinar estas estrategias brindando información en una forma que no parezca amenazante.

El Cuadro 15-3 resume los diferentes factores que participan en la creación de un clima propicio al cambio.

En el análisis anterior sobre las teorías del cambio se mencionan con frecuencia el papel de la enfermera como agente del cambio. Este papel se examinará en la siguiente sección.

## **PAPEL DE AGENTE DEL CAMBIO**

---

Un agente del cambio es “cualquier individuo o grupo que opera para cambiar la condición actual de un sistema, de manera que el individuo o individuos participantes vuelvan a aprender cómo desempeñar su función o funciones” (Zaltman y Duncan, 1977, p. 17). En términos más específicos, “el agente del cambio genera ideas, introduce innovaciones, crea un clima adecuado para el cambio planificado superando la resistencia, dirige las fuerzas hacia la aceptación y pone en práctica y evalúa el cambio” (Lancaster y Lancaster, 1982, p. 20).

### **Estilo cognoscitivo del agente del cambio**

La forma en que un individuo resuelve los problemas y toma decisiones se desarrolla mediante la educación formal y la experiencia, y tiende a ser más o menos congruente. Evaluar la información se refiere a los procesos empleados comúnmente para tomar una decisión sobre un problema. Se ha planteado la hipótesis (Jung, 1953) de que existen dos formas básicas de tomar una decisión: pensar y sentir. Las personas que piensan tienden a enfocar el problema estructurándolo en términos del método científico, lo cual lleva a una solución racional. Por otra parte, quienes sienten toman decisiones basadas en consideraciones personales y suelen personalizar la situación haciendo hincapié en su carácter individual único (Slocum, 1978).

La información obtenida se refiere esencialmente al proceso mediante el cual



la mente organiza una gran cantidad de estímulos en un todo coherente. De nuevo, según Jung (1953), los individuos toman información del medio ambiente ya sea a través de la sensación o de la intuición. Las personas típicamente sensitivas toman información a través de los sentidos y se sienten más a gusto cuando se trata de considerar detalles y aspectos específicos; por el contrario, los individuos intuitivos suelen obtener información del panorama general de la situación y tienden a concentrarse en las posibilidades hipotéticas en lugar de hacerlo en los hechos y detalles reales.

### **Estilo de comunicación del agente del cambio**

El estilo de comunicación se refiere a la forma en que una persona trasmite un mensaje a otras. El concepto de estilo diferencia la forma en que se presenta un mensaje del contenido o sustancia evidente de la comunicación. Existen pruebas de que el estilo de comunicación de un individuo puede afectar la eficacia y el éxito social de la comunicación interpersonal (Miller, 1975).

Este "método" de comunicación tiende a permanecer claramente inalterado en cada persona. "Algunos individuos parecen tener una orientación rígida o estrecha hacia todas o casi todas las demás personas y tienden a responder a casi toda la gente más o menos de la misma manera. Por otra parte, muchas personas cuentan con un repertorio más amplio de respuestas, y pueden reaccionar adecuadamente de diferentes maneras a distintos comportamientos interpersonales" (Giffin y Patton, 1974, pp. 66-67).

Miller (1975) señala diversas características y atributos personales que contribuyen al estilo de comunicación de una persona, entre los cuales cabe mencionar autoestima, aceptación de uno mismo, confianza, cualidades faciales y vocales (tono, inflexión vocal, velocidad, fuerza, y duración de la conversación), capacidad de estimular las emociones, carácter amistoso, y predominio (locuacidad, agresividad, carácter comunicativo). Se ha encontrado que existe un nivel óptimo de locuacidad en el cual un individuo que participa un poco más es comprendido por las demás personas de la manera más favorable posible (Miller, 1975, p. 8), y que el estilo es más importante que el contenido en lo que se refiere a afectar los juicios sobre distancia interpersonal (Leginski e Izzett, 1973, p. 301).

Bradley y Edinberg (1982, pp. 54-64) describen varios aspectos que, según ellos, contribuyen al estilo de la comunicación. Estos incluyen:

1. **Congruencia**, o capacidad para combinar bien las palabras, el lenguaje corporal, el tono de la voz, etc. El mensaje enviado debe ser congruente con los sentimientos y creencias internas del transmisor o el receptor sentirá la discrepancia.
2. **Defensa**, o empleo de mecanismos de defensa por parte del transmisor para defenderse contra la ansiedad. Los mecanismos de defensa suelen incluir rechazo (negación de un impulso o verdad que no resulta agradable), proyección (ubicar los conflictos internos en otras personas), racionalización (crear excusas para explicar el comportamiento), formación de reacciones (actuar de manera contraria a como se siente), o represión (alejarse de la conciencia

los pensamientos incómodos). Los mecanismos de defensa pueden utilizarse cuando el receptor percibe de manera inconsciente un mensaje como un ataque a su valía personal, estos mecanismos protegen el ego, pero pueden distorsionar la comunicación interpersonal.

3. Actitud abierta, o capacidad de escuchar, comprender, y aceptar las críticas o las diferencias entre las personas.
4. Revelación sobre uno mismo, o la capacidad de hablar directa y honestamente de los propios sentimientos y percepciones; sin embargo, el momento y el contenido de la comunicación deben ser apropiados.
5. Aceptación, o capacidad de dar a los demás la libertad de sus propios sentimientos y creencias aunque sean diferentes a los de uno mismo; esto incluye responder a otras personas sin juzgarlas y evitar culparlas por lo que hacen, incluso si el comportamiento es "erróneo".

Al parecer, el estilo de comunicación, independientemente de su propio contenido, puede afectar en gran medida la reacción de una persona ante otra. En consecuencia, con el fin de hacer posible una comunicación eficaz, es importante que el agente del cambio esté consciente de la forma en que se le percibe y muestre una actitud abierta a la posible necesidad de prestar mayor atención o modificar su estilo de comunicación.

### **Categorías de estrategias de cambio**

Las estrategias de cambio pueden categorizarse de acuerdo con su fundamento teórico

#### **Empíricas-rationales**

La categoría empírica-racional supone que las personas actúan en forma racional y en interés propio; por lo tanto, estas estrategias tienen por objeto educar a los individuos sobre las opciones de que disponen, y parten de la base de que la persona modificará su conducta porque sabe que la nueva conducta es conveniente; por ejemplo, la educación en el servicio puede incluir una demostración de las técnicas más recientes para realizar una tarea determinada, con la esperanza de que las enfermeras aplicarán posteriormente estos conocimientos para mejorar la atención que brindan.

#### **Normativas y reeducativas**

La categoría normativa y reeducativa asume que las normas socioculturales son fundamentales para el comportamiento de una persona; por ello, además de racionalidad e inteligencia, el cambio debe incluir la modificación de actitudes, valores, habilidades, y relaciones importantes. Esto se basa en la creencia de que el proceso del cambio debe fundamentarse en la reciprocidad y la colaboración entre el cliente y el agente, ya que permite resolver problemas y desarrollarse personalmente, lo cual se considera necesario para promover un cambio eficaz.

De poder y coercitivas

La tercera categoría corresponde a las estrategias que utilizan el poder y la coerción, basadas precisamente en el empleo del poder. Se cree que a pesar de la necesidad de conocimiento, y de modificación de las actitudes y valores, el cambio sólo se producirá cuando esté respaldado por el poder; este concepto constituye la base de una gran parte de la acción política, y puede incluir el empleo de canales legítimos de autoridad o de métodos violentos, no aprobados (Chin, 1976).

Zaltman y Duncan examinan cuatro tipos de estrategias de cambio: propiciatorias, reeducativas, persuasivas, y de poder.

Propiciatorias

Las estrategias propiciatorias se emplean para lograr que el cliente esté consciente de la ayuda con la que puede contar con detalle y claridad suficientes para conocer exactamente lo que está disponible y dónde y cómo obtener ayuda. Las estrategias propiciatorias son convenientes cuando existe una actitud abierta al cambio, pero no suelen resultar eficaces cuando se espera resistencia. Algunos ejemplos de este tipo de estrategias son simplificar la información, proporcionar retroalimentación y suministrar los instrumentos necesarios para ayudar al cliente a reconocer un problema, brindar diversas soluciones posibles, y lograr que el cliente y otras personas participen en el proceso de tomar decisiones. Todo esto produce un mayor compromiso con el cambio, pero el agente debe estar seguro de que hay suficientes recursos, compromiso, y capacidad para mantener el cambio después de que éste se ha retirado del proceso.

Reeducativas

Las estrategias reeducativas se basan en la teoría empírica-racional. Se supone que la presentación relativamente imparcial de los hechos brinda una justificación racional a los actos. Este tipo de estrategias es necesario cuando el empleo eficaz de un cambio propuesto exige destrezas y conocimientos que el paciente no posee. También resulta conveniente cuando prevalece la resistencia basada en información inexacta, y cuando el cambio se aleja radicalmente de las prácticas anteriores y existe un alto nivel de incertidumbre sobre la capacidad de desempeñar con éxito las nuevas prácticas. Sin embargo, las estrategias reeducativas, en sí mismas, son inadecuadas para producir un cambio a menos que haya una gran necesidad y una fuerte motivación para satisfacer dicha necesidad.

Las estrategias reeducativas funcionan con lentitud y, por ello, sólo son factibles cuando el factor tiempo no ejerce mucha presión. Algunos ejemplos de estrategias reeducativas incluyen crear conciencia de la existencia de un problema señalando cómo podría estar mejor el cliente, relacionar los síntomas con las causas para facilitar la identificación de los problemas, y presentar diversas soluciones posibles para resolver un problema ya identificado. Las estrategias reeducativas incrementan la conciencia de un problema y su posible solución, pero no aumentan la necesidad ni la motivación para efectuar un cambio, para ello se requieren estrategias persuasivas.

## Persuasivas

Las estrategias persuasivas tratan de producir cambios en parte a través de influir en la manera en que se estructuran y presentan los mensajes; el razonamiento, la súplica, y el hecho de inducir a las personas mediante incentivos constituyen algunos ejemplos de este tipo de estrategias.

Las estrategias persuasivas resultan más eficaces para quienes se muestran menos abiertos al cambio y pueden utilizarse para incrementar el compromiso tanto en las actitudes como en el comportamiento. El conocimiento del cliente puede ayudar al agente a ser más persuasivo, sobre todo cuando se trata de combatir la resistencia al cambio. Una estrategia persuasiva está indicada cuando el cambio propuesto es arriesgado, no es susceptible de limitarse a una prueba en pequeña escala, es técnicamente complejo, no ofrece ventajas evidentes, y debe implementarse en poco tiempo. En una situación donde el agente cuenta con recursos limitados para iniciar y mantener un cambio, estas estrategias resultan de gran utilidad.

## De poder

Las estrategias de poder implican el empleo de la coerción. Por lo general dan por resultado el cumplimiento, que indica un bajo nivel de compromiso al cambio, pero conducen a la adopción del comportamiento inducido porque el objetivo espera obtener recompensas específicas y evitar un castigo.

Las estrategias de poder suelen ser necesarias cuando el cliente o el grupo objetivo posee recursos limitados y no está muy dispuesto a asignar los recursos disponibles a la continua implementación del cambio; no obstante, el cumplimiento forzoso exige supervisión para mantener el cambio, y no es un método apropiado cuando se desea producir un cambio capaz de mantenerse a sí mismo.

En muchas situaciones, suele ser conveniente utilizar diversas estrategias. En la etapa de adquisición de conciencia para promover el cambio, suelen ser convenientes las estrategias reeducativas; aunque las estrategias propiciatorias cobran mayor importancia en la etapa de adopción, y las estrategias persuasivas resultan de gran utilidad en la etapa de evaluación (Zaltman y Duncan, 1977, pp. 90-165).

## **Cómo poner en práctica el cambio dentro del proceso de enfermería**

La promoción del cambio constituye un elemento importante de la atención de enfermería. La enfermera no “se pone un sombrero diferente” cuando actúa como agente del cambio, sino que es preciso integrar los principios y estrategias destinadas a promover el cambio en todas las fases del proceso de enfermería.

### Fase de valoración

La fase de valoración del proceso de enfermería implica la identificación de las características del usuario, incluyendo actitud abierta y motivación para cambiar. La cultura y el grupo social a los que pertenece el usuario representan importantes fuentes de información sobre posibles desviaciones, también debe considerarse la

influencia ejercida por la familia del usuario, las demás personas importantes, y el medio ambiente.

La relación entre enfermera y usuario es de vital importancia para el éxito del proceso; es preciso crear confianza. La enfermera debe valorar el grado de congruencia que existe entre sus valores y los del usuario; si hay diferencias fundamentales, es posible que la enfermera no pueda ser un agente eficiente del cambio con ese paciente en particular.

El principio de reciprocidad debe formar parte integral de la relación. Conforme se recoge información, la enfermera debe comprobar con el usuario la exactitud de sus percepciones, ya que éste debe tener la misma percepción del problema que la enfermera, y tiene que comprender que es su responsabilidad decidir si deben o no ponerse en práctica las soluciones posibles. El usuario necesita saber lo que la enfermera espera de él y tiene que ser capaz de compartir sus propias expectativas con ella. El usuario debe ser un participante informado e igual desde el comienzo del proceso del cambio.

#### Fase de planificación

Uno de los mayores problemas potenciales en la fase de planificación es la falta de metas claramente definidas, ya que puede crear ambigüedad, incertidumbre, y ansiedad. La enfermera y el usuario deben mostrarse claros respecto a los objetivos de cambio que ella ha identificado, y asegurarse de que usuario y demás personas clave estén informados, comprendan y acepten las metas. Esta participación facilitará el compromiso para apoyar el proceso del cambio.

Un elemento importante de la fase de planificación es identificar los posibles sistemas de apoyo que ayuden al usuario a llevar a cabo el cambio propuesto. El tiempo constituye un recurso importante que suele pasarse por alto; la cantidad de tiempo disponible para poner en práctica y apoyar un cambio ejerce gran influencia en las estrategias que deben utilizarse en cada caso. La creación de un período de prueba puede ser una técnica eficaz para reducir la resistencia. Las personas más importantes que ejercen influencia sobre el usuario representan un recurso que es preciso cultivar para crear aliados, aunque también la estructura informal suele ser muy eficaz.

Las características personales del agente del cambio son esenciales para establecer relaciones que inspiren confianza, eviten actitudes defensivas, y apoyen el proceso del cambio; estas cualidades incluyen respeto por los demás, capacidad de simpatizar, y autenticidad en la interacción. Las capacidades especiales y la personalidad del agente del cambio influyen en las funciones específicas que puede asumir.

Es muy importante que el plan se elabore con detalle, e incluya metas, estrategias de intervención y de comunicación, horario, y métodos de evaluación.

#### Fase de implementación

La fase de implementación incluye el proceso de instituir las estrategias de cambio y de mantener éste una vez iniciado. El agente del cambio debe mantener

un equilibrio entre la dirección que imparte y el desarrollo de las capacidades del usuario y de las demás personas importantes para él, con el fin de fomentar la continuación del proceso. En esta etapa, educación, crítica constructiva, retroalimentación positiva y recompensas a los progresos logrados suelen ser estrategias de gran utilidad.

En esta fase también es importante recordar y recurrir a las estrategias destinadas a evitar o reducir la resistencia. La comunicación es decisiva para que todos los participantes conozcan su función. Es preciso fomentar la autoestima, la autonomía, y el sentimiento de seguridad; hay que evitar los conflictos y tratar de mantener una atmósfera abierta. Quizá sea realista suponer que tal vez se requiera un tiempo óptimo y no un tiempo mínimo para promover el cambio de manera que no se incremente la resistencia.

Uno de los principales errores que pueden cometerse es tratar de introducir un cambio con demasiada rapidez. Si se requiere un cambio importante, es conveniente dividir el proceso en varias etapas. Las soluciones más simples deben utilizarse cada vez que sea posible. El agente del cambio debe disponer siempre de planes de contingencia para utilizarlos en caso de que el plan original presente problemas inesperados.

#### Fase de evaluación

La fase de evaluación incluye un juicio sobre si ha tenido éxito o no el proceso del cambio; esta decisión requiere evaluar la eficacia del proceso del cambio en relación con los objetivos. La eficacia tiene una dimensión subjetiva que afecta las actitudes hacia el proceso del cambio. El nivel de adopción del cambio es más objetivo, y se refiere al hecho de si el cambio tuvo un efecto mensurable y si se ha mantenido o no.

En todas las fases del proceso de enfermería debe darse un método de evaluación. Es necesario prever la posibilidad de que el plan no funcione y es preciso contar con alguna forma de revertir el proceso o poner en práctica nuevos planes en caso necesario. El plan debe estar sujeto a revisiones en todas sus fases, y el agente del cambio debe estar consciente de las modificaciones que está dispuesto y es capaz de realizar.

Si el cambio se adopta e internaliza, el agente del cambio debe estar preparado para dar por terminada la relación y retirarse de la escena, aunque antes debe asegurarse de que el usuario y las demás personas importantes sean capaces de mantenerlo y también decidir, en colaboración con el paciente, si tendrá algún contacto con él en el futuro.

El proceso de enfermería, como se trató en esta sección, se concentra en el papel de la enfermera de promover el cambio en la salud de un usuario, pero también puede aplicarse cuando en el cambio participan grupos o sistemas más grandes. Hay más variables que valorar, y un número mayor de relaciones para planificar, pero los principios y el proceso siguen siendo los mismos.

## RESUMEN

En este capítulo se presentó un esquema conceptual para analizar el papel de la enfermera como agente del cambio. Los principios del cambio, como parte del proceso de enfermería, permiten a la enfermera trabajar en colaboración con el usuario para proponer, poner en práctica, y mantener cambios que promuevan su salud.

## BIBLIOGRAFIA

- Bradley JC, Edinberg MA: *Communication in the Nursing Context*. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1982.
- Chin R: The utility of systems models and developmental models for practitioners. *En* Bennis WG, Benne KD, Chin R (eds): *The Planning of Change*, 3 ed, pp. 90-102. Nueva York, Holt, Rinehart & Winston, 1976.
- Giffin K, Patton B: *Personal Communication in Human Relations*. Columbus, Merrill, 1974.
- Jung C: *Collected Works (Vols 7, 8, 9, Parte I)*. Read H, Fordman M, Adler C (eds): Princeton, Princeton University Press, 1953.
- Kelman HC, Warwick DP: Bridging micro and macro approaches to social change: A social-psychological perspective. *En* Zaltman G (ed): *Processes and Phenomena of Social Change*, pp. 13-59. Nueva York, John Wiley & Sons, 1973.
- Lancaster J, Lancaster W: *Concepts for Advanced Nursing Practice: The Nurse as a Change Agent*. St Louis, CV Mosby, 1982.
- Leginski W, Izzett R: Linguistic styles as indices for interpersonal distance, *J Soc Psych* 91:291-304, 1973.
- Lewin K: *Field Theory in Social Science*. Connecticut, Greenwood Press, 1951.
- Lippitt GL: *Visualizing Change: Model Building and the Change Process*. La Jolla, University Associates, 1973.
- Miller LD: Perceptual accuracy as a function of communicator style in dyads. Tesis inédita. University of Michigan, 1975.
- Nadler DA: Managing organizational change: An integrative perspective. *J. Appl Behav Sc* 17:191-211, 1981.
- Rogers EM, Shoemaker FF: *Communication of Innovations: A Cross-Cultural Approach*. Nueva York, Free Press, 1971.
- Schein EH: The mechanisms of change. *En* Bennis WG, Benne KD, Chin R (eds): *The Planning of Change*, 2 ed. Nueva York, Holt, Rinehart & Winston, 1969.
- Slocum JW Hijo: Does cognitive style affect diagnosis and intervention strategies of change agents? *Group Organ Stud* 3: 199-210, junio de 1978.
- Watson G: Resistance to change. *En* Zaltman G (ed): *Processes and Phenomena of Social Change*, pp. 117-131. Nueva York, John Wiley & Sons, 1973.
- Zaltman G, Duncan R: *Strategies for Planned Change*. Nueva York, John Wiley & Sons, 1977.

## Capítulo 16

# *El papel de defensor de los usuarios*

### **PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR**

1. ¿Qué creencias debe tener la enfermera para ser una defensora eficiente de los usuarios?
2. ¿Qué responsabilidades tiene la enfermera en el papel de defensora de los usuarios?
3. ¿Cuál es la razón de garantizar reciprocidad entre enfermera y usuario al realizar la defensa?
4. ¿Cuáles son los derechos humanos esenciales que la enfermera debe respetar al desempeñar el papel de defensora?
5. ¿Qué cambios se han producido en la sociedad que respaldan la necesidad de que la enfermera actúe como defensora de los usuarios?
6. ¿Por qué la reintegración y el empleo constituyen la problemática para que la enfermera asuma el papel de defensora de los usuarios?

Si la enfermera profesional cree que el usuario tiene derecho a una relación enfermera-usuario basada en reciprocidad, respeto mutuo, consideración de la información y de los sentimientos, y participación activa en la solución de problemas relacionados con su salud y sus necesidades de atención de salud, la enfermera cree en la defensa de los usuarios. Si la enfermera profesional estima que es responsabilidad del profesional asegurar que el usuario tenga acceso a los sistemas de servicios de salud adecuados a sus necesidades, la enfermera cree en la defensa de los usuarios. Si la enfermera profesional cree que el paciente es responsable de su salud y que la enfermera es responsable de movilizar y facilitar las fuerzas del usuario para que éste alcance el nivel más alto posible de salud, la enfermera cree en la defensa de los usuarios.

Uno de los papeles de la enfermera profesional que ha surgido junto con el desarrollo de la práctica basada en la teoría de la enfermería, es el papel de defensora de los usuarios. En cierta medida, las enfermeras siempre han actuado como defensoras de los usuarios. El apoyo hacia los pacientes ha tenido en todo momento mayor prioridad a menos que originara conflictos con la defensa del médico o de la institución contratante, pero conforme la enfermería comenzó a



considerarse a sí misma como una profesión autónoma y no como un subsistema dependiente de la medicina, cambió la naturaleza de la defensa. Actualmente, la enfermera que trata de desempeñar el papel de defensora acepta la obligación de mantener en todo momento al usuario en el primer lugar de sus prioridades. El desafío que tiene que afrontar la enfermera que es hoy en día una defensora de los usuarios consiste en ser capaz de defenderlos sin convertirse en adversaria de los demás miembros del sistema de servicios de salud.

El objetivo de este capítulo es explorar los significados de la defensa, sus bases éticas, las necesidades del usuario para ser defendido, y los retos y recompensas de la enfermera que actúa como defensora.

## **SIGNIFICADOS DE LA DEFENSA**

La elección de defensora de los usuarios como un papel profesional de la enfermería se realiza dentro del contexto del propósito de la enfermería, su confianza en los seres humanos y la necesidad que tienen de atender su salud. Como el papel de defensora de los usuarios implica un proceso de influencia sobre otras personas, puede considerarse como un liderazgo. Mediante comportamientos de liderazgo, la enfermera trata de ejercer influencia sobre el usuario. Según Tappen (1983, p. 67), "...todos los intentos por influir en los demás tienen algún propósito..." El proceso de influir en otras personas y su propósito se relaciona directamente con la forma en que se define la función de liderazgo. La definición que da el diccionario sobre defensa es "acción y efecto de defender o defenderse; amparo, protección, socorro" (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 1970, p. 426). El defensor se define como "Que defiende o protege; persona que en un juicio está encargada de una defensa" (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 1970, p. 426). Estas definiciones, sin mayor análisis, nos llevan a creer que la enfermera que actúa como defensora adopta una posición activa y que el usuario asume una posición pasiva. Basándose en la suposición de la ciencia de enfermería de que el ser humano siempre es capaz de crecer y desarrollarse, las enfermeras se concentran en el aspecto de "protección" de la defensa y en el comportamiento de defensa de "defender o amparar una causa", en este caso, la salud y el derecho de todas las personas a disponer de una atención adecuada.

La base teórica de la defensa en la relación entre enfermera y usuario es que el ser humano se considera desde el punto de vista de un organismo y no de un mecanismo. Fawcett (1984, pp. 10-11) describe las características del organicismo:

1. La persona es holística – es una unidad integrada y organizada que puede reducirse a partes distintas.
2. Las partes sólo adquieren significado en el contexto del todo.
3. La persona es un organismo activo y no uno que sólo reacciona.
4. La persona es capaz de efectuar cambios cualitativos y cuantitativos.

Tomando en cuenta este punto de vista de la persona y la opinión de que la vida se caracteriza por el cambio, a través del cual son posibles el crecimiento y la realización del potencial, el defensor tiene una excelente razón para ayudar al

usuario a actuar en su propio beneficio, a asumir la responsabilidad activa de su salud y de las decisiones relacionadas con ella, y la enfermera, por su parte, movilizará y apoyará el potencial del usuario (Fawcett, 1984, p. 12).

Simms y Lindberg (1978, p. 5) afirman: "La defensa constituye un tipo especial de responsabilidad. Significa ser responsable de la atención que brindamos. Significa ser, cuando es necesario, vocero del usuario. Significa prestar la mejor atención posible". Kohnke (1982, p. 145) especifica que la defensa en enfermería es "el acto de informar y apoyar a una persona para que pueda tomar las mejores decisiones posibles para ella misma". Curtin sostiene que las enfermeras deben actuar como defensoras de los seres humanos, por lo que la defensora de los usuarios es en realidad una defensora de los seres humanos. "Debemos, como defensoras de los seres humanos, ayudar a los pacientes a encontrar un significado o un propósito en su vida o en su muerte... Cualquiera que sea la meta del paciente, se trata de su significado y no del nuestro, de sus valores y no de los nuestros, y de su vida o su muerte y no de las nuestras" (Curtin, 1979, p. 7). Por lo menos en las dos últimas descripciones de defensa, es evidente que la enfermera que desempeña el papel de defensora de los usuarios brinda apoyo a éstos, actúa en su nombre y le concede toda la responsabilidad, o por lo menos una responsabilidad recíproca al tomar decisiones. Nuestra opinión es que gracias al papel de defensora, la enfermera participa, junto con el usuario y los colegas profesionales, en el progreso de procesos que, en última instancia, promueven la salud. Las relaciones de colaboración son esenciales para todos estos procesos. Colaboración significa compartir la responsabilidad de la planificación, la resolución de problemas, y la evaluación con los usuarios y los demás miembros del sistema de salud. A continuación se ofrece una breve descripción de los comportamientos de liderazgo que constituyen el papel de defensor de los usuarios.

### **Importancia de la reciprocidad**

Existe una gran cantidad de pruebas de que las decisiones tomadas por una persona en nombre de otra, sin la participación del interesado ni de alguien que posea los conocimientos necesarios para emitir un juicio bien fundamentado, son las que tienen menos probabilidades de funcionar o de ser comprendidas. Las enfermeras poseen conocimientos sobre la salud y la capacidad de la enfermería de ayudar a las personas a obtener salud. Los usuarios tienen los conocimientos necesarios para comprender y evaluar su situación, y controlan su vida y su salud; por lo tanto, es conveniente que el usuario, con todo el apoyo informativo, empatía, y respeto de la enfermera, tome las decisiones que afectan su salud. Reciprocidad significa que enfermera y usuario describan con detalle el estado de salud del paciente, estén de acuerdo en la dirección y naturaleza del cambio que a éste le gustaría efectuar, exploren todas las alternativas posibles para alcanzar las metas convenidas de mutuo acuerdo, y luego colaboren en la implementación de los cambios. En esta etapa, la defensora debe asegurarse de que se proporcionen al usuario apoyos técnicos e informativos y ayudarlo a obtener acceso a los servicios de salud necesarios. En casi todas las situaciones enfermera-usuario que pueden identificarse, es posible concentrarse en la fuerza del usuario y esperar razonable-

mente que él pueda ser responsable; por ejemplo, al trabajar con padres desolados tras el fallecimiento de un hijo, las enfermeras descubren muchas posibilidades de crecimiento positivo (Miles y Crandall, 1983). Los investigadores señalaron que el hecho de concentrarse en el potencial de crecimiento en los padres desconsolados no significaba de manera alguna desdeñar el dolor, sino por el contrario, ayudarlos a encontrar un significado a sus vidas en ese momento. ¿Cómo encaja la importancia concedida a la reciprocidad en esta situación de enfermería? Es muy importante porque dos elementos esenciales de la reciprocidad son respetar y compartir. Al respetar el derecho del usuario a tomar decisiones relativas a la búsqueda de un significado, al mismo tiempo que hace hincapié en su capacidad de ser responsable de sí mismo, la enfermera establece una relación basada en la reciprocidad. La enfermera simpatiza con los padres, mostrando comprensión a la pena causada por la pérdida, respeta la fuerza de los padres, y presenta opciones a la familia al fijar la meta de reducir el dolor y buscar un significado a sus vidas.

El factor más importante de la reciprocidad es que enfermera y usuario se consideran igualmente capaces y responsables de los resultados del proceso de enfermería. Es posible que varíen sus áreas de conocimientos y experiencias, pero ambos poseen la misma autoridad e importancia en la relación. El potencial de cada persona puede realizarse más completamente en una relación caracterizada por la reciprocidad.

### **Importancia de la facilitación**

La defensora supone que todos los usuarios poseen aspectos positivos y que la función de la enfermera consiste en ayudar al usuario a emplear dichos aspectos positivos para alcanzar el nivel de salud más alto posible. Moccia y Pfordresher (1983, p. 146) citó a una enfermera, Janice Veliko, quien refleja la defensa con toda claridad al plantear la siguiente pregunta: “Con un diagnóstico médico de cáncer, ¿qué puedo hacer para ayudar al paciente a elegir entre diferentes tratamientos, para no sentir dolor, para continuar con sus responsabilidades familiares, y seguir disfrutando la vida?” Kohnke (1982, pp. 145-146) y Clark (1977, p. 8) sugieren que el hecho de conceder tanta importancia a la facilitación dentro del proceso de defensa requiere que el defensor asuma la responsabilidad de “garantizar que ellos (usuarios) reciban toda la información necesaria para tomar decisiones bien fundamentadas” y de “apoyar a los pacientes en sus decisiones”. King (1984, p. 17) señala que un medio eficaz para facilitar el propio crecimiento y el de los demás consiste en esclarecer los valores, es decir, la enfermera podría ayudar al usuario a pensar en los problemas y a crear un sistema personal de valores que le ayude a tomar decisiones. Hames y Joseph (1980) sugieren que la facilitación se lleve a cabo ayudando al usuario a comprender las tareas que debe emprender, asegurarse de que tenga algún éxito cuando trata de realizar algo, crear un ambiente que propicie el aprendizaje (de confianza y respeto), y ofrecer información y apoyo emocional.

### **Importancia de la protección**

Las defensoras de los usuarios cobran cada día mayor conciencia de su responsabilidad de proteger a los clientes. Es común pedir a las enfermeras que analicen

su papel de proteger el derecho del paciente a vivir o morir. Bandman y Bandman informan que las enfermeras suelen verse atrapadas en un dilema ético entre los médicos y los pacientes incurables o incapacitados sin esperanza. La defensora debe decidir qué acciones tomar para proteger al paciente de tratamientos forzados o suspender el tratamiento. Los autores llegan a la conclusión de que la moral tiende a respaldar el derecho de una persona a vivir y no a dejar que otros decidan si la vida de la persona no merece vivirse, que el bienestar de otros individuos no tiene que estar necesariamente en conflicto con el derecho de una persona a morir, y que existen casos en que la enfermera puede decidir legítimamente para proteger el deseo de un paciente de terminar con su vida (Bandman y Bandman, 1979, pp. 30-33).

Quizá la necesidad más grande que siente la enfermera de actuar como protectora es cambiar una condición o situación en el sistema de servicios de salud en los cuales no se brinda al paciente una atención adecuada o cuando el ambiente presenta algún peligro. En términos sencillos, el papel de protector indica que la enfermera está obligada a supervisar la calidad de los cuidados y debe intervenir cuando se observan conductas perjudiciales en cualquier trabajador de la salud, lo cual no significa que la enfermera actúe como adversaria de un colega, sino de proteger al usuario y de esforzarse por resolver el conflicto derivado de la necesidad de protección del paciente (Mauksch y Miller, 1981, p. 41).

### **Importancia de la coordinación**

La función más aceptada de la defensora de los pacientes es la de coordinadora. En general, suele aceptarse que la enfermera se haga cargo de articular las relaciones entre los diversos trabajadores de la salud que brindan atención al usuario. Como la enfermera es una profesional que se ocupa de la respuesta global del usuario a su estado de salud, ella puede emplear las responsabilidades de coordinación para asegurar que el paciente tenga acceso a todas las partes del sistema de asistencia de salud necesarias y que los servicios se ofrezcan en el momento y lugar oportunos y a un costo razonable para el usuario.

## **ÉTICAS DE DEFENSA**

---

La ética, ciencia de los valores morales, rige la práctica de las enfermeras. Según Mooney (1980, pp: 7-8) en todos los modelos conceptuales de enfermería se incluyen seis temas éticos: persona, derechos de la persona, consentimiento, derechos de la sociedad, justicia distributiva, e integridad personal. Como una profesión que ofrece sus servicios a la gente, la enfermería debe ocuparse de acatar un código de conducta que refleje el sentimiento profesional sobre lo que está bien o mal y la aceptación de las responsabilidades profesionales que le confiere la sociedad. En el Capítulo 3, "Socialización para el ejercicio profesional" se incluye el código de las enfermeras. La persona, los derechos de la persona, el consentimiento, la justicia distributiva, y la integridad personal se refieren a comportamientos éticos en la relación entre enfermera y usuario. Los derechos de la sociedad están orientados a las relaciones éticas que deben existir entre enfermera, usuario, y la sociedad en su conjunto.

## **Autonomía y libertad personal**

Davis define la autonomía como una forma de libertad personal; en este sentido, la autonomía es la base de los derechos de los individuos. En nuestra cultura se acepta que la autonomía represente el derecho del individuo a tomar sus propias decisiones, a ser independiente, y a confiar en sí mismo. En las instituciones de servicios de salud suelen violarse con frecuencia estos derechos personales de los individuos. Cuando una persona está enferma, a menudo se ve obligada a volverse dependiente y, equivocadamente, esto suele considerarse como falta de capacidad para tomar decisiones (Davis, 1982, pp. 218-221).

Por ley, siempre que un paciente es admitido en una institución de salud, se le deben informar sus derechos. La característica más sobresaliente de los derechos establecidos para todos los pacientes es el respeto a la autonomía; el paciente tiene libertad personal para elegir y tomar decisiones. Como la enfermedad interfiere en ocasiones con la capacidad de controlar las decisiones, la enfermera defensora puede desempeñar un papel de suma importancia salvaguardando los derechos del usuario a elegir y a tomar decisiones cuando no puede ejercer un control total sobre sí mismo ni sobre el medio ambiente.

## **Derechos y necesidades humanos**

Curtin, respetada autoridad en la ética dentro de la enfermería, desafió a las enfermeras a observar la falta diaria de respeto a la que se ven sometidos los pacientes, algunos ejemplos de esa falta de respeto son asegurar falsamente a un niño que algo no le va a doler cuando por fuerza debe resultar doloroso, efectuar procedimientos sin dar explicaciones y proporcionar diferente trato a distintas personas, entre muchas otras. Curtin define los derechos humanos como “lo que merece en justicia una persona” (Curtin, 1982, p. 4) y afirma que, “si los seres humanos poseen algún derecho, ese derecho consiste en ser reconocidos y respetados como seres humanos” (Curtin, 1982, p. 7). Los seres humanos tienen necesidades que es preciso satisfacer para seguir viviendo. ¿Cuál es nuestra obligación para satisfacer dichas necesidades? La inmensa mayoría estaría de acuerdo en que el individuo tiene derecho a satisfacer esas necesidades básicas o fundamentales, y que también tiene derecho a elegir que no se satisfagan. Curtin señala que los límites de la libertad individual de elegir son que el individuo puede decidir no ejercer un derecho, pero las enfermeras, al igual que todas las demás personas, no tienen derecho a tomar esa decisión por otros seres humanos (Curtin, 1982, p. 10).

## **Responsabilidades**

Si una persona cree en la autonomía del individuo y respeta su derecho a elegir y tomar decisiones, esa persona asume ciertas obligaciones, las cuales forman parte de la responsabilidad profesional. Las enfermeras tienen la obligación moral de llevar a cabo sus deberes profesionales en relación con los derechos de los usuarios (Curtin, 1982, pp. 17-18). Según Aroskar (1984, p. 5), las enfermeras están volvién-

dose más responsables desde el punto de vista ético, y se interesan por la asignación de recursos equitativa para todos (justicia distributiva). Chenevert afirma que necesitamos tanto una carta de responsabilidades como una carta de derechos; algunos ejemplos de derechos equiparados con responsabilidades son:

1. Si hay derecho a hablar, existe la responsabilidad de escuchar.
2. Si hay derecho a tener problemas, existe la responsabilidad de encontrar soluciones.
3. Si hay derecho a llorar, existe la responsabilidad de secar las lágrimas. (Chenevert, 1983, p. 53).

Al final de este capítulo se mencionan otras responsabilidades de la enfermera profesional.

## **NECESIDAD DE DEFENDER**

---

Omery afirma (1983, p. 2) "La práctica actual de la enfermería exige un profesional responsable desde el punto de vista moral, que sea defensor del usuario y protector de sus derechos". Es evidente que las enfermeras tienen muchas experiencias con los usuarios en las cuales deben emitir juicios morales. Estos juicios deben hacerse tomando como base los valores morales relacionados con conceptos como justicia o utilidad, y no las reglas de quienes tienen autoridad. La integración del papel de defensora ayuda a la enfermera a mantener en primer lugar los derechos de los pacientes en el proceso de tomar decisiones.

### **Cambios en la población**

Diversos cambios en la población señalan la necesidad que tienen las enfermeras de actuar como defensoras. Los cambios demográficos en la población respaldan por sí solos la necesidad de este papel. La proporción de individuos mayores de 65 años aumenta día a día. Algo que sucede con las personas de edad avanzada es que aparentemente no se respetan por sus capacidades, sino al contrario, suelen tratarse como personas incapacitadas. La enfermera defensora las protege en contra de esta situación y las ayuda a obtener la atención de salud que necesitan, así como a elegir y tomar decisiones respecto a sus metas y a la forma de lograrlas.

Otro factor que apoya el papel de las enfermeras como defensoras es que el público al que brindan sus servicios se ha vuelto sumamente conocedor y activo. Los conocimientos se difunden con gran rapidez, y éstos, unidos al sentimiento de ira provocado por el rápido aumento de los costos en la atención de salud, ha originado que los usuarios comiencen a encargarse de las decisiones relacionadas con los cuidados de la salud. Se concede gran importancia al autocuidado y se desafía el elitismo pasado de los profesionales de la salud. El usuario espera intervenir en las decisiones en vez de recibir instrucciones sobre qué debe hacer para obtener salud, por lo que es necesaria la defensa para ayudarlos a participar en estas decisiones (Curtin, 1982, pp. 80-82).

### **Cambios en la tecnología**

Tal vez la necesidad más grande de defender a los usuarios se deriva del rápido desarrollo de la tecnología. Se han hecho grandes avances en el desarrollo sobre tecnología de salud. Los equipos terapéutico y de diagnóstico han ayudado mucho en la prevención y tratamiento de los problemas de atención de salud. La cuestión moral que ha surgido se relaciona con los elevados costos de dicha tecnología, ya que éstos conducen a un dilema ético: ¿quién debe recibir los beneficios de esta costosa tecnología? Las enfermeras tienen grandes oportunidades de ayudar a los usuarios a obtener las ventajas que ofrece el apoyo técnico mejorado y de asegurar que la atención se distribuya en una forma justa y equitativa. La necesidad de que todas las personas tengan acceso a la mejor atención posible respalda la necesidad del papel de defensora de los usuarios.

### **Cambios en la profesión**

Con el crecimiento y desarrollo de la responsabilidad moral como una responsabilidad legítima de la enfermería, ha surgido el interés de las enfermeras en las políticas públicas, sobre todo en las relacionadas con la salud. Aiken afirma que a las enfermeras les interesa influir en las políticas porque en sus actividades cotidianas pueden observar la influencia que ejercen las políticas y los programas relacionados con la salud sobre las enfermeras y el público. Esta autora sostiene que la enfermería ha reconocido la necesidad de participar en la elaboración de las políticas que tienen por objeto eliminar los obstáculos financieros a la atención de la salud, mejorar la calidad de los cuidados de enfermería, acabar con la escasez de enfermeras, mejorar la remuneración económica que reciben las enfermeras, ampliar los papeles independientes que desempeñan las enfermeras dentro del sistema de salud, y crear nuevos papeles fuera de los hospitales (Aiken, 1982, pp. 5-7). Estas preocupaciones demuestran claramente que es necesaria la defensa, tanto de la profesión como del público. Los logros profesionales realizados en todas las áreas antes mencionadas, servirán para satisfacer la necesidad del público de un defensor que lo ayude a obtener una mejor atención de la salud.

Los tres cambios mencionados que apoyan la necesidad de defensa, es decir, los cambios en la población, en la tecnología, y en las profesiones de salud, tienen un común denominador: los costos en rápido aumento. Walker (1982, p. 131) afirma que existe una preocupación generalizada sobre los costos, la cual ha dado por resultado un movimiento para reducir el número de hospitalizaciones y procedimientos terapéuticos y de diagnóstico no necesarios. Las enfermeras que actúan como defensoras podrían desempeñar un papel de gran importancia en la protección de los usuarios contra todos estos costos innecesarios si les proporcionaran información adecuada para tomar decisiones correctas, y les ayudaran a comprender sus derechos.

### **RETOS Y RECOMPENSAS DE LA ENFERMERA QUE ACTUA COMO DEFENSORA DE LOS USUARIOS**

---

Al observar la necesidad de reestructurar los papeles dentro del sistema de salud, Jacox (1982, pp. 88-97) recomienda que la reconstrucción debe considerarse en

tres áreas: (1) el trabajo en sí mismo, es decir, reconocer y hacer hincapié en los conocimientos y capacidad de juicio necesarios para la práctica profesional; (2) las condiciones de trabajo, incluyendo cuándo y cómo trabaja la enfermera, y (3) lugar que ocupa el papel de la enfermera dentro de toda la organización, teniendo en cuenta la posición de la enfermera en la estructura para tomar decisiones.

Si suponemos que el papel de defensor de los usuarios desafía la estructura actual del sistema de servicios de salud, las tres áreas mencionadas por Jacox requieren reestructurarse para poder hacer frente al desafío con éxito. Es necesario modificar el punto de vista aceptado sobre el trabajo de enfermería con el fin de incluir y respaldar las funciones de facilitación, protección y coordinación, así como a las actuales funciones de restauración que desempeñan las enfermeras. Debe hacerse hincapié en los conocimientos y habilidades necesarios para ayudar a los usuarios a que adquieran mayor competencia al asumir las responsabilidades de su propia salud. En un sistema reestructurado como el que se propone, el personal de enfermería recibiría apoyo en:

1. El incremento de la comprensión de las *respuestas* del usuario a las diversas amenazas a su salud y la elaboración de estrategias para responder eficazmente a las respuestas del usuario.
2. El perfeccionamiento y desarrollo de las capacidades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como de las capacidades de restauración de la salud.
3. La reevaluación del sistema de creencias sobre el papel independiente en comparación con el papel dependiente de los usuarios y de uno mismo.
4. Asumir una responsabilidad de colaboración para supervisar la eficacia del sistema de salud y una responsabilidad independiente para evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería en respuesta a las necesidades de salud de los usuarios.
5. Poner en práctica un diálogo interdisciplinario con todos los profesionales que comparten las mismas responsabilidades y autoridad en la satisfacción de las necesidades de salud de los pacientes.
6. El hecho de brindar a todos los miembros del equipo la oportunidad de evaluar la eficacia de una manera conjunta con el fin de evitar que se establezcan relaciones negativas.

El trabajo se consideraría en términos de las responsabilidades profesionales implícitas en las categorías antes mencionadas. El desafío para la enfermería profesional de reestructurar la labor de la enfermera como defensora de los usuarios incluye aceptar y hacer hincapié en los siguientes comportamientos del papel de las enfermeras profesionales. Se esperaría que la enfermera profesional:

1. Interactuara con el usuario en una manera y cantidad que permitiera examinar sus respuestas personales a la salud o a las amenazas a la salud, evaluar las circunstancias ambientales que lo rodean, reconocer sus puntos fuertes y limitaciones, identificar los recursos que se perciben como necesarios, y asignar con claridad las responsabilidades del usuario y de la enfermera que



- aseguren que el paciente asuma la responsabilidad de su salud y que la enfermera logre el objetivo de brindar el apoyo informativo y de interacción necesarios.
2. Se preparara y pusiera en práctica programas de educación necesarios para los usuarios.
  3. Actualizara sus habilidades técnicas conforme surgieran nuevas técnicas y equipos terapéuticos en el campo de atención de la salud.
  4. Analizara las creencias sobre la capacidad de los pacientes con sus colegas profesionales en un esfuerzo por evaluar los propios valores relacionados con la independencia y la dependencia en diversos estados de salud.
  5. Actualizara los planes de cuidados de enfermería en un esfuerzo por evaluar los resultados de la atención de enfermería.
  6. Participara en la investigación de enfermería como consumidora y que colaborara en los estudios de enfermería que se llevan a cabo en su entorno.
  7. Identificara todas las unidades del sistema de servicios de salud que deben participar en la atención del usuario.
  8. Coordinara los esfuerzos de los diversos trabajadores de la salud que participan en la atención del paciente.
  9. Valorara la idoneidad de los esfuerzos de todos los trabajadores que participan en la atención de acuerdo con las necesidades del usuario.
  10. Resolviera los conflictos que pudieran presentarse en relación con los esfuerzos por defender al usuario respetando la posición adoptada por todas las personas involucradas, reuniendo información que describa todo el sistema del usuario y su ambiente, fomentando la expresión de los conflictos, participando en el proceso de resolución de problemas, y permitiendo al usuario tomar decisiones basándose en la información y no en el consejo dado por terceros.
  11. Reconozca y aprecie las contribuciones hechas por todos los miembros del equipo a la atención de la salud del usuario.
  12. Analice y evalúe en forma periódica la calidad de las interacciones entre los miembros del equipo de salud y evalúe su propia eficiencia interpersonal con los usuarios y los miembros del equipo.

El cumplimiento de estos comportamientos del papel laboral refleja el compromiso de la enfermera profesional hacia la defensa de los usuarios como una función legítima.

A fin de reestructurar las condiciones de trabajo en sí mismas, las enfermeras deben actuar como defensoras de sus colegas profesionales y de sí mismas. En el capítulo sobre investigación se propuso un método eficaz para obtener el control de la práctica consistente en crear y utilizar la información como base de los cambios recomendados, ya que la información, no la opinión, es la que fortalece a un grupo. La defensa de cualquiera es más efectiva si el defensor trabaja desde una posición de fuerza, armado con la información necesaria y la creencia de que lo que trata de hacer no sólo es valioso para él mismo, sino de vital importancia para la calidad de la atención que es capaz de brindar.

Para que la enfermería pueda desempeñar con eficacia el papel de defensora

de los usuarios, es necesario reestructurar el sistema de servicios de salud en cuanto a la posición de la enfermera en toda la organización. En muchos sistemas de servicios de salud, los esfuerzos de defensa se ven contrarrestados por la falta de igualdad y autoridad de las enfermeras. Es más probable que la igualdad en la responsabilidad sea más evidente entre las disciplinas de atención de salud. Hay un convenio sobre el hecho de que cada disciplina es totalmente responsable de su propia práctica; sin embargo, como se ha señalado a lo largo del libro, la autoridad suele distribuirse en forma jerárquica y, dentro de la jerarquía, la enfermería ocupa por lo general una posición desventajosa; por lo tanto, las enfermeras que deseen actuar como defensoras de los usuarios en un sistema jerárquico, deberán aprender a negociar la jerarquía y a elaborar estrategias para crear una imagen que promueva la importancia de su labor como defensoras si desean llegar a ser más eficientes. Si la necesidad de poseer igual autoridad para desempeñar el papel de defensora se percibe como una necesidad importante, la enfermera tiene que demostrar la eficacia de esta función (como por ejemplo, obtener mejores resultados con los pacientes y conseguir la meta de brindar atención a más personas a un costo razonable) e incrementar la satisfacción y la conservación de las enfermeras. Por otra parte, no debe subestimarse el apoyo del público. Una imagen pública de la enfermera como persona competente y apreciada por sus esfuerzos en favor de la defensa de los usuarios, dará por resultado el apoyo del público, que constituye una de las fuerzas más importantes para efectuar cambios en la sociedad. En consecuencia, la enfermería puede valerse del público para ayudar a reestructurar el sistema de servicios de salud. A medida que las enfermeras se ganen el respeto de las personas a las que brindan sus servicios, habrá más probabilidades de que logren el respeto de sus colegas interdisciplinarios, respeto que es imprescindible para modificar la posición que ocupa la enfermería dentro del sistema de servicios de salud, y para garantizar su plena participación al tomar decisiones, ya que para desempeñar en forma cabal las responsabilidades de defensora de los usuarios, la enfermera tiene que participar en las decisiones.

### **Problemas relacionados con el papel de defensor: Reembolso, empleo, y diferencias de valores**

“La enfermera excelente, sin darse siempre cuenta de ello, le hace saber que protege en forma constante el derecho de atender a sus pacientes” (Hodgman, 1979, p. 24). Dicha labor de defensa no se lleva a cabo sin problemas y limitaciones. El hecho de que la mayor parte del cuidado de enfermería que se brinda en la actualidad se proporcione dentro de las fronteras de los hospitales y de los servicios de extensión hospitalaria, crea algunos problemas para la defensora de los usuarios. La enfermera es una empleada de una institución, no el paciente. Muchas relaciones de defensa se caracterizan por el hecho de que el defensor es empleado directamente por el cliente; la condición de empleadas presenta conflictos a las enfermeras cuando surge una cuestión de prioridad o es preciso elegir entre lo que se considera mejor para el usuario y las políticas o expectativas de la institución. Al final de este capítulo se sugiere un proceso para manejar este problema. El profesional tiene la obligación de dar prioridad al usuario, pero asumir dicha obligación puede poner al empleado, la enfermera, en una posición difícil.

Kohnke afirma que existen formas de reducir los riesgos que corre el empleado cuando surge un conflicto entre la enfermera que desempeña el papel de defensora de los usuarios y la institución; sostiene que la enfermera debe poseer conocimientos profundos acerca de la ley, el sistema, y la forma de manejar la interacción con los usuarios (Kohnke, 1982, pp. 147-148). Lo más importante es que el paciente es quien debe tomar las decisiones.

Zusman, médico y jefe de un programa de defensa, afirma que el defensor tiene que hacer frente en ocasiones a conflictos de valores. Para resolver estos conflictos de valores, Zusman cree que el defensor actúa en forma responsable si se adhiere a las siguientes pautas:

1. Demostrar preocupación por la situación global del paciente.
2. Reconocer la diferencia entre necesidades y deseos en una persona que se encuentra bajo tensión.
3. Reconocer el efecto generalizado que un cambio en la situación del paciente puede ejercer sobre otras personas.
4. Equilibrar las necesidades del paciente con las de los demás.
5. Negociar para resolver los conflictos y evitar que se establezcan relaciones antagónicas. (Zusman, 1982, p. 49).

Zusman presenta la idea de que tal vez las enfermeras no siempre deberían actuar como defensoras, en su advertencia: "Piense dos veces sobre el hecho de convertirse en defensora de los pacientes" (Zusman, 1982, p. 46). Estamos de acuerdo con la sugerencia de que la enfermera debe considerar con toda seriedad los riesgos que implica actuar como defensora; no obstante, pensamos que la elección no se refiere realmente a ser o no defensora de los usuarios, sino al hecho de asumir el papel de defensora a través de procesos de colaboración o de actuar como adversaria de todas aquellas personas con las que surge un conflicto. Es evidente que la colaboración constituye la mejor elección.

### **Eficacia del papel para modificar la imagen pública de la enfermera**

Siempre que el usuario percibe que la enfermera no sólo actúa verdaderamente en su nombre para asegurar una atención adecuada de la salud, sino que también respeta su capacidad de asumir responsabilidades sobre su propia salud y de tomar sus propias decisiones, aumentan los sentimientos de valor personal y competencia del usuario y la enfermera se gana el respeto y el aprecio por los servicios profesionales que brinda. El hecho de que la defensora proporcione respaldo informativo indica al usuario que la enfermería es una actividad calificada. En consecuencia, el hecho de desempeñar el papel de defensora de los usuarios brinda a la enfermera una excelente oportunidad de influir en la imagen de la enfermería que tiene la sociedad. Ofrece a la enfermera la posibilidad de proyectar la imagen de una profesional que "hace posible obtener buenos resultados... y que presta una atención desinteresada a los problemas de los usuarios" (Camilleri, 1981, p. 407). Esa imagen es conveniente y sumamente apreciada por el público. Camilleri añade que la aceptación por parte de la sociedad conduce a la legitimización del papel profesional,

lo cual permite a la enfermera practicar la profesión de una manera propia de la enfermería y le concede poder para tomar decisiones. Si las enfermeras no emplean este poder legítimo para “controlar” a los usuarios, sino para compartir el poder y la responsabilidad con ellos, obtendrán una mayor autonomía y un mayor control de su práctica profesional (Camilleri, 1981, pp. 407-408).

Conforme las enfermeras obtengan un mayor control de su práctica profesional e integren una percepción más autónoma de sí mismas, ofrecerán al público una imagen de trabajadoras profesionales competentes. Una evaluación positiva semejante prepara el terreno para que la enfermería cuente con importantes oportunidades, ya que conforme crezca la imagen de competencia y colaboración, comenzará a respetarse a las enfermeras por su capacidad y, con suerte, ese respeto propiciará la participación de las enfermeras en las entidades encargadas de planificar y elaborar políticas que ofrecen la oportunidad de ejercer una influencia positiva en la salud de la sociedad.

Cuando se crea que los servicios de enfermería constituyen una diferencia positiva, lo que deberá suceder si las enfermeras *actúan* como defensoras, aumentará la demanda de servicios de enfermería, y este incremento en la demanda de servicios confirmará el valor de los practicantes y respaldará la meta de la enfermería de alcanzar la excelencia en la atención de la salud.

## BIBLIOGRAFIA

- Aiken LH: The impact of federal health policy on nurses. *En* Aiken K (ed): Nursing in the 1980s – Crisis-Opportunities-Challenges. Filadelfia, JB Lippincott, 1982.
- American Academy of Nursing Task Force on Nursing Practice in Hospitals: Magnet Hospitals – Attraction and Retention of Professional Nurses. Kansas City, American Nurses’ Association, 1983.
- Aroskar M: Ethics are important in allocating health resources. *Am Nurse* 16:5, 1984.
- Bandman EL, Bandman B: The nurse’s role in protecting the patient’s right to live or die. *Adv Nurs Sci* 3:21-36, 1979.
- Camilleri DD: Governance and the health care system. *En* McCloskey JM, Grace HK (eds): Current Issues in Nursing. Boston, Blackwell Scientific, 1981.
- Chenevert M: STAT – Special Techniques in Assertiveness Training, 2 ed. St Louis, CV Mosby, 1983.
- Clark CC: Nursing Concepts and Processes. Nueva York, Delmar, 1977.
- Curtin L: What are human rights. *En* Curtin L, Flaherty J (eds): Nursing Ethics: Theories and Pragmatics. Bowie, Md, Robert J Brady, 1982.
- Curtin L: The commitment of rights: Responsibility. *En* Curtin L, Flaherty J (eds): Nursing Ethics: Theories and Pragmatics. Bowie, Md, Robert J. Brady, 1982.
- Curtin LL: The nurse as advocate: A philosophical foundation for nursing. *Adv Nurs Sci* 3:1-10, 1979,
- Davis AJ: Ethical issues in nursing. *En* Lancaster J, Lancaster W (eds): Concepts for Advanced Nursing Practice – The Nurse as a Change Agent. St Louis, CV Mosby, 1982.
- Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española, 19a. ed., 1970.

- Elliot JE, Osgood GA: Federal nursing priorities for the 1980s. *En* Aiken L (ed): *Nursing in the 1980s – Crisis-Opportunities-Challenges*. Filadelfia, JB Lippincott, 1982.
- Evans D, Fitzpatrick T, Howard-Ruben J: A district takes action. *Am J Nurs* 83:52-54, 1983.
- Fawcett J: *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*. Filadelfia, FA Davis, 1984.
- Fleming JW: Consumerism and the Nursing Profession. *En* Chaska NL (ed): *A Time To Speak*. Nueva York, McGraw-Hill, 1983.
- Flaherty MJ: The nurse-institution relationship. *En* Curtin L, Flaherty MJ (eds): *Nursing Ethics: Theories and Pragmatics*. Bowie, Md, Robert J Brady, 1982.
- Hames CC, Joseph DH: *Basic Concepts of Helping – A Wholistic Approach*. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1980.
- Hamilton MS: Mentorhood: A key to nursing leadership. *En* Hein EC, Nicholson MJ (eds): *Contemporary Leadership Behavior: Selected Readings*, Boston, Little, Brown, 1982.
- Hodgman EC: Excellence in nursing. *Image* 11:22-27, 1979.
- Jacox A: Role restructuring in hospital nursing. *En* Aiken L (ed): *Nursing in the 1980s – Crisis-Opportunities-Challenges*. Filadelfia, JB Lippincott, 1982.
- King EC: *Affective Education in Nursing*. Rockville, Aspen Systems, 1984.
- Kohnke MF: The nurse as advocate. *En* Hein EC, Nicholson MJ (eds): *Contemporary Leadership Behavior: Selected Readings*. Boston, Little, Brown, 1982.
- Mauksch IG, Miller MH: *Implementing Change in Nursing*. St Louis, CV Mosby, 1981.
- Miles MS, Crandall EK: The search for meaning and its potential for affecting growth in bereaved parents. *Health Values: Achieving High Level Wellness* 7:19-23, 1983.
- Moccia P, Pfordresher K: If nurses had their way. *Ms* 11:104-106, 146, mayo de 1983.
- Mooney MM: The ethical component of nursing theory. *Image* 12:7-9, 1980.
- Omery A: Moral development: A differential evaluation of dominant models. *Adv Nurs Sci* 6:1-17, 1983.
- Pilette PC: Mentoring: An encounter of the leadership kind. *En* Hein EC, Nicholson MJ (eds): *Contemporary Leadership Behavior: Selected Readings*. Boston, Little, Brown, 1982.
- Simms LM, Lindberg JB: *The Nurse Person*. Nueva York, Harper & Row, 1978.
- Smitherman C: *Nursing Actions for Health Promotion*. Filadelfia, FA Davis, 1981.
- Styles MM: *On Nursing – Toward a New Endowment*. St Louis, CV Mosby, 1982.
- Tappen RM: *Nursing Leadership: Concepts and Practice*. Filadelfia, FA Davis, 1983.
- Walker DD: The cost of nursing care in hospitals. *En* Aiken K (ed): *Nursing in the 1980s – Crisis-Opportunities-Challenges*. Filadelfia, JB Lippincott, 1982.
- Zusman J: Think twice about being a patient advocate. *Nurs Life* 2: 46-50, 1982.

## Capítulo 17

# *El promotor del papel de la profesión*

### **PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR**

1. ¿Qué factores han afectado la imagen actual de la enfermería? ¿Cómo pueden ayudar las enfermeras a mejorar todavía más la imagen de la profesión?
2. ¿Cuál es la diferencia entre emplear la influencia para cambiar los patrones de salud de los usuarios y emplear el poder para modificar el sistema de servicios de salud?
3. ¿Cuáles son los pros y los contras de la movilidad educativa? ¿Qué debe hacerse para simplificar los numerosos niveles actuales de preparación académica de las enfermeras tituladas?
4. ¿Es conveniente que las enfermeras sean remuneradas por terceros? ¿Qué estrategias deben utilizarse para obtener la aprobación legislativa?
5. ¿Qué factores positivos afectan la investigación y el desarrollo de la ciencia de la enfermería? ¿Cuáles son las implicaciones de estos factores en cuanto a esfuerzos futuros de la profesión?

El sistema de servicios de salud se encuentra en un período de transición, representado por el cambio de la orientación del sistema de la enfermedad a la salud. A causa del consenso cada vez mayor dentro de la enfermería de que se trata de una ciencia única en su objetivo de elevar al máximo el potencial de salud, la profesión de enfermería debe asumir la responsabilidad de realizar contribuciones importantes dentro del sistema de servicios en constante evolución.

Sin embargo, actualmente, el poder de la profesión de enfermería para influir en los acontecimientos externos está limitado por la falta de unidad y la preocupación por los conflictos internos. En este capítulo se analizan tres aspectos principales: influencia de la enfermería en el campo de la práctica, recursos humanos de la enfermería, y desarrollo de la ciencia de enfermería. Se considera que los conceptos de poder, autonomía, colaboración, y responsabilidad son decisivos para el desarrollo de la influencia profesional unificada.

### **INFLUENCIA DE LA ENFERMERIA PROFESIONAL EN EL CAMPO DE LA PRACTICA**

#### **Imagen de la enfermería**

Existen muchas pruebas de que la enfermería carece de una autoimagen profesional, lo que contribuye a la falta de una imagen colectiva de la profesión. “Las

enfermeras han internalizado los comportamientos tradicionales dictados por el papel prescrito, y el desempeño y refuerzo constante de estas conductas impide la formación real de actitudes más progresistas” (Weiss y Remen, 1983, p. 86).

#### La enfermería y los estereotipos sexuales

El desarrollo de la enfermería como profesión, que se remonta a mediados del siglo XIX, se encuentra estrechamente relacionado con el concepto victoriano del papel de la mujer. De hecho, en su definición del papel de la enfermería, Florence Nightingale subrayó la dependencia y subordinación de las enfermeras (mujeres) respecto a los médicos (varones).

Las enfermeras, en su mayor parte mujeres, están muy influidas por las definiciones sociales de qué es una mujer y qué debería ser. En nuestra sociedad, las niñas han sido socializadas en la preparación para desempeñar las funciones de esposa y madre, mientras que los niños se preparan para asumir la función de participantes activos en el mundo del trabajo y de la actividad pública. “Las mujeres deben satisfacer las necesidades de otros mediante la crianza, la simpatía, y la no competencia, en tanto que los varones son agresivos, competitivos, responsables de tomar decisiones e iniciar ideas, tomar riesgos y dirigir a los demás (Yeaworth, 1978, p. 72). Las mujeres han tendido a aceptar estos valores como si fueran innatos y no impuestos.

“No obstante, la habilidad de brindar cuidados con éxito no es coexistente con la dependencia” (Eisenstein, 1982, p. 101). Este paquete de cualidades femeninas, (brindar cuidados, dependencia, pasividad, y subordinación), resulta sumamente perjudicial para el autoconcepto de las mujeres. La enfermera competente debe poseer la capacidad de cuidar y atender a los pacientes, por supuesto, pero también necesita la capacidad de tomar decisiones, administrar, organizar, y dirigir a otras personas.

El resultado de esta estereotipación del género es la internalización que hacen muchas mujeres de que deben elegir entre seguir su tendencia natural a criar una familia, o competir como los varones en el mundo del trabajo; en consecuencia, muchas enfermeras consideran la labor de enfermería como una “preparación para el matrimonio”, y no como una carrera, y se identifican muy poco con la profesión. En un estudio efectuado sobre los patrones de carrera de las enfermeras, la National League for Nursing (NLN) encontró que el 16% de las personas que respondieron se dedicaban a trabajos no relacionados con la enfermería 15 años después de terminar los estudios, y el 43% no trabajaban. (En el lado positivo, el 67% indicó que si volvieran a iniciar su educación, volverían a elegir la carrera de enfermería) (Knopf, 1983, pp. 75-76).

La mayoría de enfermeras “abandonan la carrera” para dedicarse a su familia, o trabajan para complementar el ingreso familiar. Johnson y Vaughn (1982, p. 499) descubrieron que la proporción de enfermeras que no trabajan activamente en la enfermería permaneció más o menos constante con un promedio anual del 30% entre 1972 y 1977, y disminuyó a un 25% en el período de tres años comprendido entre 1977 y 1980. Cuando las enfermeras entran y salen del mercado de trabajo, se hace hincapié en la seguridad del empleo y en la subordinación para

evitar “moverles el tapete”. La falta de identificación profesional parece evitar que las enfermeras establezcan “una alianza de enfermería que sirva de apoyo entre sí” (Weiss y Remen, 1983, p. 83). Esta falta de unión es rápidamente explotada por las instituciones que emplean enfermeras. A pesar de la alta proporción de pacientes por cada enfermera, de la rotación de turnos, de las designaciones para “cubrir” otras unidades, y de los constantes cambios en las asignaciones de pacientes, algunas enfermeras, aisladas del poder colectivo para modificar la situación, se encargan de mantener el “statu quo”.

Uno de los principales obstáculos para desarrollar una imagen profesional y autonomía ha sido la voluntad de aceptar un lugar secundario, tener menos poder, y estar bajo la autoridad de los varones. La suposición de que la enfermera, como trabajo femenino, constituye una labor de segunda clase, representa una barrera importante para reclutar, conservar el personal y mejorar la imagen de la profesión.

#### Falta de identidad profesional

Muchas enfermeras tienen grandes dificultades para definir el campo profesional de la enfermería. Esta incertidumbre sobre las contribuciones de la enfermería como profesión, refuerza la imagen de la enfermera como “ayudante” o adjunta del médico. En un estudio realizado por Weiss y Remen (1983, p. 84) se encontró que “entre las enfermeras existe una tendencia general a reducir su pericia profesional a una inclinación personal”. Las enfermeras “se comportan como si no fuera aceptable para ellas tener una opinión profesional y, aunque manifiestan verbalmente su deseo de obtener mayor reconocimiento, más poder y extender sus derechos profesionales, se muestran visiblemente incómodas con la responsabilidad” (Weiss y Remen, 1983, p. 85). “A través de los gestos y de las palabras, las enfermeras comunicaron su subordinación a las ideas y deseos de los médicos” (Weiss y Remen, 1983, p. 85).

Roberts (1983) analizó la enfermería desde el punto de vista del comportamiento de los grupos oprimidos. Dentro de esta perspectiva, los valores y normas del grupo dominante (en este caso la medicina) dan por resultado poder y control; la incapacidad de rebelarse en contra del grupo que ejerce el poder conduce a “un síndrome de agresión sumisa” entre quienes tienen menos autoridad, lo cual da por resultado una “violencia horizontal” manifestada por conflictos internos y temor al cambio. El liderazgo en el grupo menos poderoso se caracteriza por “odio a su propia especie”, deseo de ser como el opresor, y comportamiento rígido, determinante, y coercitivo. Roberts sugiere que las enfermeras deben descubrir y valorar “la cultura perdida de la enfermería” y transmitir sus atributos a través del liderazgo desde las bases.

La enfermería ha mostrado “incapacidad colectiva para diferenciarse adecuadamente de la medicina y crear una identidad profesional independiente” (Rogers, 1981, p. 479). Las enfermeras tienden a “identificar los actos de mayor responsabilidad con el campo de acción de los médicos, y a devaluar sus propias capacidades profesionales” (Weiss y Remen, 1983, p. 86). Con frecuencia las enfermeras son incapaces de identificar la contribución única que realiza la enfermería a la salud del cliente, “el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas



de salud reales o potenciales” (American Nurses’ Association Social Policy Statement, 1980, p. 9).

“Una de las características más distintivas de la enfermería es que incluye prácticas de naturaleza formativa, generativa, o protectora, creadas para satisfacer las necesidades de salud de los individuos como personas integradas y no como sistemas biológicos. Los comportamientos correspondientes a la formación y a los cuidados proporcionan comodidad y terapia en presencia de enfermedad o malestar y fomentan el desarrollo personal. Los comportamientos generativos están orientados a desarrollar nuevas conductas y a modificar ambientes o sistemas para promover las respuestas de adaptación de los individuos a las crisis o problemas de cuidados de salud. Los comportamientos protectores incluyen vigilancia, evaluación, e intervención destinadas a respaldar la capacidad de adaptación y las funciones de las personas relacionadas con el desarrollo. Estas conductas dan respuesta a quienes presentan condiciones diagnosticadas y tratadas por enfermeras que aplican la teoría con objeto de explicar y guiar las acciones de enfermería en el ámbito de la práctica” (American Nurses’ Association Social Policy Statement, 1980, p. 18).

“Para estar a favor de la enfermería no necesitamos estar en contra de los médicos ni de los administradores” (Rogers, 1981, p. 481). Las enfermeras deben llegar a un acuerdo consigo mismas como profesionales que poseen un conjunto de conocimientos y habilidades diferentes y complementarias de los de la profesión médica. Hasta que la enfermería no aprecie y fomente el valor de su práctica, la profesión seguirá estando dominada y manipulada por otros; por ejemplo, la importancia que se concede en la actualidad a detener la elevación de los costos en el sistema de servicios de salud podría tener un efecto muy perjudicial en la práctica de la enfermería, sobre todo en los medios institucionales.

### **Aspectos financieros**

Estados Unidos gastó 321 mil millones de dólares en cuidados de salud, en 1982. El Medicare, sistema responsable de pagar servicios personales de salud más grande del país, gastó en 1982, 51 mil millones de dólares y, desde entonces, ha experimentado un incremento anual medio del 19% (Davis, 1983, p. 67). Los gastos de atención de salud se han duplicado cada cinco años, incremento basado sobre todo en el aumento de los costos hospitalarios; “el porcentaje del producto nacional bruto invertido en la salud ha aumentado del 6,2%, en 1975, al 9,5, en 1980, y se espera que para 1990 aumente al 11,5%” (Kalisch y Kalisch, 1982, p. 94).

Algunos factores que han influido en el constante incremento de los gastos en atención de la salud son:

1. Expectativas de salud superiores entre un gran número de consumidores.
2. Mayor demanda de un número cada vez más importante de técnicas y procedimientos médicos.
3. Mayor disposición por parte de un número creciente de personas que prestan servicios de salud de dar a cada paciente lo mejor.

4. Mayor expansión de camas, instalaciones, y servicios por parte de hospitales que buscan el prestigio de la organización.
5. Tendencia de quienes pagan por terceros a reembolsar los servicios de salud sin reservas". (Kalisch y Kalisch, 1982, p. 95).

La elevación de los costos de atención de salud se debe en gran parte a la estructura actual de su financiamiento. Médicos y hospitales tienen un monopolio sobre los costos de atención, respaldado por los programas de reembolso a terceros aplicados a través del Medicare, el Medicaid, y los pagos de las aseguradoras privadas. A medida que la especialización médica y los descubrimientos tecnológicos han incrementado los costos de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, éstos han pasado a los consumidores. Como los costos correspondientes a salarios del personal de enfermería se incluyen en la cuenta global del hospital, el consumidor no sabe que han disminuido como un porcentaje de los gastos hospitalarios desde 1968 (Fagin, 1982, p. 60). En 1983, los salarios de las enfermeras tituladas constituían sólo el 11% de los costos de los hospitales (Am Nurse, 1983). "La forma en que se brindan los servicios de enfermería impiden que usuarios y colegas identifiquen la presencia de enfermeras constantes, responsables y competentes" (Fagin, 1982, p. 57).

Algunos estudios han demostrado que las enfermeras pueden brindar una atención tan buena y a veces mejor que la que suministran los médicos, tienden a producir una respuesta positiva en sus pacientes, y suelen ser eficientes en cuanto a los costos; por ejemplo, algunos estudios han demostrado que "las enfermeras parteras han logrado importantes reducciones en los partos prematuros y en la mortalidad neonatal, disminuciones en el porcentaje de recién nacidos con insuficiencia ponderal, y un incremento en el porcentaje de bebés que nacen sin presentar síntomas" (Fagin, 1982, p. 57). En otro ejemplo, la frecuencia y extensión de la hospitalización de pacientes ancianos con enfermedades crónicas se redujo notablemente cuando las enfermeras especializadas prestaban sus servicios (Fagin, 1982, p. 57). Estos datos respaldan la necesidad de abrir el sistema e incrementar la competencia profesional al prestar servicios de salud. "No sólo son inferiores los costos directos en comparación con los gastos médicos, sino que también se reducen en gran medida los costos de servicios de apoyo cuando las enfermeras se encargan de brindar atención primaria" (Fagin, 1982, p. 59). Por otra parte, la enfermería puede tener un mayor impacto en el diseño de programas de promoción de salud y prevención de enfermedades que, en última instancia, pueden reducir la dependencia de intervenciones tecnológicas costosas.

Los factores sociales actuales que reducen la probabilidad de que se produzcan importantes cambios en los sistemas de reembolso incluyen el rápido incremento en la oferta de médicos (Tailor, 1982), y la disminución concomitante en el crecimiento del total de nuevos dólares que están pasando a formar parte del sistema de atención de salud durante la década de 1980. Estos factores predicen que habrá una presión cada vez mayor sobre el promedio de las ganancias de los médicos y, en estas circunstancias, es probable que se resistan enérgicamente a cualquier esfuerzo realizado por la enfermería para brindar una atención competitiva, en especial a "clientes que pagan". Al mismo tiempo, el gobierno de Estados Unidos,

que ya está luchando por poner cierto orden en el sistema actual de reembolso, no parece estar muy dispuesto a incrementar la responsabilidad pública creando leyes para reembolsar honorarios por servicios prestados por las especialistas de enfermería.

De hecho, los esfuerzos encaminados a detener el alza de los costos en los sistemas actuales de reembolso pueden constituir una amenaza al respaldo actual de la calidad de los cuidados de enfermería. El cambio en el reembolso médico y hospitalario del Medicare de una cuota diaria a una cuota por costo de alta de un paciente se conoce como grupos de diagnósticos relacionados (GDR). En este sistema, iniciado en octubre de 1983, la población de pacientes está dividida en grandes categorías de diagnóstico (GCD) y luego se subdivide en subgrupos de diagnósticos relacionados (GDR). Las fórmulas permiten ajustes de acuerdo con la edad de los pacientes y la presencia o ausencia de complicaciones. Los ingresos hospitalarios y médicos se basan en cuotas presuntamente establecidas que se determinan de acuerdo con el costo medio por GDR, y luego se multiplican por el número de pacientes dados de alta.

Es importante observar que los servicios de enfermería no se reembolsan en forma directa; en consecuencia, es probable que la combinación de personal de enfermería necesario para proporcionar servicio a los pacientes esté determinado en gran parte por criterios de eficiencia-costos y no por normas de "atención de enfermería de buena calidad". Se solicita a los directores de enfermería que suministren una base de datos para justificar los costos de los servicios, incluyendo el tiempo necesario para obtener resultados específicos con los pacientes. En este ambiente, resultará difícil respaldar el empleo de enfermeras mejor preparadas (y, con suerte, mejor pagadas) para la atención hospitalaria de pacientes a menos que pueda documentarse que sus cuidados dan por resultado períodos más cortos de hospitalización, menos complicaciones, o un costo menor de personal auxiliar. El hospital no obtiene ventajas por reducir el número de admisiones o aumentar la satisfacción de los pacientes con la atención que se les brinda.

Por otra parte, por lo menos en un estado (Maryland) es obligatorio que terceras personas efectúen reembolsos a las enfermeras parteras y a las especialistas que actúan sin la supervisión directa de un médico (Griffith, 1982). Una estrategia que puede ayudar a fomentar el movimiento de otros estados hacia el reembolso directo por terceros de los servicios brindados por enfermeras, consiste en subrayar los ahorros que éstas pueden proporcionar a los consumidores. Como sostiene Maraldo (1982), "¿no ganarían las enfermeras y los consumidores si las enfermeras pudieran prestar servicios de calidad a un precio razonable?" Con un porcentaje de los honorarios que reciben los médicos se demostraría claramente los bajos costos de la atención de la salud, basados en el hecho de que los honorarios médicos están inflados y no en que las enfermeras brindan un servicio menos valioso que éstos. Las enfermeras también están tratando de lograr que les sean reembolsados los servicios ya cubiertos por los seguros, en vez de intentar obtener el reembolso de servicios únicos (Griffith, 1982). Esta estrategia incrementa la competencia directa con los médicos, pero ofrece la ventaja de la prioridad, ya que "las enfermeras han tenido éxito en recibir pagos de terceros por servicios prestados en casos donde han ofrecido el mismo servicio por menos costo en 'sustitución de otros prestadores

de servicios'” (Maraldo, 1982, p. 3). El reembolso directo por terceros de los servicios de enfermería, elemento indispensable de la práctica autónoma, será difícil de obtener; sin embargo, existen pruebas de que se han logrado avances reales en otros frentes del movimiento encaminado a fomentar la práctica de la enfermería verdaderamente profesional, autónoma, y basada en la colaboración, dentro de los diferentes entornos de atención de la salud.

## **Desarrollo de la influencia profesional**

Se llama eficacia política al sentimiento que tiene una persona de influir en los acontecimientos a través de su esfuerzo personal (Larsen, 1982). Este método demuestra que si los individuos creen que pueden constituir una diferencia e influir en los acontecimientos de su vida, tienen grandes probabilidades de participar activamente para tratar de conseguir lo que desean. Así pues, la eficacia política se relaciona con la percepción del poder.

### Poder

El poder “representa la capacidad real de controlar el comportamiento de otras personas” (Moloney, 1979, p. 69). El poder se define como “el potencial que tiene una persona para guiar, dirigir, controlar o alterar el comportamiento de otras” (Yura y col., 1981, p. 48). Puede pensarse en él como “la fuerza o el dominio, y su característica más notable es la eficacia” (Kalisch y Kalisch, 1982, p. 2).

Los dos elementos esenciales del poder son el motivo y los recursos (Burns, 1978, p. 12). Se supone que el individuo con poder posee algo valioso que puede manipularse si una persona lo incrementa o lo disminuye respecto a otra. El poder puede medirse por el grado de producción de los efectos deseados; por ejemplo, la amenaza de desaprobación suele ser una fuente eficaz de poder; si un niño se comporta bien porque teme que su padre deje de quererlo, el padre tiene poder.

Existen diversas teorías para determinar quien tiene el poder en un contexto determinado:

1. La *teoría de los recursos* indica que la balanza del poder se inclina del lado de la persona con mayores recursos. Por ejemplo, si la enfermera posee los conocimientos y experiencia necesarios para resolver el problema del usuario, la enfermera tiene el poder.
2. La *teoría del intercambio* considera el poder en relación con un intercambio de recompensas y costos. Por ejemplo, una enfermera puede tener poder en relación con un médico, ayudándolo con procedimientos, siguiendo sus órdenes médicas, etc. En respuesta, el médico puede tener poder en relación con la enfermera recompensándola con elogios frente a los colegas, el paciente, o la administración.
3. La *teoría de decidir* explica el poder en función de quien toma la decisión final. Muchos estudiantes atribuyen poder a los profesores a causa de su autoridad para dar calificaciones.
4. La *teoría de sistemas* asume que todos los elementos del sistema son interde-

pendientes, y que las relaciones de poder implican algo más que la simple causa y efecto. Por ejemplo, una enfermera puede causar dolor al aplicar una inyección; cuando trata de poner una nueva inyección al mismo paciente, su potencial de poder basado en la posesión de recursos puede verse disminuido por la capacidad del paciente de decir no. Según esta teoría, no es posible considerar un solo intercambio y determinar quién ejerce el poder (Kalisch y Kalisch, 1982, pp. 16-18).

Se afirma que existen cuatro fuentes de poder: autoridad legítima, control de recompensas y castigos, identificación, y comunicación persuasiva (Yura y col., 1981, p. 59). Por otra parte, French y Raven (1959, pp. 155-156) describen cinco bases de poder:

1. Poder de *recompensa*, basado en la percepción de una persona de que el agente social tiene la capacidad de obtener recompensas para ella. La recompensa, que puede ser un elogio, reconocimiento, posición, o dinero, constituye una sanción positiva. La directora del servicio de enfermería, quien puede ofrecer un aumento de salario basándose en los méritos al desempeñar la función, utiliza el poder de recompensa como incentivo.
2. Poder *coercitivo* fundamentado en la percepción de un individuo de que el agente social tiene la capacidad de imponerle castigos. El castigo, que puede ser una amenaza o la retención de una recompensa, constituye una sanción negativa, generalmente empleada para castigar el incumplimiento. El médico que amenaza con presentar un informe sobre una enfermera por "insubordinación" trata de emplear el poder coercitivo, que puede resultar eficaz si la enfermera percibe que la queja tendrá consecuencias negativas para ella. Un alto grado de amenaza es menos productivo que las amenazas suaves o moderadas (Bass, 1981, p. 186).
3. Poder *legítimo* apoyado en la percepción de una persona de que el agente social tiene legítimo derecho a dictarle un comportamiento. Este poder es igual a la autoridad de la que está investida una función, posición, o cargo, y está basado en normas y expectativas aceptadas y reconocidas por los miembros de la organización. El supervisor que pide a una enfermera trabajar doble turno en una emergencia emplea el poder legítimo.
4. Poder *referente* basado en la identificación personal con el agente social. Con frecuencia este tipo de poder se funda en las características personales que el individuo desea emular. Las enfermeras tituladas pueden tener poder referente en relación con las estudiantes de enfermería que quieren ser "igual que ellas".
5. Poder *experto* fundamentado en la percepción de una persona de que el agente social posee algún conocimiento o experiencia especial. Los grupos tienden a someterse a los expertos reales y percibidos. Por lo general, el paciente considera a la enfermera como una experta y, por lo tanto, obedece sus instrucciones.

A la lista anterior se han agregado muchas otras fuentes de poder. El poder de *información* implica la capacidad del agente de dar buenas razones para que el

receptor se comporte como se le indicó. "Si el receptor considera válida la información y si ésta es congruente con su sistema de valores, entonces cumplirá lo que se le pida" (Stevens, 1983, p. 11). Este tipo de poder es muy semejante al poder experto. El poder de *asociación* se deriva de una estrecha alianza con un individuo o grupo poderoso. Por ejemplo, ser miembro de la American Nurses Association (ANA) brinda poder a la enfermera individual por el poder colectivo de la organización. El poder *jerárquico* se basa en una relación superior-subordinado dentro de una organización, éste suele apoyarse en el poder legítimo con el poder de recompensa, o el poder coercitivo concomitante.

Se ha criticado mucho la clasificación de French y Raven porque las distintas bases del poder no se definieron en forma semejante desde un punto de vista conceptual. "De esta manera, los poderes de recompensa y coercitivo se definen en función de los recursos disponibles del individuo que ejerce la influencia. Los poderes referente y legítimo se describen de acuerdo con las características y motivos de la persona objetivo. Por último, el poder experto depende de las características de quien influye y de los recursos que posee" (Bass, 1981, p. 191).

Otro tipo de clasificación de las fuentes de poder es la diferenciación entre los poderes personal, interpersonal y de organización. El poder puede derivarse en forma de afecto, simpatía, reconocimiento, consideración, o relaciones seguras. En el poder personal, la fuerza constituye un elemento clave. Claus y Bailey (1977, pp. 43-47) lo describen como una especie de dominio que se ejerce a través de la fuerza y la flexibilidad, la energía, la confianza en sí mismo y la acción. El poder interpersonal se obtiene del apoyo moral, de la resolución conjunta de los problemas y el espíritu de equipo, y del sentimiento de orgullo que suele asociarse con un grupo. El poder de organización se relaciona con los controles y la autoridad que existen dentro de una estructura formal, donde las necesidades del individuo se equiparan con las de la organización.

"Las bases de poder coercitivo, legítimo y de recompensa están controladas por la organización, mientras que el poder referente (capacidad de atracción) y el poder experto están controlados por el líder individual" (Moloney, 1979, p. 71). Se ha descubierto que "los subordinados se sienten más satisfechos cuando sus superiores ejercen poderes experto y referente (debidos a su persona) que cuando emplean los poderes de recompensa, legítimo o coercitivo (generalmente derivados del puesto que ocupan)" (Bass, 1981, p. 178). Por otra parte, "los grupos se sienten más satisfechos y son más productivos cuando los cargos de gran poder son ocupados por individuos que poseen un gran dominio personal" (Bass, 1981, p. 178).

Para ejercer liderazgo profesional, las enfermeras deben asumir el poder. El poder experto tiene que emplearse para modificar el ambiente de la organización en la que trabajan las enfermeras y deben utilizarse los conocimientos de enfermería para promover los cambios deseados. Por ejemplo, el conocimiento de la teoría del ritmo y la investigación sobre los efectos que producen los cambios de turno constituyen un buen argumento para corregir los patrones de rotación de personal con el fin de evitar el cambio de turnos. El poder asociativo podría utilizarse para modificar salarios y prestaciones, influir en la determinación de políticas, y asumir la autoridad de la participación en la administración de los cuidados que se brindan a los usuarios. El poder legítimo debe emplearse para rectificar la calidad de los

sistemas de apoyo disponibles para la enfermera en el cuidado de pacientes. Por ejemplo, la enfermera jefe tiene legítimo derecho a esperar ayuda administrativa y técnica suficiente para que las energías de las enfermeras que forman parte del personal no se desperdicien en actividades no relacionadas con la enfermería. Las enfermeras pueden aplicar el poder referente para movilizar los recursos de la comunidad en apoyo de los cambios deseados.

En su calidad de individuos, las enfermeras deben conservar su competencia mediante el desarrollo profesional constante. La educación continua, tanto si tiene por objeto obtener un certificado o no, es necesaria para mantenerse al día con los rápidos cambios en el conocimiento y su aplicación a la atención de pacientes. Asimismo, la enfermera profesional debe ser una activista en el ambiente laboral y en la comunidad a la que pertenece, poniendo el ejemplo de agente de cambio y defensora de la salud de los usuarios.

Sin embargo, las enfermeras tienen mayor poder potencial cuando se unen, utilizando el poder numérico y el poder asociativo con los consumidores para obtener el apoyo a las políticas ambicionadas. La enfermería, en su calidad de grupo mayoritario en la prestación de servicios de salud, tiene el poder de modificar el sistema, promover el financiamiento para fomentar la salud y la prevención de enfermedades, e incrementar el prestigio de la profesión. "La unidad de objetivos y la congruencia de motivación incrementan la influencia causal hasta las bases" (Burns, 1978, p. 439). El poder colectivo de las enfermeras que ejercen poder experto con los usuarios y poder interpersonal con propósitos unificados en el sistema, podrían constituir una importante fuerza que impulsara el cambio en la prestación de servicios de salud. Es lamentable que hasta la fecha la enfermería haya decidido no utilizar este poder.

### Colaboración

La atención de la salud es una "mezcla de cuidados planificados proporcionados por profesiones interdependientes cuyos miembros colaboran con individuos y grupos a quienes prestan sus servicios" (ANA Social Policy Statement, 1980, p. 13). "Colaboración significa participación auténtica en la que el poder de ambas partes es valorado por las dos, y en la que se aceptan y reconocen las esferas independientes y combinadas de actividad y responsabilidad, la protección mutua de los intereses legítimos de cada una de las partes, y un conjunto de metas aceptado por ambas partes" (American Nurses' Association Social Policy Statement, 1980, p. 7).

Las enfermeras han tenido dificultades para colaborar incluso con sus colegas dentro de la profesión de enfermería. Durante muchos años, educadores y administradores de los servicios de enfermería no han podido resolver sus diferencias de opinión acerca de la mejor forma de preparar a los estudiantes para que brinden una atención eficiente. Kramer afirma, "las enfermeras que se dedican a la educación han perdido la percepción de la práctica profesional realista y su poder para influir en la práctica de enfermería en el medio laboral..." El servicio de enfermería tiene una "visión poco realista de lo que es posible y no es capaz de diferenciar entre lo ideal y lo que puede hacerse" (Kramer, 1981, pp. 646, 651). ¿Los recién

graduados deben ser capaces de “arreglárselas” desde un principio o es apropiado pensar en un período de orientación de 3 a 12 meses? Después del período de orientación, ¿resuelven los recién graduados su problema de falta de confianza y habilidades técnicas limitadas y obtienen mayor destreza analítica y de liderazgo? Las respuestas a estas preguntas suelen variar porque se dispone de muy poca información obtenida de la investigación.

La práctica de la enfermería en colaboración con otros profesionales de la salud requiere que las enfermeras tengan confianza en su competencia clínica y asuman la responsabilidad de las decisiones. Las enfermeras deben mostrarse positivas en su interpretación de los papeles apropiados para la enfermería, para lo cual deben conocer los hechos, tener confianza en sí mismas, y ser capaces de mantener el propio ego fuera de la discusión. En forma ideal, las relaciones interdependientes de colaboración entre las enfermeras y otros profesionales deberían caracterizarse por “una distribución más equitativa de la recopilación de datos sobre el usuario, tomar conjuntamente las decisiones, dividir el trabajo convenido por mutuo acuerdo, y lograr las metas unificadas” (Mauksch, 1981, p. 35). No obstante, la práctica basada en la colaboración también supone que los miembros tienen autonomía en la práctica de su profesión.

#### Autonomía

La autonomía es un concepto relacionado con independencia, identidad, y autoridad que tienen los miembros de la profesión. Mundinger (1980, p. 7) identificó cuatro razones por las cuales la enfermera ha tardado tanto en identificar y poner en práctica terapias autónomas: (1) “La estrecha alianza que existe entre la enfermería y la medicina, (2) su condición de empleadas y su acceso secundario a los usuarios, (3) educación a nivel técnico, y (4) falta de resultados definitivos y permanentes en la salud”. Crítica para todos estos factores es la necesidad de articular y demostrar las valiosas y únicas contribuciones que pueden hacer las enfermeras para mejorar la salud. Por desgracia, los elementos técnicos de la atención son los más visibles y predecibles en cuanto a los resultados. Es importante que la enfermería identifique formas de medir los resultados basados en evaluaciones e intervenciones completas que promuevan una salud óptima en los usuarios, y que demuestren la eficacia de la atención de enfermería.

Autonomía significa “guiarse por uno mismo y ser directamente responsable ante los usuarios” (Mundinger, 1980, p. 152). En el actual sistema de atención de salud, la mayoría de las enfermeras trabajan para los hospitales y no para los pacientes. Muchos individuos conceden gran valor a lo que eligen y contratan, por ello, las enfermeras deben ayudar a que los pacientes identifiquen y valoren los servicios de enfermería como contribuciones específicas y valiosas para su salud. Se espera que los usuarios exijan entonces servicios que sólo puedan proporcionarles los practicantes autónomos de la enfermería.

La profesión necesita lograr un consenso acerca de las áreas en donde sólo la enfermería puede brindar los conocimientos especializados que las personas necesitan. La enfermería puede luchar por establecer un monopolio sobre dichas áreas. DeSantis (1982) propone que la atención de clientes con enfermedades crónicas,



en programas de tratamiento por abuso de drogas y alcoholismo, y los que tienen necesidad de atención preventiva, representan áreas en las que puede comenzarse a tratar de obtener un control exclusivo. Sugiere también que la enfermería debe ofrecerse a crear formas menos costosas de servicios de atención de salud que las que existen actualmente, y desarrollar mediciones de los resultados para demostrar la eficacia de los costos. Otro grupo de población que tiene una gran necesidad de promover la salud para reducir las enfermedades y sus efectos en el modo de vida son las personas de edad avanzada. No obstante, si se desea conservar dichas áreas de influencia, las enfermeras deben mostrarse asertivas, estar dispuestas a correr riesgos, y aceptar la responsabilidad de sus propios actos.

#### Responsabilidad

Responsabilidad significa ser capaz de responder por los propios actos. Se trata, en última instancia, de correr riesgos. "En lugar de estar orientadas a la reacción, las técnicas de asertividad están dirigidas a la acción y pueden ayudar a lograr un sentimiento de poder personal, capacidad independiente para tomar decisiones, y autonomía" (Henderson, 1981, p. 596). Las enfermeras deben estar dispuestas a influir en otras personas confirmando su competencia como una expresión de su valor profesional. Si las enfermeras desean alcanzar un nivel verdaderamente profesional, el mayor riesgo que pueden correr es no correr ningún riesgo (Henderson, 1981, p. 597).

Sin embargo, si las enfermeras son capaces de ejercer poder experto y ser responsables de sus actos, la práctica de la enfermería debe basarse en conocimientos válidos y fiables derivados de la investigación. Hay muchos practicantes que siguen basando sus actos en la intuición o en la costumbre, y no en protocolos o procedimientos verificados por la información obtenida de la investigación. Por otra parte, existen algunas personas que se resisten a cambiar la práctica, aun cuando disponen de información. El anti-intelectualismo, que ha afectado a la enfermería en el pasado, debe reemplazarse por un creciente énfasis en la dirección, difusión, y empleo de investigaciones bien fundamentadas; además, se necesita con urgencia investigación basada en la práctica.

La enfermería profesional se ha analizado desde el punto de vista de la práctica autónoma, responsable, y de colaboración; sin embargo, la profesión sigue llena de luchas internas relacionadas sobre todo con los recursos humanos. En la siguiente sección se analiza este problema.

### **INFLUENCIAS EJERCIDAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA \_\_\_\_\_**

Antes de la Segunda Guerra Mundial, la educación en enfermería se financiaba fundamentalmente con recursos del sector privado; no obstante, desde la Guerra, conforme disminuyó el número de escuelas que concedían un diploma (financiadas por hospitales), y aumentaron los programas a nivel técnico (financiados en su mayor parte por el estado y los impuestos locales), la educación en enfermería ha recibido un apoyo cada vez mayor de los fondos públicos. A partir de 1970 los

programas de enfermería a nivel licenciatura se han dividido en forma más o menos equitativa entre las instituciones públicas y privadas.

La primera legislación federal de gran alcance que instituyó el suministro de fondos para la educación en enfermería fue la Ley de Capacitación de Enfermeras de 1964, que tenía por objeto evitar la futura escasez de enfermeras. En años posteriores se renovaron las leyes de capacitación de enfermeras y, entre 1962 y 1982, se asignaron fondos por casi 1 600 millones de dólares. La razón fundamental de continuar con el financiamiento fue la perpetua "necesidad" de más enfermeras de las que estaban disponibles en la fuerza de trabajo; no obstante, a fines de 1970, el Congreso ordenó al Instituto de Medicina que estudiara las necesidades, y la oferta y demanda de enfermeras para determinar si el gobierno federal debía continuar con "su apoyo específico a la educación general de enfermería con objeto de garantizar la suficiencia de la oferta" (Institute of Medicine Study, 1983, p. 1). En 1981 se creó un comité de estudio y, en 1983, se publicaron las recomendaciones hechas por el mismo. A continuación se analiza parte de la información contenida en el estudio del Instituto de Medicina.

### **Cambios en el sistema de servicios de salud**

Durante los años setenta, se presentaron numerosos informes de escasez de enfermeras tituladas para trabajar en hospitales y clínicas privadas; aunque gran número de enfermeras se unió a la fuerza laboral, se produjo un incremento notable en la demanda de servicios de enfermería. La compleja tecnología produjo un aumento cada vez mayor en el número de camas en las unidades de cuidados intensivos, de 3 200 en 1971, a 68 000 en 1980 (IOM Study, 1983, p. 56). El período medio de estancia en los hospitales dedicados a la atención de enfermedades agudas se redujo, ocasionando que los pacientes requirieran una mayor cantidad e intensidad de servicios de enfermería; al mismo tiempo se produjo un incremento espectacular en la atención ambulatoria, y las admisiones hospitalarias *per capita* en la comunidad aumentaron un 10%. El resultado de estos cambios en el sistema de salud fue una mayor demanda de enfermeras experimentadas que brindaran atención a los pacientes gravemente enfermos.

### **Cambios en la educación de enfermería**

Entre 1970 y 1980 se produjo un drástico cambio de las enfermeras que obtenían un diploma (en 1970 constituían la mitad del total) a las enfermeras con un grado técnico (en 1980 representaron casi la mitad de las graduadas en enfermería). Durante ese mismo período, aumentó también la proporción de graduados a nivel licenciatura, de una quinta parte del total anual en 1970, a una tercera parte en 1981 (IOM Study, 1983, p. 55).

En 1980, el 20% de las enfermeras tituladas poseía un grado técnico como nivel más alto de preparación académica, el 51% tenía un diploma, y el 29% un grado de licenciatura o superior. La proyección para 1990 es que el 36% de las enfermeras tituladas tendrán un título de licenciatura o superior, el 28% un grado técnico, y el 36% una preparación a nivel diploma como nivel más alto de preparación académica (IOM Study, 1983, p. 77).

La Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE) elaboró algunas pautas para evaluar la necesidad de enfermeras con diversos tipos de educación académica que han sido utilizadas por distintos estados para revisar sus necesidades de fuerza de trabajo. Sobre la base de estas pautas, el estudio del Instituto de Medicina llegó a la conclusión de que “habrá una proporción mucho mayor de graduadas a nivel diploma y a nivel técnico de las que estima la proyección de las necesidades de WICHE”. Asimismo, para 1990, “el sistema educativo habrá producido una cantidad mucho menor de enfermeras tituladas, a nivel licenciatura o superior, que la calculada por la proyección de WICHE” (IOM Study, 1983, p. 79) (Cuadro 17-1).

Existe una amplia variedad de opiniones entre los expertos profesionales acerca de las metas adecuadas y necesarias de personal de enfermería en diferentes partes de Estados Unidos. El Cuadro 17-1 presenta puntos de vista de expertos profesionales en nueve estados sobre el personal necesario para los servicios de pacientes hospitalizados, comparado con las pautas de oferta de personal elaboradas por el Grupo Nacional de Asesores Expertos de Western Interstate Commission on Higher Education.

La información sobre la fuerza de trabajo obtenida del Estudio del Instituto de Medicina plantea diversos problemas:

#### Niveles de educación

¿Son convenientes o necesarias todas las formas actuales de preparación en enfermería? Los cambios documentados en el sistema de salud encaminados a brindar atención hospitalaria a pacientes gravemente enfermos, respaldan la necesidad de contar con una sólida base de datos de la teoría para determinar la atención de enfermería más conveniente. Al mismo tiempo, el incremento en los costos de hospitalización exige cambios en el sistema de atención destinados a brindar atención ambulatoria para conservar la salud y prevenir las enfermedades; ambos objetivos pueden cumplirse mejor dentro del marco de la educación de enfermería a nivel licenciatura. No obstante, la perpetuación de la mentalidad de que “una enfermera es una enfermera” crea la impresión de que hay una oferta de enfermeras suficiente en un momento en el cual el número de estudiantes que está preparándose a nivel licenciatura es lamentablemente inadecuado. La profesión debe crear criterios aceptables para diferenciar entre los diversos tipos de preparación en enfermería como base para respaldar la necesidad de que toda la educación sea a nivel licenciatura; además, es preciso ayudar a las escuelas que conceden diplomas a desaparecer en favor de programas organizados dentro de instituciones de educación superior. La enfermería en su conjunto debe apoyar el establecimiento inmediato de sólo dos *tipos* de educación dentro de la enfermería con título para ejercer, y tratar de simplificar los modelos educativos para que sólo existan dos *niveles* dentro de la enfermería.

¿Cómo deben diferenciarse los productos de los niveles técnico y licenciatura de la educación en enfermería? Existen por lo menos dos puntos de vista diametralmente diferentes acerca de la “controversia sobre el nivel”. Una posición se basa en la creencia de que la educación a nivel licenciatura es un proceso acumulativo;

**CUADRO 17-1. Opinión del grupo de expertos sobre personal de enfermería necesario para los servicios de pacientes hospitalizados, Estados Unidos y nueve estados, empleando la metodología de Western Interstate Commission on Higher Education**

	Preparación educativa																
	Personal ETC por 100 pacientes				Proporción			Horas/paciente por día				Docto- rado	Nivel técnico/ Nivel Diploma				
	ET*	EPL*	Aux.	Total	ET*	EPL**	Aux.	ET*	Total	%ET**	Licen- ciatura		Diploma	técnico	Diploma		
Grupo nacional	49,0	12,0	12,0	73,0	10,0	2,4	2,4	2,4	3,6	67,0	-	-	50,0	50,0	-	-	
Alabama	73,9	39,9	0,0	113,8	10,0	5,4	0,0	4,2	6,5	65,0	-	7,5	60,0	-	20,0	12,5	
Colorado	81,0	20,0	0,0	101,0	10,0	2,5	0,0	4,0	5,0	80,0	-	-	50,0	50,0	-	-	
Mississippi	40,0	20,0	30,0	90,0	10,0	5,0	7,5	2,0	5,0	40,0	-	5,0	20,0	75,0	-	-	
New Hampshire																	
Unidades generales	32,3	22,6	0,0	54,9	10,0	7,0	0,0	1,6	2,7	59,0	-	3,0	55,0	42,0	-	-	
Atención primaria	48,5	29,1	0,0	77,6	10,0	6,0	0,0	2,4	3,8	83,0	-	3,0	55,0	42,0	-	-	
Ohio																	
Unidades generales	79,0	37,0	6,0	122,0	10,0	4,7	0,8	3,9	6,0	65,0	-	-	60,0	-	15,0	25,0	
Pediatria	92,0	43,0	7,0	142,0	10,0	4,7	1,0	4,5	7,0	65,0	-	-	60,0	-	15,0	25,0	
Rhode Island	48,0	15,0	-	63,0	10,0	3,1	-	2,4	3,1	77,0	-	6,0	35,0	59,0	-	-	
West Virginia	47,5	15,7	6,0	69,2	10,0	3,3	1,3	2,3	3,4	68,0	-	-	20,0	-	30,0	50,0	
Wisconsin	80,0	0,0	20,0	100,0	10,0	0,0	2,5	3,9	4,9	80,0	-	5,0	20,0	-	75,0	-	
Wyoming	78,0	15,0	15,0	108,0	10,0	1,9	1,9	4,0	5,5	73,0	-	-	50,0	50,0	-	-	

(Modificado de la información contenida en Kearns JM, Cooper MA, Uris PF: Comparison of the rationale and criteria for staffing developed by the National Panel of Expert Consultants with those developed by panels of eight states (revisado en febrero de 1981). Boulder, Colorado, Western Interstate Commission for Higher Education, 1980, e Institute of Medicine Study p. 82, Wyoming Nursing Manpower Plan 1982-1986, Departamento de Salud y Servicios Sociales, Wyoming, 1982, p. 17).

\* ET = Enfermera titulada

\*\* EPL = Enfermera práctica con licencia

\*\*\* ETC = Equivalentes de tiempo completo

los partidarios de esta posición sostienen que los elementos más importantes de la práctica profesional pueden enseñarse en el nivel técnico, y los demás conocimientos y habilidades (por ejemplo, liderazgo, investigación, y conservación de la salud) pueden adquirirse más adelante. Esta posición se relaciona con el punto de vista de que los graduados a nivel licenciatura poseen habilidades que, de alguna manera, son "más que" y no "diferentes" de las de los graduados a nivel técnico. La otra posición se basa en la creencia de que la educación a nivel licenciatura es una síntesis de contenido liberal y profesional que prepara al practicante con un proceso crítico de pensamiento diferente y una conceptualización distinta de los papeles que posee el graduado a nivel técnico.

El hecho de creer en la filosofía "acumulativa" ha dado por resultado un incremento de 29 a 84 programas "tan sólo de enfermeras diplomadas" entre 1971 y 1980 (y el 37% de la inscripción de enfermeras diplomadas en programas de licenciatura en 1980). Por otra parte, se ha difundido la aceptación de pruebas de revalidación de habilidades y conocimientos previos para cursar programas "genéricos". Los estudiantes suelen no seguir muchos cursos de los dos primeros años de educación media superior y "agregan" al último año los cursos de enfermería y educación liberal necesarios. Este método ha sido respaldado por las presiones sociales; por ejemplo, muchas escuelas técnicas están financiadas por fondos de los impuestos públicos. Ha sido muy difícil explicar a los legisladores por qué los créditos ganados en la "división inferior" de la educación de enfermería no deben aplicarse directamente a la educación de la "división superior".

No se ha llevado a cabo una investigación definitiva para demostrar que los graduados a nivel licenciatura con el "modelo 2 + 2" practiquen la profesión en forma muy diferente de quienes se gradúan con el "modelo genérico". No obstante, todavía ha despertado más controversias la mezcla de información sobre si los graduados a nivel técnico practican en forma distinta a los graduados del nivel licenciatura. Es necesario hacer una investigación para identificar las variables más importantes, tanto en la educación como en la práctica, responsables de producir practicantes cuyas diferencias puedan articularse con toda claridad, ya que sólo así podrán lograrse algunos avances en relación con las prácticas educativas y de empleo más convenientes para garantizar servicios de enfermería eficaces y adecuados en cuanto a costos.

#### Movilidad educativa

¿Debe alentarse la movilidad educativa? La oportunidad de contar con una movilidad educativa ha caracterizado siempre la educación en enfermería; sin embargo, en la década pasada, este movimiento alcanzó grandes proporciones. En 1970, las enfermeras diplomadas constituían el 13% de la inscripción en programas de enfermería a nivel licenciatura pero, para 1980, representaban el 34% de la inscripción en estos programas. Entre 1971 y 1980 casi se duplicó la matrícula (de 67 485 a 131 861), pero la inscripción de enfermeras diplomadas en programas de enfermería a nivel licenciatura aumentó en un 338%. Se estima que para 1990, cerca de 100 000 de las 257 000 enfermeras con un grado de licenciatura o superior obtendrán dicho título después de haberse diplomado.

Son varios los factores que contribuyen a este fenómeno. La posición de la ANA en favor de la educación a nivel licenciatura para entrar a formar parte de la enfermería profesional, ha originado que una gran cantidad de enfermeras se sientan motivadas a obtener el título por temor a que la falta de éste pueda, en el futuro, privarlas de la licencia o limitar las oportunidades de ascenso en su empleo. Además, los años setenta fueron de rápido crecimiento en la graduación de estudiantes de programas de enfermería a nivel técnico. Estos estudiantes ya poseen un número importante de créditos académicos que pueden aplicarse para obtener el grado superior. La anterior filosofía del programa técnico como un título "terminal", comenzó a cambiar para dar paso a la conceptualización de la educación a nivel técnico como un punto intermedio para obtener una licencia y como parte de un título de licenciatura.

Resulta evidente que las influencias sociales de los años ochenta seguirán esta tendencia. Continuará disminuyendo la base de población para inscripciones en licenciatura "genérica" y, por lo tanto, muchos programas en los que antes se inscribían graduados de educación media superior, consideran ahora que la población de enfermeras diplomadas constituye una fuente valiosa de estudiantes. Como los costos de la educación universitaria siguen aumentando, un gran número de estudiantes tratan de obtener educación técnica en escuelas cercanas a su hogar con la intención de trabajar medio tiempo mientras continúan estudiando para obtener una licenciatura. Todos los factores indican que la movilidad educativa será un factor cada vez más importante para la educación de enfermería a nivel licenciatura.

## **DESARROLLO DE UNA CIENCIA DE LA ENFERMERIA**

El propósito de una ciencia se ha descrito como "el descubrimiento de nuevos conocimientos, ampliación de los conocimientos existentes, y confirmación de los conocimientos que se tenían" (Andreoli y Thompson, 1977, p. 33), con el fin de "explicar, comprender, predecir, y controlar los acontecimientos naturales" (Kerlinger, 1973). La enfermería requiere un conjunto de conocimientos que guíen la práctica y también proporcionen una base para la legitimidad y autonomía de la profesión. En general se acepta que la enfermería esté en las primeras etapas de desarrollo de un conjunto de conocimientos teóricos que darán una clara dirección a la educación, investigación y práctica (Feldman, 1980, p. 87). En el capítulo 5, "Pensamiento científico y elaboración de la teoría" se analiza el desarrollo de la enfermería como disciplina científica.

Al elaborar el plan de estudios para la primera escuela de enfermería, Florence Nightingale analizó lo que las enfermeras hacían en los hospitales; como consecuencia, la imagen de la enfermería comenzó a relacionarse con las tareas y procedimientos que constituían el núcleo del plan de estudios de la escuela. Esta "orientación a las tareas" persistió, hasta llegar a asociarse con enfermedades de diferentes sistemas corporales. De acuerdo con Ellis (1982, p. 407), "el rechazo de la enfermería a la enfermedad o a las perspectivas de los sistemas corporales fueron ocasionados por la identificación de una inmensa lista de enfermedades específicas, el reconocimiento de la importancia de los factores psicológicos y sociales en la

enfermedad o en la respuesta a ella, y el descubrimiento o, por lo menos, la afirmación de lo obvio: los pacientes son seres humanos”.

En los años cincuenta y sesenta, algunas enfermeras presentaron definiciones de la enfermería que cambiaron el concepto que de ésta se tenía. En la actualidad, muchos planes de estudio se concentran en conceptos y procesos de enfermería. Este enfoque hace hincapié en los conocimientos necesarios para la planificación, intervención y evaluación eficaces, que complementan el diagnóstico y el régimen de enfermería. Actualmente se emplean diversos modelos para determinar la selección y organización del contenido de la enfermería. En el Capítulo 8, “Modelos de enfermería” se analizan algunos de los modelos más utilizados.

En los últimos 10 años, junto con el desarrollo de modelos de enfermería, se ha producido un drástico incremento en el interés por la “teoría de la enfermería”, debido al desarrollo de la capacitación en el campo de la investigación en programas de maestría y doctorado, y sentimiento de que está surgiendo una “ciencia de la enfermería”; no obstante, el desarrollo de esta ciencia se ha visto obstaculizado por el número insuficiente de enfermeras preparadas para realizar investigaciones, y por el financiamiento y la visibilidad limitados de la investigación de enfermería.

### **Educación a nivel de posgrado**

En 1980, el 5% de todas las enfermeras diplomadas poseían títulos de maestría o doctorado (IOM Study, 1983, p. 141). Sin embargo, de las 80 000 enfermeras con título de maestría, sólo las dos terceras partes o 55 055 poseían una maestría en enfermería. En 1980, 4 100 enfermeras tenían un título de doctorado, aunque menos de 850 (el 21% de las que tenían un doctorado) habían obtenido el título en enfermería. Se espera que para 1990 el déficit de enfermeras preparadas a nivel maestría y doctorado sea todavía más agudo. Las proyecciones de la Western Interstate Commission on Higher Education sobre las necesidades (límite inferior) son de que en 1990 se requerirán 256 000 equivalentes de tiempo completo (ETC) de enfermeras preparadas a nivel de maestría, aunque el suministro proyectado es

**CUADRO 17-2. Comparación de la oferta proyectada de enfermeras con títulos avanzados en 1990 con estimación de necesidades de Western Interstate Commission on Higher Education**

Tipo de grado	Total empleados Noviembre 1980	ETC* proyectados Diciembre 1990	Estimación de necesidades (WICHE)
Maestría (todos los grados)	65 200	112 400	256 000
Doctorado (todos los grados)	3 000	5 600	14 000
Total	68 200	118 000	270 000

(Institute of Medicine: Nursing and Nursing Education: Policies and Private Actions, p. 177. Washington, National Academy Press, 1983).

\* ETC = Equivalentes de tiempo completo

inferior a la mitad de esa cifra. Se proyecta que en 1990 la necesidad de enfermeras con un doctorado será de 14 000 ETC, casi tres veces la provisión esperada (IOM Study, 1983, p. 145). Estos datos se muestran en el Cuadro 17-2.

La carencia de enfermeras con instrucción avanzada afecta especialmente a la administración e investigación en enfermería. Entre 1971 y 1980 sólo alrededor del 7% de todos los graduados en programas de maestría en enfermería habían escogido la administración como campo principal (IOM Study, 1983, p. 135). La investigación en enfermería también se ha visto obstaculizada por los inadecuados niveles de apoyo. Entre 1971 y 1980, se otorgaron 40 millones de dólares para la investigación en enfermería. Durante el mismo período, los Institutos Nacionales de Salud recibieron 1 700 millones para investigación biomédica en general.

El estudio del Instituto de Medicina llegó a la conclusión de que "existe una seria escasez actual y quizá también para 1990 de enfermeras académicamente preparadas para administración, enseñanza, investigación, y especialidades avanzadas de enfermería clínica" (IOM Study, 1983, p. 149). Muchas de las recomendaciones del estudio del Instituto de Medicina se refieren a la necesidad de brindar apoyo federal a la educación avanzada y a la investigación en enfermería (consultar el Apéndice).

### **Financiamiento y visibilidad para la investigación en enfermería**

El estudio del Instituto de Medicina ha tenido ya varios resultados tangibles; por ejemplo, algunas recomendaciones se refieren a la necesidad de brindar apoyo financiero a la investigación en enfermería. Para el año fiscal de 1984, el Congreso autorizó 9 millones de dólares destinados a la investigación en enfermería, casi 5 millones más que el año anterior. Una recomendación específica fue que "el gobierno federal debía crear una organización que tuviera por objeto introducir la investigación de enfermería en la corriente general de la investigación científica" (consultar el Apéndice). En enero de 1984, la Cámara de Representantes de Estados Unidos aprobó una propuesta para crear un Instituto Nacional de Enfermería (INE), que sería debatida en el Senado de Estados Unidos. La misión del proyectado instituto es:

dirigir, apoyar, y difundir la investigación básica y clínica, programas de capacitación, y programas relacionados con la enfermería. Los programas del instituto se orientarían fundamentalmente a la investigación básica y aplicada relacionada con la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, y la comprensión de las respuestas humanas de individuos y familias a las enfermedades e incapacidades crónicas y agudas. En el programa de trabajo del instituto se incluiría la investigación de los procesos de la salud y los mecanismos fundamentales relacionados, así como los procesos del comportamiento de individuos, familias, y comunidades que sirven de base al autocuidado o a la atención de enfermería en salud, enfermedad, incapacidad, y recuperación. Además, el instituto patrocinará la capacitación de personal para la investigación en enfermería, el desarrollo de la carrera de científicos nuevos y establecidos, la evaluación de intervenciones específicas de enfermería, difusión de nueva información sobre enfer-



mería y salud, y demostraciones de métodos alternativos para brindar atención de enfermería.

Estos son signos positivos de que la investigación en enfermería adquirirá mayor visibilidad y un financiamiento más adecuado. Es de vital importancia para la profesión que se amplíe la educación a nivel de posgrado *en enfermería* (incluyendo la preparación para efectuar investigaciones), y que se aliente y apoye a las enfermeras con capacitación apropiada en sus esfuerzos de investigación. Para el futuro de la profesión de enfermería no hay nada más importante que el desarrollo de su base científica.

## **RESUMEN**

---

La profesión de enfermería tiene la posibilidad de ejercer un enorme poder para mejorar la salud de los usuarios y crear un sistema de servicios de salud que responda mejor a las necesidades de atención de los pacientes. Se han logrado algunos avances en diversas áreas críticas, por ejemplo:

1. Para todos los fines prácticos, la educación en enfermería ha pasado a formar parte de la corriente general de educación superior. Algunas organizaciones de enfermería, en Estados Unidos, respaldan la licenciatura como requisito para la práctica de la enfermería profesional, incluyendo National League for Nursing y American Nurses Association. Sigue aumentando el número de graduados de programas a nivel técnico, licenciatura, maestría y doctorado. Todavía es necesario esclarecer las diferencias que existen entre la práctica técnica y la profesional, y facilitar la movilidad educativa para aquellas personas que modifican las metas relacionadas con su carrera.
2. Cada vez se tiene más conciencia de que el empleo adecuado de las enfermeras en el ambiente laboral debe basarse tanto en las diferencias en la educación académica como en la experiencia. Además, se presta una mayor atención a los factores positivos que atraen a las enfermeras a desempeñar sus funciones en determinados medios laborales, y ayudan a mejorar la satisfacción y el índice de retención de personal.
3. Se ha llegado a un acuerdo generalizado de que es necesario apoyo público y privado para la educación en enfermería a nivel de posgrado. Está aumentando el número de programas de maestría y doctorado en enfermería; sin embargo, es de vital importancia proporcionar respaldo financiero a los estudiantes si se desea mantener el nivel de inscripción (sobre todo en tiempo completo).
4. Sigue ampliándose la labor académica dentro de la enfermería. En los últimos años han aparecido algunos libros y publicaciones periódicas dedicados a la teoría y a la investigación en enfermería, y cada año se ofrecen talleres y conferencias sobre la investigación en enfermería. El número de capítulos de la National Honor Society (Sigma Theta Tau) es muy elevado y sigue creciendo.
5. Resulta evidente que la enfermería está adquiriendo una base científica para

su práctica y una organización de conocimientos que destacan la contribución única de la profesión al suministrar cuidados de salud al público.

La capacidad de la profesión de enfermería para independizarse dependerá en gran parte de su propia confianza y de la imagen profesional que tengan los practicantes de sí mismos. Conforme aumenta la velocidad del cambio, habrá grandes posibilidades para el desarrollo dinámico y profundo de la profesión. La meta de este libro es impulsar la "autorrealización de la profesión".

## **APENDICE**

---

### **Recomendaciones del Estudio del Instituto de Medicina**

1. No se requiere apoyo federal específico para incrementar la oferta global de enfermeras tituladas, ya que las estimaciones indican que en esta década existirá cierto equilibrio entre la oferta y la demanda de enfermeras generales; no obstante, en este informe se recomiendan acciones federales, estatales, y privadas para subsanar algunos tipos específicos de escasez y mala distribución en la oferta de enfermeras.
2. Los estados tienen la responsabilidad fundamental de analizar y planificar la asignación de recursos para la educación en enfermería general. Su capacidad en este esfuerzo varía considerablemente, por lo que el gobierno federal debe brindar ayuda, tanto económica como de asistencia técnica.
3. El gobierno federal debe mantener sus programas generales de ayuda financiera a los estudiantes de educación media superior, de manera que los posibles estudiantes calificados de enfermería sigan teniendo la oportunidad de cursar programas de educación en enfermería general en número suficiente para mantener la oferta total necesaria.
4. Los estados y gobiernos locales deben mantener el apoyo financiero a instituciones y estudiantes; en esta tarea también deben colaborar las instituciones de educación superior, los hospitales, y quienes pagan por terceros para asegurar que los programas de educación en enfermería general tengan capacidad y nivel de inscripción adecuados para producir la cantidad y los tipos de enfermeras necesarios para satisfacer las demandas estatales y locales.
5. Con el fin de garantizar una oferta continua y suficiente de nuevas aspirantes, las enfermeras educadoras y las organizaciones nacionales de enfermería deben adoptar estrategias de reclutamiento que resulten atractivas no sólo para los recién graduados en educación media superior, sino también para los posibles candidatos no tradicionales, como los que tratan de iniciar una carrera tardía o cambiar de carrera, y para las minorías.
6. Las enfermeras tituladas de todos los niveles que deseen mejorar su educación para obtener mejores oportunidades en su carrera no deben encontrar barreras infranqueables para la admisión. Los organismos estatales de educación, programas de educación en enfermería, y patrones de las enfermeras deben compartir la responsabilidad de elaborar políticas y programas cuya

- finalidad sea reducir al mínimo la pérdida de tiempo y dinero de los estudiantes que pasan de un nivel de educación en enfermería a otro.
7. Es esencial que haya una colaboración más estrecha entre las enfermeras dedicadas a la enseñanza y las que prestan servicios a los pacientes para brindar a los estudiantes un equilibrio adecuado de perspectivas para la práctica y habilidades académicas y clínicas en su preparación educativa. El gobierno federal debe ofrecer subsidios a los programas de educación que, junto con los servicios de enfermería de los hospitales y otros organismos de atención de la salud, emprendan la tarea de crear y poner en práctica programas educativos, clínicos o de investigación conjuntos.
  8. El gobierno federal debe incrementar su apoyo en forma de becas, préstamos y programas a nivel de posgrado para ayudar a aumentar el índice de crecimiento del número de enfermeras con títulos de maestría y doctorado en enfermería y en otras disciplinas afines. Se necesitan más enfermeras preparadas para ocupar puestos de administración y manejo de servicios clínicos y de instituciones de atención de salud, en enfermería académica (enseñanza, investigación, y práctica) y en la práctica de especialidades clínicas.
  9. Para resolver la escasez de enfermería en áreas marginadas desde el punto de vista médico, los residentes deben tener un mejor acceso a todos los tipos de educación en enfermería, incluyendo programas más extensos y de actividades fuera de las universidades. El gobierno federal debe seguir patrocinando demostraciones modelo de programas con los estados, fundaciones, e instituciones educativas, y respaldar la difusión de los resultados.
  10. Con el fin de satisfacer las necesidades de enfermería de grupos específicos de población en áreas marginadas y de fomentar una mejor representación de las minorías en todos los niveles de educación en enfermería, el gobierno federal debe instituir un programa competitivo para las instituciones estatales y privadas que ofrezcan apoyo a las instituciones y a los estudiantes de acuerdo con los siguientes principios:
    - a. Deben crearse programas en colaboración y con el compromiso de todos los que brindan servicios de atención de salud en áreas donde hay escasez.
    - b. Las becas y préstamos dependientes de compromisos para trabajar en áreas de escasez deben dirigirse, aunque no limitarse, a miembros de las minorías y grupos étnicos que tengan posibilidades de satisfacer las necesidades de las poblaciones marginadas, incluyendo grupos que no hablan inglés.
  11. Las asignaciones diferenciales de pago deben tener en cuenta las cargas especiales de los hospitales del interior de las ciudades que demuestren dificultades legítimas para financiar los servicios a causa del número desproporcionado de personas no aseguradas o de pacientes que pertenecen a los programas de Medicare y Medicaid. Los gobiernos federal, estatales, y locales y las entidades que pagan por terceros deben abonar partes justas de las cantidades necesarias para evitar la insolvencia y apoyar niveles aceptables de servicio, incluyendo atención de enfermería.
  12. El rápido incremento de la población de edad avanzada requiere diversos

tipos de servicios de enfermería para la atención preventiva, aguda, y a largo plazo. Con el fin de incrementar la oferta de enfermeras interesadas en atender a personas de edad avanzada, los programas de educación en enfermería deben proporcionar más instrucción formal y experiencia clínica en enfermería geriátrica. Es necesario contar con el apoyo federal a estos esfuerzos, así como disponer de financiamiento de fuentes estatales y privadas.

13. El personal de servicios de enfermería que trabaja en clínicas privadas certificadas como “instalaciones que ofrecen atención de enfermería calificada”, así como otras instituciones y programas que brindan atención a los ancianos, suelen carecer de los conocimientos y habilidades necesarios para satisfacer los retos clínicos de estos pacientes. Estas instalaciones, en colaboración con los programas de educación en enfermería y otras organizaciones públicas y privadas, deben crear y apoyar programas para mejorar los conocimientos y habilidades de auxiliares, enfermeras prácticas con licencia, y enfermeras diplomadas que trabajan con pacientes de edad avanzada. Los estados deben ayudar a los programas vocacionales y de educación superior a responder a estas necesidades. Es preciso mantener el apoyo federal a este tipo de programas.
14. El gobierno federal (y los estados, cuando corresponda) debe reestructurar los pagos de Medicare y Medicaid para fomentar y respaldar la prestación de servicios de enfermería a largo plazo que se proporcionan a pacientes en su hogar y en instituciones. En cuanto a las instalaciones de enfermería calificada, tales políticas de pago deben alentar la educación continua del personal actual y el reclutamiento de más enfermeras con licencia (enfermeras prácticas y tituladas), y deben permitir el movimiento hacia la meta de contar con una cobertura de enfermeras tituladas durante las 24 horas.
15. Se necesitan servicios de enfermeras especializadas, sobre todo en áreas marginadas desde el punto de vista médico y en programas que brindan atención a los ancianos. Es preciso que continúe el apoyo federal para su preparación educativa. Deben modificarse las leyes estatales que inhiben a las enfermeras especializadas y a las enfermeras parteras en el empleo de sus competencias especiales. Medicare, Medicaid, y otros sistemas públicos y privados de pago deben remunerar los servicios de estas especialistas en entidades organizadas de atención, como instalaciones de atención a largo plazo, centros y clínicas de salud independientes, y organizaciones de conservación de la salud, así como en la práctica conjunta de médicos y enfermeras.
16. La proporción de enfermeras que eligen trabajar en su profesión es alta, pero el análisis de las estructuras convencionales de administración, organización, y salarios indican que los patrones podrían mejorar tanto el suministro como el ejercicio del trabajo si hicieran lo siguiente:
  - a. brindar oportunidades para avanzar en la carrera tanto en la enfermería clínica como en la administración.
  - b. asegurar que se recompensen con aumentos salariales los méritos y la experiencia en la atención directa de pacientes.

- c. evaluar la necesidad de incrementar los salarios de las enfermeras si no se llenan algunas vacantes.
  - d. fomentar una mayor participación de las enfermeras al tomar decisiones sobre atención de pacientes, administración, y manejo de la institución.
  - e. identificar los principales obstáculos para la participación de la fuerza de trabajo de enfermería en su propia localidad y tratar de adaptar las condiciones de trabajo, el cuidado de los niños, y los paquetes de compensaciones para alentar a las enfermeras que trabajan medio tiempo a incrementar su participación y atraer a las enfermeras inactivas para que regresen al trabajo.
17. La falta de información precisa sobre los costos actuales y la utilización del personal de los servicios de enfermería hacen difícil que los administradores de los servicios de enfermería y de los hospitales tomen las decisiones más apropiadas y eficaces en cuanto a los costos relacionados con la asignación de enfermeras. Los hospitales que trabajan con los gobiernos federal y estatales y con otras entidades que pagan por terceros, deben realizar investigaciones, estudios y experimentos para determinar la factibilidad y los medios necesarios para crear centros con unidades de atención directa de enfermería dentro de la institución con presupuesto propio para la determinación de los costos en relación con diferentes tipos de caso, así como para otras alternativas de administración fiscal.
  18. El gobierno federal debe establecer una organización que coloque a la enfermería dentro de la corriente general de la investigación científica. Se requiere un centro que disponga de financiamiento adecuado a nivel nacional para fomentar la investigación destinada a informar a la enfermería y demás profesiones relacionadas con la salud, y que aumente las posibilidades de efectuar nuevos descubrimientos y aplicaciones de los diversos medios para mejorar los resultados de la atención a los pacientes.
  19. Fondos federales y privados deben respaldar investigaciones que tengan por objeto proporcionar mediciones científicas válidas de los conocimientos y de la competencia en el desempeño de las enfermeras con distintos niveles y tipos de preparación académica y experiencia.
  20. A medida que los foros nacionales y regionales identifiquen nuevos y prometedores métodos para resolver los problemas de organización y prestación de servicios de enfermería, surgirá la necesidad de llevar a cabo más experimentos, demostraciones, y evaluaciones. El gobierno federal, en colaboración con las organizaciones del sector privado, debe participar en la evaluación crítica de nuevas ideas y en la difusión de los resultados de las investigaciones.
  21. A fin de asegurarse de que los encargados de elaborar las políticas federales y estatales tienen la información necesaria para tomar decisiones sobre los recursos humanos disponibles, el gobierno federal debe continuar brindando su apoyo a la recopilación y análisis de información compatible, oportuna y no duplicada, sobre la oferta nacional de personal, educación, y práctica de enfermería, y prestar especial atención a subsanar las deficiencias identificadas en la información actualmente disponible.

## BIBLIOGRAFIA

- Am Nurse 15:1, enero de 1983.
- American Nurses Association: Nursing: A Social Policy Statement, Kansas City, American Nurses Association (Pub. Code NP-63 35M), diciembre de 1980.
- Andreoli K, Thompson C: The nature of science in nursing. *Image* 9:2, 32-37, 1977.
- Bass BM: Stogdill's Handbook of Leadership. Nueva York, The Free Press, 1981.
- Burns JM: Leadership. Nueva York, Harper Colophon Books, 1978.
- Claus KE, Bailey JT: Power and Influence in Health Care. St Louis, CV Mosby, 1977.
- Davis CK: Nursing and the health care debates. *Image* 15:67, verano de 1983.
- deSantis G: Power, tactics, and the professionalization process. *Nurs Health Care* 3:1, 14-24, enero de 1982.
- Eisenstein H: On the psychological barriers to professions for women. *En* Muff J (ed): Socialization, Sexism and Stereotyping. St Louis, CV Mosby, 1982.
- Ellis R: Conceptual issues in nursing. *Nurs Outlook* 30:406-410, julio-agosto de 1982.
- Fagin CM: Nursing as an alternative to high-cost care. *Am J Nurs* 82:50-60, enero de 1982.
- Feldman H: Nursing research in the 1980's: Issues and implications. *Adv Nurs Sci* 3:4, 85-92, 1980.
- French JRP hijo, Raven B: The bases of social power. *En* Cartwright D (ed): Studies in Social Power. Ann Arbor, University of Michigan, 1959.
- Griffith HM: Strategies for direct third-party reimbursement for nurses. *Am J Nurs* 82: 408-414, marzo de 1982.
- Henderson G: Nurses as risk-takers. *En* McCloskey JC, Grace HK (eds): Current Issues in Nursing, pp. 593-597. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1981.
- Institute of Medicine: Nursing and Nursing Education: Public Policies and Private Actions. Washington, National Academy Press, 1983.
- Johnson WL, Vaughn JC: Supply and Demand Relations and the Shortage of Nurses. *Nurs Health Care*: 497-507, noviembre de 1982.
- Kalisch BJ, Kalisch PA: Politics of Nursing. Filadelfia, JB Lippincott, 1982.
- Kerlinger F: Foundations of Behavioral Research. Nueva York, Holt, Rinehart & Winston, 1973.
- Knopf L: Registered nurses fifteen years after graduation: findings from the nurse career-pattern study. *Nurs Health Care* 4:2, 72-76, febrero de 1983.
- Kramer M: Why does reality shock continue? *En* McClosky J, Grace HK (eds): Current Issues in Nursing, pp. 644-653. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1981.
- Larsen J: Nurse power for the 1980's. *Nurs Adm Quar* 6:74-82, verano de 1982.
- Maraldo P: Reimbursement for nurses in the primary care arena: A cost saving for health care. *National League for Nursing Public Policy Bulletin* 1:5, noviembre de 1982.
- Mauksch I: Nurse-physician collaboration: A changing relationship. *J Nurs Ad* 11:35-38, junio de 1981.

- Moloney MM: Leadership in Nursing: Theories, Strategies, Action. St Louis, CV Mosby, 1979.
- Mundinger MO: Autonomy in Nursing. Germantown, Aspen Systems Corporation, 1980.
- NLN Nursing Data Book 1981. Nueva York, National League for Nursing (Pub No 19-1882), 1982.
- Roberts SJ: Oppressed group behavior: Implications for nursing. *Adv Nurs Sci* 5:21-30, julio de 1983.
- Rogers JA: Toward professional adulthood. *Nurs Outlook* 29:478-81, agosto de 1981.
- Stevens KR: Power and Influence: A Source Book for Nurses. Nueva York, John Wiley & Sons, 1983.
- Taylor AR: Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee to the Secretary (Informe Sumario): Washington DC, US Department of Health and Human Services, Public Health Service. Health Resources Administration, abril de 1982.
- Weiss S, Remen N: Self limiting patterns of nursing behavior within a tripartite context involving consumers and physicians. *West J Nurs Res* 5:77-89, 1983.
- Yeaworth RC: Feminism and the nursing profession. *En Chaska NL* (ed): The Nursing Profession: Views Through the Mist. Nueva York, McGraw-Hill, 1978.
- Yura H, Ozimek D, Walsh MB: Nursing Leadership: Theory and Process, Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1981.

---

Algunos hombres ven las cosas como son y dicen "¿por qué?"  
Yo sueño en cosas que nunca fueron y digo "¿por qué no?"  
(John F. Kennedy, citado por Robert Kennedy en Schlesinger,  
1978)

---

## Capítulo 18

# *Perspectivas futuras*

Durante los últimos 15 ó 20 años se han producido importantes cambios sociales y profesionales que han ejercido una gran influencia en la educación, servicio, e investigación de enfermería. A lo largo de los capítulos precedentes se han analizado a fondo las fuerzas que han inducido al cambio. El propósito de este capítulo es proyectar las tendencias actuales con el fin de tener una perspectiva de la profesión de enfermería como puede presentarse a fines de siglo.

### **CAMBIOS EN LA SALUD Y EN LA ATENCION DE LA SALUD**

---

A partir de 1950 han surgido cambios demostrables en las causas de mortalidad de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas y enfermedades asociadas con la tensión de la vida diaria. Si bien la influenza y la neumonía siguen constituyendo la quinta causa de mortalidad entre los niños de 1 a 14 años de edad, la tasa de mortalidad de estas enfermedades infecciosas ha disminuido en un 84% desde 1950. Durante el mismo período de tiempo, las tasas de mortalidad por homicidio y suicidio en adolescentes (entre los 15 y los 24 años de edad) han aumentado, y la cirrosis representa la quinta causa en orden de importancia entre los adultos. Las enfermedades cardiacas, aunque han disminuido mucho como causa de mortalidad, siguen siendo la principal causa de muerte en adultos y personas de edad avanzada. La mortalidad infantil se relaciona estrechamente con el consumo materno de tabaco, alcohol, y drogas, y con nutrición deficiente. Todo indica que estas tendencias continuarán, por no decir que se acelerarán, debido a las mayores expectativas de vida de las personas, al ritmo acelerado y al creciente énfasis tecnológico de la vida moderna.

Asimismo, se ha producido un incremento demostrable en el interés de los individuos por asumir la responsabilidad de su autocuidado, y por actividades como dietas, ejercicio, y reducción de la tensión, que prometen ayudar a promover la salud. Esta tendencia ofrece a la enfermería una gran posibilidad de asumir el liderazgo para ayudar a la gente a conservar la salud, promover el bienestar, y prevenir las enfermedades.



Con frecuencia se prescribe la hospitalización a causa de la necesidad de una atención de enfermería. Hasta hace poco tiempo, las razones para hospitalizar a un paciente incluían pruebas de laboratorio de diagnóstico, cuidados rutinarios, o rehabilitación, además de atención destinada a restablecer la salud. Sin embargo, cada vez es más frecuente que los altos costos y la tecnología médica sumamente especializada, asociada con la hospitalización, induzcan a utilizar los hospitales para el diagnóstico y la posible curación de enfermedades agudas graves y para el tratamiento de enfermedades crónicas. La atención de enfermedades menores y la prevención de enfermedades se realiza a través de atención ambulatoria contratada en forma independiente en clínicas, consultorios médicos, y en el hogar de los pacientes.

De vital importancia para la organización actual del sistema de servicios de salud es el concepto de que el cliente contrata los servicios del médico para que le brinde atención, mientras que los hospitales suministran atención de enfermería como parte de un paquete de servicios. El sistema está estructurado para facilitar la atención médica. En el futuro, el sistema puede moverse hacia una mayor centralización o descentralización de los servicios. El modelo descentralizado, constituido por varios servicios separados del hospital, podría propiciar la creación de sistemas independientes de atención de enfermería; por ejemplo, las enfermeras podrían establecer prácticas independientes, o participar en sociedades con una amplia variedad de profesionales de la salud. Con el reembolso directo por terceros, las enfermeras podrían contratar directamente sus servicios con los clientes para brindarles atención. Con este modelo, la enfermería podría asumir la responsabilidad y el control de la prestación de servicios.

Sin embargo, si se tienen en cuenta el poder, la influencia y el control que ejerce la industria médico-hospitalaria, es poco probable que el sistema de servicios de salud se reestructure por completo en un futuro cercano. Es muy posible que los hospitales se encaminen hacia una centralización de los servicios en centros de atención que incluyan servicios ambulatorios y atención hospitalaria. Este modelo podría acentuar la condición actual de la mayor parte de las enfermeras como empleadas y consolidar aún más el control financiero que ejercen médicos y hospitales sobre la "atención de la salud". El reto que tendrá que vencer la enfermería consistirá en ganar autonomía dentro del sistema; para ello, las enfermeras necesitarán ser consideradas iguales a los demás profesionales de la salud, lo cual sólo podrá conseguirse a través de calificaciones académicas comparables y de una asignación de autoridad equiparable.

El cambio al pago prospectivo está sujeto a convertirse en la norma del reembolso por terceros, tanto de las entidades privadas como públicas, y para los médicos y demás profesionales de la salud, así como para los hospitales y otras instituciones de atención. La enfermería debe promover activamente los beneficios en costos y cuidados derivados del hecho de tener profesionales bien educados y altamente calificados dentro del sistema o, en caso contrario, correr el grave y muy posible riesgo de ser sustituidas por trabajadores que perciban salarios mucho más bajos. Es de vital importancia que la profesión de enfermería subraye la eficiencia de los costos de una atención competente, y que asuma la iniciativa de documentar la contribución única que hace a la restauración de la salud y a la prevención de

enfermedades. Un aspecto positivo del pago prospectivo es la posibilidad de diferenciar la contribución especial que hace la enfermería a la restauración de la salud y del bienestar, promoviendo así el valor que el público concede a los servicios de enfermería.

## **CAMBIOS EN LA EDUCACION**

---

La base de conocimientos y la tecnología que se emplean para brindar servicios de enfermería seguirán aumentando. Con la creciente necesidad de estar capacitadas en los cuidados intensivos de pacientes agudos y de ser capaces de diagnosticar y tomar decisiones, de enseñar, coordinar a los trabajadores menos calificados, y colaborar con los usuarios y demás profesionales relacionados con la salud para mejorar la calidad de la atención, las enfermeras del futuro necesitarán más que nunca una amplia educación, confiar en sí mismas, poseer competencia técnica, y ser capaces de adaptarse con rapidez a los cambios.

En los últimos 20 años se ha hecho un importante esfuerzo en Estados Unidos por promover el título de licenciatura como requisito indispensable para la práctica de la enfermería profesional. En ese lapso, se ha producido un incremento en el número de enfermeras preparadas a nivel licenciatura, y un pequeño aumento en el porcentaje de enfermeras que tienen ese título; no obstante, durante el mismo período se ha producido un fuerte incremento en el porcentaje de enfermeras preparadas a nivel técnico, de tal forma que todavía alrededor del 70% de las enfermeras se preparan a nivel técnico de enfermería. Las enfermeras que ya contaban con algún tipo de educación constituyen más de una tercera parte de las inscripciones a nivel licenciatura.

La entrada en la profesión de enfermería puede producirse en uno de tres niveles diferentes: técnico, licenciatura, o maestría; en consecuencia, existen por lo menos tres modelos distintos de educación en enfermería que pueden predominar en el futuro.

El modelo actual, la entrada a nivel técnico, con educación profesional a nivel licenciatura puede perdurar durante mucho tiempo. La enfermería es una profesión que se asocia mucho con la movilidad ascendente, sobre todo en el caso de las mujeres. La mayor parte de los programas a nivel técnico se localizan en los colegios tecnológicos de las comunidades, y por ello, son accesibles desde el punto de vista geográfico y financiero. La demanda puede satisfacerse con facilidad mediante la oferta de un número mayor de trabajadores con licencia en un período corto de tiempo. Muchos estudiantes perciben la educación a nivel licenciatura como una educación acumulativa y repetitiva y no como una educación diferente y enriquecedora. El sistema de servicios de salud, que carece de estructuras diferenciales de salarios y de claras diferencias en las expectativas de los puestos, brinda pocos incentivos a la educación profesional. La posibilidad de obtener un título como enfermera después de haber cursado un programa a nivel técnico ha servido para reforzar este modelo.

Algunas personas proponen que la educación necesaria para entrar a formar parte de la enfermería profesional sea el nivel maestría y no el de licenciatura, ya que este nivel de educación prepararía a los estudiantes para una combinación de

práctica especializada y generalizada. Todos los estudiantes necesitarían tener un título de licenciatura para poder entrar en la enfermería, lo cual fortalecería la base científica y de artes liberales de la práctica, fomentaría el reclutamiento de estudiantes provenientes de otros campos, y elevaría la condición y autoridad de la profesión. Este modelo de educación en enfermería podría incluir el nivel técnico para las auxiliares y el grado de maestría para las enfermeras tituladas.

Una tercera posibilidad, mucho más factible, es que el grado de licenciatura se convierta en un requisito para ejercer la práctica profesional, y se reconociera como tal mediante la licencia correspondiente. La mayor parte de las organizaciones importantes de enfermería, incluyendo American Nurses' Association (ANA) y National League for Nursing (NLN) brindan todo su apoyo a este objetivo. Un número cada vez mayor de enfermeras trata de obtener una educación a nivel licenciatura y el título para practicar a nivel profesional. La profesión requiere definir y dar a conocer la contribución que hace el practicante profesional a la promoción y restauración de la salud y a la prevención de enfermedades. En este libro se han identificado el conjunto de conocimientos y los valores que caracterizan a la enfermera profesional con la esperanza de que constituyan un primer paso hacia la aceptación del nivel académico y la demostración de la competencia profesional en la práctica. Si el nivel licenciatura llega a convertirse en el nivel de entrada para la práctica profesional, es probable que el grado técnico se convierta en el título aceptado para la enfermería práctica.

Sin importar cual sea el modelo aceptado en el año 2000, todos los programas educativos deben seguir modificando sus planes de estudios con el fin de incluir cambios en la base de datos técnicos y teóricos de la enfermería; por ejemplo, la tecnología de las computadoras ha comenzado a tener un enorme efecto en el descubrimiento, comunicación, y almacenamiento de información; sin embargo, son pocas las enfermeras que tienen conocimientos de computación y sólo unas cuantas escuelas han introducido cursos de computación en sus planes de estudios. Hasta la fecha se ha prestado poca atención a las implicaciones morales de una sociedad computarizada que genera sentimientos de aislamiento relacionados con la comunicación no personal y la invasión de la privacidad.

Otros ejemplos de nuevos conocimientos incluyen la bioingeniería, los efectos que tienen el espacio sideral y el mundo submarino en el hombre, y la atención de pacientes que reciben transplantes de órganos artificiales y humanos (Leninger, 1978). El desarrollo y pruebas constantes de la base teórica de la enfermería dará por resultado el desarrollo de conocimientos que deben integrarse a los planes educativos de estudios.

## **INVESTIGACION EN ENFERMERIA**

---

En los últimos 10 años se han producido cambios tan rápidos en la teoría e investigación en enfermería que la promesa para los próximos 15 años resulta muy esperanzadora. Lo que más se necesita es una explicación de la teoría que sea capaz de predecir los resultados en la práctica de la enfermería. Es posible que para el año 2000 contemos con diversas teorías aceptadas por la enfermería que serán confirmadas por la investigación y que se emplearán en la práctica como base

de la atención. Si tal es el caso, la promesa para el futuro de la enfermería profesional como se describe en este libro se convertirá en una realidad.

**BIBLIOGRAFIA** \_\_\_\_\_

Leninger M: Futurology of nursing: Goals and challenges for tomorrow. En Chaska NL (ed): The Nursing Profession: Views Through the Mist. Nueva York, McGraw-Hill, 1978.

Schlesinger AM: Robert Kennedy and His Times. Nueva York, Houghton Mifflin, 1978.

# Indice

Los números seguidos por una *f* indican una figura; los seguidos por una *c* indican que se trata de un cuadro.

## A

Adaptación, productores de tensión y, 140

Adolescencia, etapas de la, 147

Agente del cambio

estilo cosgnoscitivo del, 325

estilo de comunicación del, 326

función del, 318, 325-332

Ambiente, salud y, 195

*The American Nurse*, 16-17

Análisis de la información, investigación y, 125

Andragogía, 40

comparación con pedagogía, 41c

Ansiedad

definición de, 285

Freud y la, 151

interpersonal, 286

papel de la enfermera en el control de la, 286

Asociación de Escuelas Superiores de Enfermería, 16

Asociación Norteamericana de Enfermeras, 10, 15-17, 51

Código de las Enfermeras, 54-55, 234, 236-237

Comisión sobre Servicios de Enfermería, 227

Declaración de Política Social, 226

Documento de Posición, 14

estructuras, 320

Normas para la Práctica, Servicio y Educación de Enfermería, 236-237, 252-253

Programa para las políticas de salud, 222

y el poder de las enfermeras, 326

Atención cooperativa, 219

Atención institucional, 212

Autenticidad, en la relación entre enfermera y usuario, 279-280

Autoconcepto

bases teóricas del, 64-67

comunicación y, 277

desarrollo del, resultados, 67

evaluación reflejadas y, 65-66

interacción y, 64-67

otras personas importantes y el, 65

profesional. *Ver* Autoconcepto Profesional

valores sociales y, 66-67

y la enfermería, 63-86

Autoconcepto Profesional, 63-86

identidad y, 76-77

maduración del, 77-79

relaciones terapéuticas y el, 84-85

sistema del yo y el, 67-68

Autonomía  
del paciente, 338  
en la práctica de la enfermería, 357-358

Autoridad  
formal, 305  
función de liderazgo y, 305-306  
funcional, 305

Autotratamiento, 196

## B

Biculturalismo, 43  
Blake y Mouton, teoría del liderazgo de, 297-311f

## C

### Cambio

capacidad de, 317-318  
clima para, factores del, 325  
definición de, 314-315  
en la organización, 319-321  
    teoría clásica del, 320-321  
    teoría de sistema del, 321  
fases del, 316-319  
mantenimiento del, 319  
modelos de desarrollo del, 315  
modelos de sistemas del, 315-319  
motivación y, 318  
objetivos del, 318  
puesta en práctica del, en el proceso de la enfermería, 329-332  
resistencia al, 322-325  
    cómo evitar la, 324  
    factores culturales de la, 322  
    factores de la, relativos a la organización, 323  
    factores psicológicos de la, 323  
    factores sociales de la, 322-323  
tipos de, 28-29, 313-314  
    de desarrollo, 314  
    espontáneo, 314  
    planificado, 314  
    por azar, 313  
y esquemas teóricos, 315-329  
    comparación de los, 316c  
    Lewin, 315  
    Lippitt, 316  
    Schein, 316

Campo de la enfermería, 106  
Características del liderazgo, 296-297  
Ciencia, características de la, 97-99  
Ciencia de la enfermería

- definición de, 89
  - desarrollo de la, 159
  - pasos de la, 103-105
- Cinética, 274
- Clase socioeconómica, salud y, 192
- Coalición de Enfermeras para Actuar en Política, 221-222
- Código de las Enfermeras, 54-56
- Colaboración, en la práctica de la enfermería, 356
- Colaborador que menos agrada, como prueba de liderazgo, 303
- Comisión Interestatal del Oeste sobre Educación Superior, 359-360
  - sobre el personal de enfermería necesario, 361c
- Comisión Nacional sobre Enfermería, 12, 129
  - recomendaciones para la investigación, 129-130
- Compensación, sistemas y, 140
- Competencia, en la práctica, 242
- Complementaridad, 173
- Comportamiento
  - Freud y el, 150-151
- Comunicación
  - actividades terapéuticas en la, 287-289c
  - ansiedad y, 284-286
  - autoconcepto y, importancia del, 277
  - autoevaluación de la, 291-292
  - con otras personas importantes, 196
  - elementos de la, 271
  - enfermera-usuario, 270-280
    - elemento interpersonal de la, 270
  - en las relaciones de colaboración, 326-329
  - evaluación de la, 287
  - funciones de la, 272
  - no terapéutica, 289
  - percepción y, 277
  - tipos de, 272-276
    - no verbal, 274-276
    - verbal, 273
  - valor de contenido de la, 272
  - valor perceptual de la, 272-273
- Comunicación no terapéutica, 289-290c
- Comunicación no verbal
  - acciones motoras como, 274
  - procesos sensoriales de la, 274
  - propiedades del ambiente y la, 275
- Comunicación terapéutica
  - barreras de la, 290c
  - técnicas de, 288c
- Comunicación verbal
  - influencias sobre la, 273
  - problemas con la, 273
- Conceptos
  - abstractos en comparación con generales, 102



- definición de, 100
- Conducta de bienestar, 200-206
  - definición de, 184-185
  - determinantes del, 189-195
    - ambiente, 195
    - comportamiento, 191
    - cultura, 193-195
    - edad, 189-190
    - estructuras cognoscitivas, 190-191
    - factores biológicos, 189-190
    - factores endógenos, 189-192
    - factores exógenos, 192-195
    - género, 189
    - genética, 189
    - grupos sociales, 192-193
    - nivel de vida, 192
    - nutrición, 190
    - raza, 190
    - promoción del, 204-206
    - relación con la enfermedad, 182
- Conducta del papel de enfermo, 199-200
- Conducta de liderazgo, 306-310
  - colaboración, 308-309
  - delegación de autoridad, 310
  - empleo del poder, 310
  - experiencia en el proceso de enfermería, 306-308
  - manejo de conflictos, 309-310
  - responsabilidad, 310
- Conducta en situaciones de malestar, 195-199
- Conducta preventiva
  - determinantes interpersonales del, 202
  - teoría del aprendizaje social y el, 202-203
  - teorías sobre el, 201-203
- Consejo Internacional de Enfermeras, 51
- Consejo Nacional sobre Planificación y Desarrollo de la salud, 213
- Continuo de la salud y el malestar, 187, 189f
- Cosmología
  - características de la, 29-30
  - contingencia y, 29
  - dinámica de los cuerpos y, 30
- Crecimiento, definición de, 144
- Crisis
  - fases de la, 142-143
  - tipos de, 143

## D

- Declaraciones de Interpretación del Código de las Enfermeras de la ANA, 55-56
- Defensa
  - bases teóricas de la, 334

- coordinación y, 337
- ética de la, 337-339
- facilitación y, 336
- necesidad de, 339-340
- protección y, 336-337
- reciprocidad y, 335-336
- significados de la, 334-335
- Deontología, 24
- Derechos éticos, 56-57
- Derechos humanos, y necesidades, el paciente y los, 338
- Desarrollo, elementos del, 145
- Desarrollo cognoscitivo
  - etapas del, 148-149
  - procesos cíclicos del, 149f
  - teoría del, 148-149
- Desarrollo de la personalidad
  - comunicación interpersonal y, 147
  - Sullivan sobre el, 145-147
- Desarrollo profesional, etapas del, 70, 71c
  - experiencia, 75-76
  - independencia, 73-75
  - periodo de orientación 69-72
  - periodo posterior a la orientación, 72-73
  - el profesional de mayor edad, 80-81
  - el profesional productivo, 79-80
- Desarrollo psicosexual
  - ansiedad y, 151
  - comportamiento y, 151
  - etapas del, 151
  - inconsciente y, 151
  - recuerdos y, 151
  - teoría sobre el, 150-151, 152-154
- Descartes, el pensamiento científico y, 93
- Diagnóstico de enfermería
  - clasificación del, 255-259
  - elementos del, 257-258c
  - factores etiológicos del, 259f
- Disciplina de la enfermería, condición de la, 105
- Diseño de la investigación, determinantes del, 123
- Documento de Posición, de la ANA, 14

## E

- Edad, bienestar y, 189-190
- Educación, sugerencias para la, 40-42. *Ver también* Educación en Enfermería
- Educación en enfermería
  - la ANA y, 16-17
  - cambios en la, 359-363
  - capacitación en hospitales como, 11-12
  - Documento de Posición y, 14

- escuelas que otorgan un diploma en, 48
- estudios sobre la, 12
- futuro de la, 375-376
- informe del Instituto de Medicina sobre, 128
- movilidad de la, 362-363
- nivel posgrado en la, 364-365c
- niveles de, 360-362
- patrones de, 11-12
- perspectivas filosóficas, 21. *Ver también* Filosofía, Filosofía de la enfermería
- programa a nivel licenciatura, 14
  - capacidades mínimas para el, 48
- programa de educación técnica en, 13
  - capacidades mínimas para el, 48
- programas para obtener el título en, 8c
- Sigma Theta Tau y la, 18
- la Universidad de Yale y la, 14
- Eficiencia en cuanto a los costos, de las actividades de enfermería, 117-119
- Empatía, desarrollo de la, 279
  - procesos de la, 278
- Enfermedad, definición de, 182
- Enfermedad
  - autotratamiento de la, 196
  - definición de, 182
  - enfrentamiento y, 198-199
  - etapas de la, 196-198
  - evaluación del tratamiento de la, 197
  - evaluación de los síntomas de la, 196
  - papel de enfermo y la, 197
  - prevención de, 203-204
  - selección del plan de tratamiento de la, 197
  - tensión y, 198-199
- Enfermera
  - como académica e investigadora, 130
  - como agente del cambio, 313-331
  - como defensora de los usuarios. *Ver también* Defensa
    - el sistema de servicios de salud y la, 340-343
    - función de la, 341-342
    - problemas relacionados con la, 343-344
  - definición de, 36
  - imagen pública de la, 344-345, 347-350
- Enfermeras científicas, 106
- Enfermería
  - definición de, 3
  - estereotipación sexual y, 348-349
  - historia de la, 3
  - identidad profesional, falta de, y la, 349-350
  - Johnson sobre la, 164
  - Neuman sobre la, 171
  - Peplau sobre la, 161
  - Rogers sobre la, 173

- Roy sobre la, 169
  - valores sociales de la, 122-124
- Enfrentamiento, 198-199
- Entorno de atención de la salud en el hogar, 4
- Escuelas que otorgan un Diploma, 48
- Estilo de comunicación
  - aspectos del, 326-327
  - cambio y, 325-327
- Estilos de liderazgo, 297
  - factores que afectan los, 297
- Estrategias de cambio
  - categorías de, 327-329
  - de poder, 329
  - de poder y coercitivas, 328
  - empíricas y racionales, 327
  - normativas y reeducativas, 327
  - persuasivas, 329
  - propiciatorias, 328
  - reeducativas, 328
- Estrategias de comunicación para enfermeras, 286-289. *Ver también* Comunicación terapéutica
- Estudios sobre enfermería, 12
- Evaluación, resultados de, 264
- Examen del Consejo Nacional para la Obtención de una Licencia de Enfermera Diplomada (NCLEX), 48, 57

## F

- Fase de explotación, en la relación entre la enfermera y el usuario, 283
- Fase de identificación en la relación entre la enfermera y el usuario, 283
- Fase de orientación, en la relación entre la enfermera y el usuario, 283
- Fase de resolución, en la relación entre la enfermera y el usuario, 283
- Filosofía, en la enfermería
  - decisiones éticas y la, 23-24
  - definición de, 22
  - elementos de la 25-26
  - finés de la, 22-23
  - importancia de la, 24
  - práctica de enfermería y la, 23
  - sistemas humanos y la, 23
- Filosofía de la enfermería, 35-36
  - cosmología, 29
  - elementos de la, 25
  - ética y la, 32
  - importancia de la, 24
  - forma de ver la vida y la, 30
  - lógica y, 26
  - ontología, 28
  - práctica y la, 251-252
- Filosofía moral, 32-35

Formulación de hipótesis, 104, 122-123  
 Freud, teoría sobre el desarrollo psicosexual, 150-151

## G

Galileo, el pensamiento científico y, 93  
 Gastos en la atención de la salud, variables en los, 350-353  
 Generalización, 105  
 Género, bienestar y, 189  
 Genética, bienestar y, 189  
 Grupos de diagnósticos relacionados, 224  
 Grupos sociales, salud, y, 192-193

## H

Hipótesis de investigación. *Ver* Formulación de hipótesis  
 Homeostasia, 140  
 Hospital, como patrón, 7  
 Huygens, el pensamiento científico y, 93-94

## I

Identidad profesional  
     desarrollo de la, 81-82  
     imagen e, 82  
*Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 18  
 Influencias sociales, etapas de las, 44  
 Instituto de Medicina, 128  
     recomendaciones del, 367-370  
 Instituto Nacional de Medicina, 12  
 Integración social, 43  
 Intervenciones de enfermería con diferentes modelos, 263c  
 Investigación. *Ver también* Investigación sobre enfermería  
     definición de, 109  
     necesidad de, en la enfermería, 112-115  
 Investigación en enfermería  
     financiamiento y visibilidad de la, 365, 366  
     futuro de la, 376  
     modelos de enfermería e, 174-175  
     necesidad de cuestionamiento en la, 119  
     necesidades de los clientes e, 116  
     Peplau sobre la, 161  
     potencial de, 127  
     proyectos necesarios en la, 131-132c  
     recomendaciones para la, 128-130  
     el sistema de servicios de salud y la, 115-119

## J

Johnson, D., modelo de enfermería de, 163-165c

## L

Lewin, y la teoría del cambio, 315

Ley, y enfermería

licencia, 57-58

negligencia, 58

responsabilidad legal, 58-60

tratamientos erróneos, 108

Ley de Capacitación de Enfermeras, 10, 364

Ley de Planificación de la Salud y Desarrollo de los Recursos, 213

Ley del Servicio de Salud Pública, 10

Leyes estadísticas, método científico y, 102

Licencia, en enfermería, 57-58

Liderazgo

definición de, 295

eficacia del, 300-302

elementos del, 304-306

autoridad, 305

comunicación, 305-306

influencia, 306

motivación, 304-305

Liderazgo en enfermería. *Ver* Liderazgo

Liga Nacional de Educación en Enfermería (NLNE), 15

Lippitt, H., teoría del cambio de, 316

Lógica

definición de, 26

ideas y, 26

juicios y, 26-27

razón y, 27

## M

Marco teórico, definición de, 102

Metacomunicación, 276

Método científico, 94-95

conceptos del, 97-98

deducción de consecuencias, 104

generalización, 105

hipótesis, 104

ley, 101

marco teórico y, 102

observación y prueba, 104-105

principio, 101

razón y, 99

teoría y, 99-100

Modelo de adaptación 168-169

conceptos del 170c

términos del, 167

Modelo de comunicación, 166, 167

Modelo de enfermería de autocuidado, 165-167

- términos del, 165
- Modelo de las creencias sobre la salud, 201
- Modelo de relaciones interpersonales, 160-162
  - términos del, 160
- Modelo de salud holística, 187-188
- Modelo de sistemas de servicios de la salud, 170-172
- Modelo del hombre unitario, 172-174
- Modelo del sistema de comportamiento, 163-165
  - subsistemas del, 163
  - términos del, 163
- Modelo eudemonista, de la salud, 184
- Modelo de enfermería, 159-173. *Ver también modelos y teorías específicos*
  - comparación entre, 175c
  - investigación relacionada con los, 174-176
  - necesidad de, 174
  - pautas para elegir entre los, 260c
  - recopilación de información en los, 254c
  - utilidad de los, 174
- Modo de vida, bienestar y, 191
- Motivación, función de liderazgo y, 304-305
- Mujer, función de la, a través de la historia, 4-5

## N

- Necesidades de los usuarios, investigación y, 116-117
- Neuman, B., modelo de enfermería de, 170-172
- Newton, el pensamiento científico y, 93
- Nightingale, Florence, 4-5
- Nivel licenciatura en enfermería
  - capacidades mínimas para el, 48
  - contribuciones del, a la investigación sobre enfermería, 118-119
  - inscripción en el, 362-363
  - responsabilidad y el, 243-244
- Nivel técnico en enfermería, 13
  - capacidades mínimas para el, 49
- Normas sociales, 33-34
- Nutrición, bienestar y, 190

## O

- Observación y prueba, la ciencia de la enfermería y, 104-105
- Ontología, 28-29
  - cambio y, 28
  - el ser y la, 28
- Orem, D., modelo de enfermería de, 165-167
  - sobre los sistemas de enfermería, 166-167
- Organización Nacional de Enfermería de Salud Pública, 16
- Organizaciones, teoría del diseño clásico de las, 320, 321
- Organizaciones dedicadas a la conservación de la salud, 225
- Otras personas importantes, 145-147

comunicación con, 196  
tipos de, 65-66

## P

Papel, aspectos de, 285

Papel de enfermo

asunción del, 199

comportamiento en el, 199-200

Pedagogía, 40

comparación con andragogía, 41c

Pensamiento científico

historia del, 90-97

profesiones relacionadas con la salud y el, 96-97

tecnología y, 96

Peplau, H., modelo de enfermería de, 160-162c

Percepción, 277

comunicación y, 277

factores que afectan la, 277

Período circadiano, 154-155

Plan de cuidados de enfermería, metas del, 261-262

Plan de tratamiento, selección del, 197

Poder

definición de, 353

fuentes de, 354

teorías sobre el, 353-354

tipos de, 354-355

Práctica de la enfermería

administración de la, 226-227

normas para la, 253-255c

Práctica profesional

aspectos financieros de la, 350-353

características de la, 52-53

Código de las Enfermeras, 54-55

dimensiones legales de la, 57-60

dimensiones morales de la, 54-57

ética y, 54-56

imagen de la, 347-350

influencia de la, en la práctica, 347-353

influencias ejercidas por la organización en la, 15-18

Preferencias alimenticias, salud y, 192

Principio de la hélice, 173

Problema de investigación, desarrollo del, 120

Proceso de enfermería, 251-268

definición de, 252

fases del cambio en el, 329-331

filosofía del, 22

investigación y el, 112

método interactivo en el, 252f

modelos de, 111



- Proceso de la investigación, 109-132
  - análisis de la información, 125-126
  - conclusiones, 126
  - definición de las variables del, 121-122
  - desarrollo del problema de investigación y el, 120
  - diseño de la investigación y el, 123
  - hipótesis y, 122-123
  - informe escrito, 127
  - métodos e instrumentos de medición, 123-124
  - recolección de datos, 125
  - revisión de la literatura, 120-121
- Productores de tensión, 140
- Profesión, criterios para una, 47-51
  - autonomía, 51-52
  - capacidades, 48-49
  - características intelectuales, 47-50
  - conjunto de conocimientos, 47
  - educación especializada, 48-50
  - servicio a la sociedad, 51
- Profesión médica, desarrollo de la, 8-9
- Programa de capacitación en hospitales, 11-12
- Proyectos de investigación, recomendaciones para, 131-132c

## R

- Raza, bienestar y, 190
- Razón, proceso de la, 27
- Razonamiento moral
  - convencional, 149
  - posconvencional, 150
  - preconvencional, 149
  - teoría del, 149
- Reciprocidad en la relación entre la enfermera y el usuario, 284
- Recolección de datos, el proceso de la investigación y la, 125
- Recursos humanos de enfermería, 258
- Reddin, teoría del liderazgo de, 300-302
- Rejilla administrativa, estilo de liderazgo de la, 297-299f
- Relación entre la enfermera y el usuario
  - el paciente como demandante, 281-282
  - la enfermera como persona que brinda ayuda. *Ver también* Relaciones de ayuda, 281-292
  - etapas progresivas de la, 282-283
  - Peplau sobre la, 282
  - reciprocidad en la, 284
  - resultados de la, 290-292
- Relaciones de ayuda, 280-292
  - el paciente como demandante de, 281-282
  - condiciones necesarias para las, 281
  - etapas progresivas de las, 282
  - resultados de las, 290-292

- terminación de las, 319
- Relaciones interpersonales en la enfermería, 282
- Requisitos de autocuidado, 166
- Resistencia al cambio, 322, 324-325c
- Resocialización, 43-47
- Respeto, en la relación entre la enfermera y el usuario, 279
- Responsabilidad profesional, 52-53, 236-237, 310, 358
  - ante el usuario, 237-238
  - ante la institución que la emplea, 240-241
  - ante uno mismo, 238-239
  - aspectos positivos de la, 245
  - bases teóricas de la, 241
  - Código de la ANA sobre, 234
  - competencia y, 242
  - definición de, 234-236
  - educación y, 243-244
  - ética y, 243
  - habilidades de liderazgo y, 242
- Retroalimentación, en los sistemas, 139
- Revisión de la literatura, investigación y, 120-121, 122-123
- Ritmos
  - biológico, 155
  - circadianos, 155
  - utradianos, 155
- Ritmos ultradianos, 155
- Rogers, M., modelo de enfermería de, 172, 173
  - conceptos del, 173c
  - términos del, 172
- Roy, C., modelo de enfermería de, 167-169

## S

### Salud

- como desempeño de una función, 183
- definición de, 36, 183-184
- en comparación con malestar, 182-183
- modelo de, 183-184
- modelo de adaptación de la, 183-184
- modelo eudomonista de la, 184
- Johnson sobre la, 164
- Peplau sobre la, 161
- Roy sobre la, 169
- Seguro Nacional de Salud, 224
- Ser
  - categorías del, 28
  - concepto del, 28-29
- SGA. *Ver* Síndrome General de Adaptación; teoría de Selye sobre la tensión; teoría de la tensión, 141
  - procesos de la, 278
- Síndrome General de Adaptación (SGA), 141

- Síntomas, evaluación de los, 196, 197
- Sigma Theta Tau, 18
- Sistema de servicios de la salud
  - cambios en el, 359, 373-375
  - colaboración dentro del, 218
  - competencia dentro del, 220-222
  - cooperación dentro del, 218-219
  - disciplinas profesionales dentro del, 217-222
  - eficiencia en cuanto a los costos de las actividades de enfermería en el, 117-119
  - estructura del, 212-222
  - influencia del, 5-10
  - método interdisciplinario en el, 227-229
  - misión del, 223-225
  - papel del gobierno en el, 212-213
  - poder en el, 213-217
    - informal, 217
    - poder formal dentro del, 213-217
  - responsabilidad dentro del, 216-217, 226-229
- Sistema del yo
  - desarrollo del, 64
  - significado del, 84-86
- Sistemas
  - interacción de los, 138<sup>f</sup>
  - jerarquía de los, 137
- Sistemas abiertos, 138
- Sistemas de usuarios
  - el ambiente y los, 114-115
  - investigación y, 113-114
- Sistemas de enfermería, tipos de, 167
- Socialización
  - aprendizaje y, 40
  - a través de la educación, 44-47
  - dominio de habilidades y, 43
  - edad adulta en comparación con niñez, 40
  - en el entorno laboral, 43-44
  - en la enfermería, 39-40
  - práctica profesional y, 39-60
  - proceso de, 44-47
  - programas a nivel licenciatura y la, 46
  - resolución de conflictos y, 43
- Subsistemas, interacción entre, 137
- Suprasistemas, 137

## T

- Tareas de desarrollo, realización de, 68-69
- Teoría. *Ver también teorías y teóricos específicos* definición de, 99-100, 135
  - niveles de, 135, 137
  - tipos de, 100
- Teoría de contingencia del liderazgo, 302, 303

- Teoría de Erickson sobre el desarrollo psicosocial, 152, 153
- Teoría de Fiedler sobre el liderazgo, 302-303
- Teoría de Hersey y Blanchard sobre el liderazgo, 299-300
- Teoría de Kohlberg sobre el razonamiento moral, 149-150
- Teoría de Maslow sobre el desarrollo psicosocial, 153-154
- Teoría de Piaget sobre el desarrollo cognoscitivo, 148-149
- Teoría de Schein sobre el cambio, 316
- Teoría de Selye sobre la tensión, 140-142
  - SGA y, 141
  - oposición a, 141
- Teoría de sistemas, 137-139
  - del cambio, 321
  - en comparación con otras teorías, 156
  - entrada, 138
  - proceso de la enfermería y la, 139
  - producto, 139
  - retroalimentación, 139
- Teoría del aprendizaje social, 202-203
- Teoría del desarrollo, 144-154
  - en comparación con otras teorías, 156c
- Teoría del diseño clásico, 320-321
- Teoría del ritmo, 154-156
  - proceso de enfermería y la, 155
- Teoría de la adaptación, 139-143
  - en comparación con otras teorías, 156
- Teoría de la eficacia del líder, 300-302
- Teoría de las etapas, 144-145
- Teoría de la tensión, 139-142
  - en comparación con otras teorías, 156c
  - de Selye, 140-142
- Teoría de la trayectoria de las metas, en el liderazgo, 303-304
- Teoría interpersonal de Sullivan, 145-147
  - desarrollo de la personalidad y la, 147
- Teoría sobre el crecimiento y el desarrollo, 144-154
- Teoría(s) sobre enfermería
  - comparación entre las, 156c
  - definición de, 135
- Teorías sobre el liderazgo, 296-302
  - de Blake y Mouton, 297-299f
  - de Fiedler, 302-303
  - de Hersey y Blanchard, 299-300f
  - de Reddin, 300-302f
  - del ciclo de vida, 299-300f
  - situacional, 302-303
  - trayectoria de las metas, 303-304
- Teoría teleológica, 23
- Tratamiento
  - evaluación del, 197
  - fuentes de evaluación de las, 197

U

Unidades de cuidados intensivos, como ambiente de la enfermería, 118  
Universidad de Yale, la educación en enfermería y la, 14

V

Variables de la investigación, definición de, 121-122

"Este libro está especialmente destinado a los estudiantes de ciencias de la salud de América Latina y se publica dentro de los programas de educación de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas, para la promoción de la salud de sus habitantes. Se deja constancia que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo".