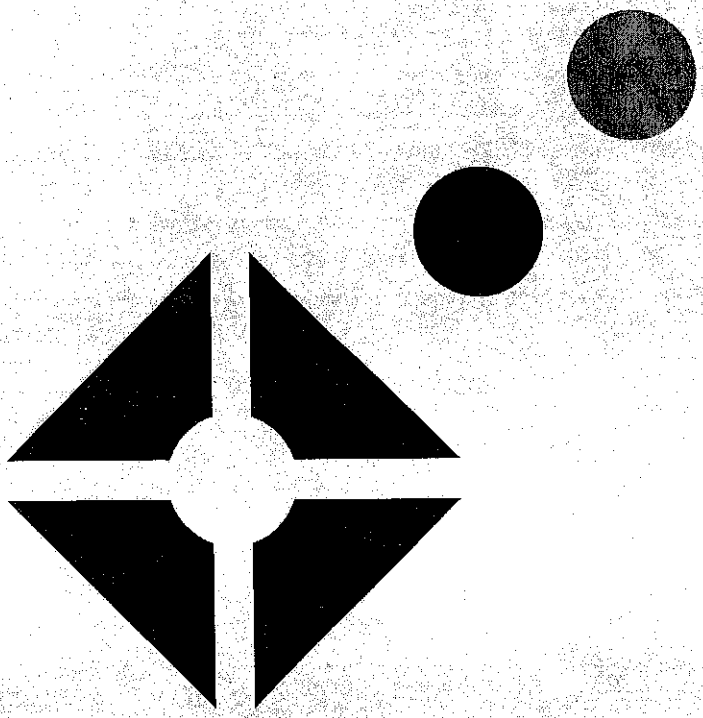
El pensamiento enfermero

Suzanne Kérouac
Jacinthe Pepin
Francine Ducharme
André Duquette
Francine Major



ELSEVIER
MASSON

EL PENSAMIENTO ENFERMERO

EL PENSAMIENTO ENFERMERO

Suzanne Kérouack, M.N., M.Sc.

Jacinthe Pepin, Candidate Ph.D.

Francine Ducharme, Ph.D.

André Duquette, Ph.D.

Francine Major, M.Sc.

ELSEVIER
MASSON

Ámsterdam Barcelona Beijing Boston Filadelfia Londres Madrid
México Milán Múnich Orlando París Roma Sídney Tokio Toronto

ELSEVIER
MASSON

Edición en español de la obra original en francés
La pensée infimière

Copyright © MCMXCIV Éditions Études Vivantes

An Elsevier Imprint

Dirección científica
R. M. Blasco
Profesora Titular de la Escuela Universitaria de Enfermería,
Universidad de Barcelona

Traducción
Mercè Arqué Blanco
Profesora Titular de Enfermería Médico-Quirúrgica,
Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Barcelona

Revisión científica
Carmen Fernández Ferrín
Profesora Titular de Fundamentos de Enfermería,
Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Barcelona

Notas:
El término «enfermera» designa tanto al enfermero como a la enfermera
El término «estudiante» designa tanto al estudiante como a la estudiante

© 1996 Elsevier España, S.L.
Es una publicación MASSON
Travessera de Gràcia, 17-21 - 08021 Barcelona, España

Fotocopiar es un delito (Art. 270 C.P.)

Para que existan libros es necesario el trabajo de un importante colectivo (autores, traductores, dibujantes, correctores, impresores, editores, etc.). El principal beneficiario de ese esfuerzo es el lector que aprovecha su contenido.

Quien fotocopia un libro, en las circunstancias previstas por la ley, delinque y contribuye a la «no» existencia de nuevas ediciones. Además, a corto plazo, encarece el precio de las ya existentes.

Este libro está legalmente protegido por los derechos de propiedad intelectual. Cualquier uso fuera de los límites establecidos por la legislación vigente, sin el consentimiento del editor, es ilegal. Esto se aplica en particular a la reproducción, fotocopia, traducción, grabación o cualquier otro sistema de recuperación de almacenaje de información.

ISBN edición original: 2-7607-0584-6
ISBN edición española: 978-84-458-0365-3

Depósito Legal: B. 44.960 - 2009
Diseño de la portada: STV Disseny
Composición y compaginación: A. Parras
Impreso en España por Liberdúplex, S.A.

PRÓLOGO

Desde los años 60, los sistemas de salud de los países occidentales se han desarrollado de una forma excepcional. Los conocimientos y las técnicas han experimentado un progreso considerable, exigiendo la puesta en marcha de importantes recursos materiales. Actualmente, frente a la crisis financiera que atravesamos, se formulan varias preguntas respecto a las orientaciones que será necesario privilegiar. ¿Las restricciones presupuestarias que nos afectan nos imponen una definición de nuestras prioridades? ¿Cuál será el sistema de salud del mañana, y qué lugar concederá a las necesidades de salud y a los cuidados enfermeros?

Las enfermeras constituyen una fuerza humana y profesional de primer orden. En número, sus miembros sobrepasan de lejos a los otros profesionales de la salud. Sus competencias están diversificadas, y se las encuentra en todas las esferas de actividades relacionadas con la salud: las enfermeras cuidan, educan, aconsejan, dirigen y también investigan. Su trabajo actual está marcado por la polivalencia, la flexibilidad y la multidisciplinariedad. Igualmente está lleno de paradojas. Se les pide desarrollar un espíritu analítico y tener en cuenta la globalidad. Se les exigen competencias técnicas de alto nivel manteniendo el calor humano y la simplicidad en el contacto. Se desea una enfermera que pueda combinar las propiedades del *high tech* y del *high touch*. Además, las condiciones en el ejercicio de su trabajo tienden a transformarse bajo el efecto del desarrollo tecnológico y de la informatización, sin olvidar el impacto de fenómenos como el envejecimiento de la población, el SIDA, la pobreza. Más allá de la diversidad y del cambio, los cuidados siguen siendo la razón de ser de la profesión; constituyen el motor y el centro.

El estudio de los paradigmas, las concepciones y los principios que han guiado la profesión enfermera desde Florence Nightingale es esencial para la comprensión de la naturaleza de los cuidados y de los cuidados enfermeros, a fin de descubrir o redescubrir la riqueza de un pensamiento no reconocida todavía. Desde hace algunos años, se ha insistido mucho sobre la importancia de destacar los cuidados. Entre otras cosas, esto quiere decir comunicar el contenido y el alcance de los actos de cuidados, aumentar la toma de consciencia en lo que concierne a su significado, pero también, como se hace aquí, divulgar y hacer accesible

el pensamiento que fundamenta dichos cuidados. Una obra así es esencial para la enseñanza y para el estudio de los cuidados enfermeros, pero su interés sobrepasa este campo específico. Permite establecer un diálogo con las otras profesiones, los dirigentes y los investigadores. Más que nunca, se hace evidente la importancia y el valor de la dimensión cuidadora en la sociedad en general y particularmente en el sistema de salud, y, en consecuencia, el interés estratégico de escoger los cuidados que serán prodigados. Por ello, es necesario comprender mejor la contribución del pensamiento enfermero en sus aspectos más innovadores y estar abiertos a la esencia de los cuidados enfermeros.

FRANCINE SAILLANT, Ph.D.
École des Sciences Infirmières,
Centre de Recherche sur les Services Communautaires,
Université Laval

PREFACIO

¿Quiénes son las enfermeras? ¿Qué hacen? Con asombro e interés estas preguntas nos llaman la atención. Estas preguntas ocasionan asombro, ya que las enfermeras tienen una extensa práctica, anclada en la historia, historia que ha moldeado su evolución según los acontecimientos sociales. Estas preguntas también estimulan nuestro deseo de expresar, con justicia y claridad, los significados, los objetivos y las preocupaciones de la disciplina enfermera en el alba del siglo XXI. Estas preguntas son urgentes y apremiantes, y merecen atención y consideración.

El pensamiento puede transformar el futuro... ¿Quién no ha sentido, alguna vez, el sufrimiento de una enfermedad, incluso si es leve? ¿Quién no ha soñado, en esos momentos, que personas tranquilas, respetuosas de nuestros valores y nuestra dignidad, que reconfortan con su sola presencia y su actitud empática, nos acogen en una casa de reposo? Inspiradas en Chinn (1989), seguimos la expresión de este sueño.

Soy un ser que sufre... Una enfermera me ayuda a relajarme de todas las tensiones que acompañan mi dolor, me aplica un masaje y, mediante la calidad de su presencia y de su lenguaje tranquilo, me enseña a ver imágenes de paz, de fuerza y de curación. Arregla mi entorno para una mayor comodidad. Me recuerda por qué estoy aquí y me explica cómo el personal sanitario me asistirá los próximos días. Me pregunta también en qué momentos me vendrán a visitar las personas queridas para informarles del papel que deberán desempeñar en mi curación. Me asegura que se va a dedicar todo el tiempo requerido como hace ahora, a escuchar y ofrecer las explicaciones necesarias a mis parientes. Me explica cómo obtener ayuda y cómo compartir las informaciones concernientes a mi situación con las personas que me cuidarán. Cuando se va de la habitación, ya me siento mejor. Han pasado unos treinta minutos.

Descanso... Se presentan otras personas; cada una tiene interés en precisar su contribución y explicar sus expectativas, tanto en relación a los miembros de mi familia como a mí misma. Mi estancia será corta, dicen... Estaré en vías de curación cuando salga y, de esta experiencia, retendré lo más importante; habré aprendido a través de la enfermedad, cómo vivir saludablemente... Esta estancia habrá influenciado mi forma de vivir en el futuro.

Súbitamente me despierto. Una voz nasal llama de forma escandalosa: «¡Dr. Bernard! ¡Dr. Bernard! Llame a la centralita». Ruidos metálicos de todo tipo acompañan el recital que hace una auxiliar de su fin de semana... No estoy en una casa de salud, sino en el hospital. ¡Qué decepción! Siento dolor, miedo y frío, estoy tensa y me siento como una extraña: ¿Quiénes son estas personas exacerbadas alrededor mío? ¿Quién puede ayudarme? Lloro... Y la voz nasal sigue: «¡Código 999, código 999; 6.° oeste!»

¿Cómo encontrar a la enfermera de la casa de salud? Damos algunas respuestas en los capítulos de este libro dirigidos a toda persona deseosa de conocer mejor la ciencia enfermera. ¿Qué hacen estas enfermeras? ¿A qué contribuyen? ¿Cómo participan a la vez en el proceso de curar y a la promoción de la salud? ¿Cómo ayudan a las personas, a través de sus experiencias de salud, a adquirir el saber *(empowerment)* para desarrollarlo?

Compuesto por seis capítulos, este libro muestra cómo, a través del tiempo, la disciplina enfermera ha evolucionado y cómo se vislumbra en la linde del siglo XXI. Las grandes corrientes del pensamiento han influenciado diversas concepciones que se orientan hacia lo esencial de la disciplina. De ellas emanan las proposiciones para la práctica, formación, investigación y gestión de los cuidados.

De la conciencia moral al conocimiento intelectual,
de la mejora de uno mismo al amor de los demás
y a la compasión hacia ellos, todo está ahí....*

Todo viene de más lejos
*y todo va más lejos que nosotros**.*

*Yourcenar, Marguerite. *Les yeux ouverts*. Éditions du Centurion, 1980, pág. 314.
***Id.*, pág. 309.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestra gratitud a los grandes maestros que han contribuido a la evolución de nuestro pensamiento. Varios nos han inspirado, pero destacamos muy particularmente, a las profesoras Evelyn Adam, Afaf I. Meleis y Madeleine Leininger, quienes, por la riqueza de su persona y de sus trabajos, han sabido inspirarnos una profunda reflexión y nos han estimulado hacia discusiones sustanciales. El respeto por los demás, la libertad de expresión y un irreprimible deseo de autenticidad animaron nuestros intercambios y crearon la sinergia necesaria para reforzar nuestro grupo. Les debemos el placer vivificante que ha supuesto realizar esta obra.

Deseamos rendir homenaje a la profesora Georgette Desjean que nos ha dejado prematuramente en 1993. Su paso por la facultad ha significado la promoción de una actitud solícita.

Agradecemos calurosamente a nuestros colegas y estudiantes que, con sus preguntas, sus estímulos y alguna vez sus dudas, han animado nuestros esfuerzos de clarificación en relación a la disciplina enfermera. Estas personas, a veces sin saberlo, han contribuido a insuflar la energía necesaria para mantener el interés para realizar esta obra. Señalamos la acogida, la generosidad, la calidad de trabajo y el interés del personal de investigación: Manon Paquette y Marie Alderson, así como la inestimable colaboración de Lesley S. Rouillier, Ginette Lazure, Pierre Saulnier y Dominique St-Jean. Damos las gracias especialmente a Guylaine Dubé por la mecanografía de los textos.

No sabríamos obviar la pregunta inicial hecha por los miembros de la Dirección General de la Planificación y de la Evaluación del Ministerio de Salud y Servicios Sociales. Esta pregunta, «¿Cuál es la naturaleza de los cuidados enfermeros?», ha dado lugar a un documento de reflexión, aparecido en 1992, que ha permitido el inicio del proyecto.

Expresamos nuestra gratitud a los evaluadores del documento de reflexión sobre la naturaleza de los cuidados enfermeros, que han sabido, gracias a sus comentarios sustanciales y a sus estímulos, incitarnos a continuar con la experiencia de escribir sobre el tema de este libro.

LAS AUTORAS
Faculté des Sciences Infirmières,
Université de Montréal

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

Capítulo 1

Grandes corrientes del pensamiento 1
Paradigma de la categorización 3
Orientación hacia la salud pública 4
Orientación hacia la enfermedad 6
Paradigma de la integración 9
Orientación hacia la persona 9
Paradigma de la transformación 12
Apertura hacia el mundo 13

Capítulo 2

Concepciones, de Nightingale a Parse 23
Escuela de las necesidades 26
Independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales, según Virginia Henderson 28
Autocuidado, según Dorothea Orem 29
Escuela de la interacción 31
Proceso interpersonal, según Hildegard Peplau 32
Escuela de los efectos deseables 33
Adaptación, según Callista Roy 34
Escuela de la promoción de la salud 36
Promoción de la salud en la familia, según Moyra Allen 36
Escuela del ser humano unitario 38
Ser humano unitario, según Martha Rogers 39
El ser hacia su actualización, según Rosemarie Rizzo Parse 41
Escuela del *caring* 42
Cuidado humano *(human caring)*, según Jean Watson .. 43
Cuidado transcultural, según Madeleine Leininger 45

Capítulo 3

Hacia lo esencial de la disciplina 59
Algunos enunciados 60
Centro de interés 62
Principios 63
Hacia el futuro 71

Capítulo 4

Propuestas para la práctica enfermera 75
Principales características de la práctica enfermera 76
Práctica enfermera inspirada en una concepción de la disciplina 82

Concepción de Henderson (escuela de las necesidades) . 83
Concepción de Peplau (escuela de la interacción) 84
Concepción de Roy (escuela de los efectos deseables) . . 85
Concepción de Parse (escuela del ser humano unitario) . 85
Concepción de Watson (escuela del *caring*) 86
Práctica enfermera y colaboración 88
Colaboración con el personal auxiliar en cuidados enfermeros 88
Colaboración con los miembros de la familia 89
Práctica enfermera e interdisciplinariedad 91
Relaciones con otras disciplinas 92
Colaboración interdisciplinaria 93

Capítulo 5
Propuestas para la formación y la investigación 99
Formación 100
Aspectos cruciales 100
Influencia de las diversas concepciones enfermeras 104
Otros imperativos 109
Investigación 111

Capítulo 6
Propuestas para la gestión de los cuidados 119
Definición de la gestión de los cuidados 120
Gestión de los cuidados y entorno 121
Concepciones enfermeras para la gestión de los cuidados . 125
Concepción de Orem 128
Concepción de King 129
Concepción de Roy 130
Concepción de Rogers 131
Concepción de Leininger 133
Enfoques de gestión innovadores 134

Reflexión 139

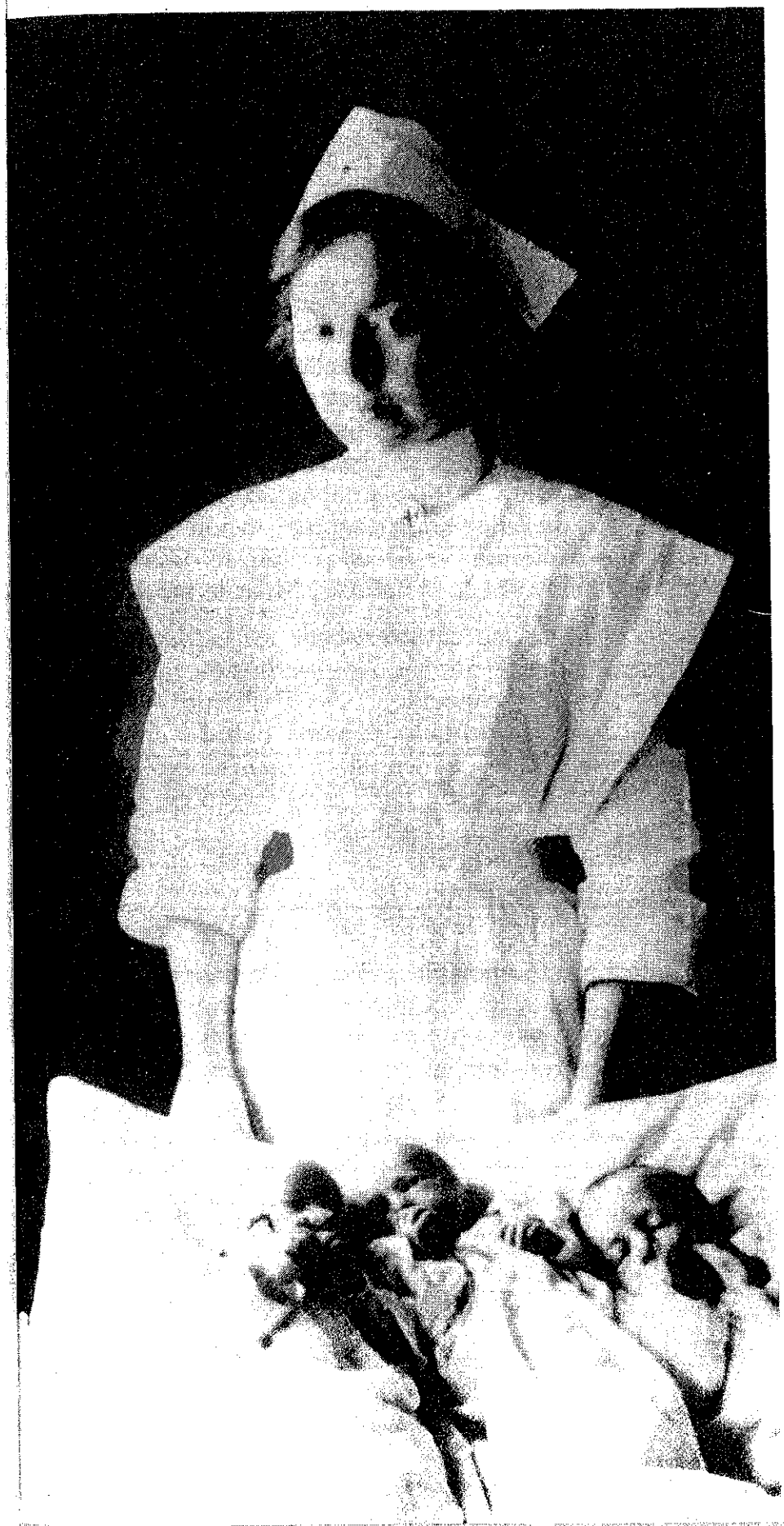
Glosario 141

Bibliografía 149

Índice alfabético de materias 165

CAPÍTULO 1

GRANDES CORRIENTES DEL PENSAMIENTO



Archives nationales du Québec, Fonds : Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste. P120-15, 118

■ **Una disciplina es un área de investigación y de práctica marcada por una perspectiva única o por una manera distinta de examinar los fenómenos.** ■

Desde hace muchos años, las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho el esfuerzo de buscar las palabras que describan justamente sus actividades de cuidados al lado de las personas provenientes de diversos lugares. Estas enfermeras, a menudo llamadas enfermeras teorizadoras y ***metateóricas****, han querido delimitar el campo de la disciplina enfermera.

Mientras que disciplinas como la física, la fisiología, la sociología y la historia son llamadas teóricas, otras, como el derecho, la medicina y la ciencia enfermera, son disciplinas profesionales, es decir, que están ante todo orientadas hacia una práctica profesional (Donaldson y Crowley, 1978). Según su perspectiva única y sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación, las disciplinas profesionales tienen por objeto desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.

Con el fin de precisar las características de la ***disciplina*** enfermera, Fawcett (1984) ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido, como Flaskerud y Halloran (1980), que los conceptos **cuidado**, **persona**, **salud** y **entorno** están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita. Desde 1859, estos cuatro conceptos están presentes en los escritos de Nightingale (1969). Es precisamente gracias a la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno que se clarifica el campo de la disciplina enfermera.

Además, es difícil, casi imposible, hablar de la disciplina enfermera sin tener en cuenta los contextos que han marcado su evolución. En esta óptica, parece oportuno situar las grandes corrientes del pensamiento que han favorecido el resurgir de los actuales conceptos de la disciplina enfermera.

■ **Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas «paradigmas», principalmente por el filósofo Kuhn (1970) y el físico Capra (1982). Estos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo occidental, paradigmas que han influenciado todas las disciplinas.** ■

*Los términos escritos en letra *cursiva* son definidos en el glosario de las páginas 142-147.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

En el *área* de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica de estos *paradigmas* teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina. Las denominaciones utilizadas aquí están inspiradas en los trabajos de Newman, Sime y Corcoran-Perry (1991) y de Newman (1992). Se trata de los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación. Los describimos brevemente en las páginas siguientes. Presentamos igualmente cuatro orientaciones generales de la disciplina enfermera en el seno de estas corrientes de pensamiento. Se trata de orientaciones hacia la salud pública, la enfermedad, la persona y la apertura sobre el mundo. Analizamos estas orientaciones en relación a los conceptos que tienen actualmente un cierto consenso en el seno de la disciplina enfermera, es decir, los conceptos «cuidado», «persona», «salud» y «entorno». Finalmente estudiamos las características de la práctica, de la formación, de la investigación y de la gestión en la ciencia enfermera.

PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN

■ Según el paradigma de la categorización, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. ■

Un cambio en un *fenómeno* es consecuencia de condiciones anteriores. Así, los elementos y las manifestaciones conservan entre sí las relaciones ***lineales*** y causales. Bajo el ángulo de este paradigma, el desarrollo de los conocimientos se orienta hacia el descubrimiento de leyes universales.

Aplicado en el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Por ejemplo, el aislamiento diferenciado de las bacterias ha permitido clasificar y asociar estas bacterias a los signos y síntomas precisos de enfermedades en el ser humano. Estas manifestaciones poseen características bien definidas y medibles. Pueden ser ordenadas, tienen entre sí secuencias definidas de aparición y de enlaces previsibles.

El *paradigma de la categorización* ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la per-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

sona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

Orientación hacia la salud pública

Los escritos referidos a la orientación hacia la salud pública se sitúan en el alba de la sociedad moderna occidental, desde el siglo XIII al XIX. La necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación. Recordemos que, a mitad del siglo XIX, la mayoría de la población no sabe nada acerca de infecciones bacteriológicas y sobre los modos de propagación de la enfermedad, e ignora las precauciones más elementales. Son las motivaciones espirituales y humanitarias las que influencian profundamente los cuidados enfermeros de la época. En efecto, el cuidado que se dedica a la envoltura corporal tiene por fin mantener el cuidado del alma (Collière, 1986).

Ahora bien, Florence Nightingale, gracias a su educación, su experiencia en cuidados enfermeros y su personalidad, se revela como la única persona calificada y dispuesta a enfrentarse con el desafío de organizar los cuidados enfermeros en los hospitales militares ingleses durante la guerra de Crimea (Dolan, Fitzpatrick y Herrmann, 1983). Acompañada de cuarenta enfermeras laicas y religiosas, Florence Nightingale intenta dar a los hospitales las condiciones de higiene más elementales. Instruida en matemáticas, recopila las estadísticas relacionadas con las mejoras sanitarias y las tasas de mortalidad. En menos de 6 meses, las enfermeras se ganan el respeto de los cirujanos militares, opuestos en principio a la presencia de mujeres en el seno de la armada inglesa.

Según Nightingale, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la ***compasión***, sino también en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas (Nightingale, 1859-1969). La preocupación de la enfermera que está al lado de personas enfermas o sanas consiste en proporcionar al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud. La actividad de la enfermera está dirigida hacia la persona y su entorno con la intención de mantener y recuperar la salud, la prevención de las infecciones y heridas, la enseñanza de los modos de vida sana y el control de las condiciones sanitarias. Los cuidados enfermeros van dirigidos a todos, enfermos y gente sana, in-

dependientemente de las diferencias biológicas, clase económica, creencias y enfermedades. Nightingale considera a la **persona** según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente. Este potencial de la persona es asimismo reconocido en la actividad enfermera orientada hacia el cambio del entorno, puesto que tiene por objeto la mejora de las condiciones de vida personales y comunitarias.

Si el aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y una dieta adecuada permiten a la persona que sufre movilizar sus energías hacia la curación y a la que goza de salud, conservarla, luego, estos factores del **entorno** son válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad. Nightingale (1859-1969) las ha llamado «leyes de la salud o del cuidado enfermero» (pág. 9). La **salud** no es solamente lo opuesto a la enfermedad: este concepto significa igualmente «la voluntd de utilizar bien cada capacidad que tenemos» (Nightingale, 1885; traducción libre, pág. 1043). Toda información relativa a la mejora de las condiciones sanitarias favorece la salud. El **cuidado** es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal.

Estas ideas guían a Nightingale hacia la elaboración de un plan para la formación de enfermeras competentes. Después de la guerra de Crimea, la Fundación Nightingale, gracias a los donativos de un público agradecido, permite establecer una escuela de enfermeras, independiente de los hospitales. Las profesoras forman a los estudiantes para trabajar en el medio hospitalario, pero igualmente al lado de la familia en la comunidad (Dolan y cols., 1983). Florence Nightingale está dispuesta a dar a las enfermeras una formación basada tanto en el mantenimiento y recuperación de la salud, la prevención de las infecciones y heridas, y el control del entorno, como en la promoción de la salud (Reed y Zurakowski, 1989).

Según Florence Nightingale, son las personas que han recibido una formación de enfermera las que deben administrar los cuidados. Sólo las enfermeras, que son clínicas excelentes y que comprenden los principios de una gestión eficaz de los cuidados tienen la competencia de cumplir este trabajo (Henry, Woods y Nagelkerk, 1990). Además, con un objetivo de eficacia y de reducción de costos, cree firmemente en la necesidad de no utilizar el tiempo de las enfermeras en trabajos (limpieza, transporte de enfermos, etc.) que las aleja del cuidado de los enfermos.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

La orientación hacia la salud pública está caracterizada por la necesidad de aplicar los principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos comparativos así como por una enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios.

Como resultado del progreso de los conocimientos en salud pública, se ha puesto de manifiesto la necesidad de programas educativos en salud, de prevención de las enfermedades infecciosas y de higiene industrial. Hasta finales de la década de los años 30, la mayoría de las enfermeras trabajan en servicio privado, en el domicilio y el hospital, o en higiene pública, empleadas por ayuntamientos o compañías aseguradoras, o incluso ocupan un lugar de supervisora o de profesora en el hospital. Todas participan activamente en el progreso de las condiciones sociosanitarias de las comunidades (Dolan y cols., 1983).

Orientación hacia la enfermedad

La orientación hacia la enfermedad se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas (Dolan y cols., 1983). La erradicación de las enfermedades transmisibles es la prioridad de los años 1900 a 1950. Aparece igualmente la formulación de diagnósticos médicos basados en la asociación de síntomas observables a partir de fallos biológicos (Allan y Hall, 1988; Dolan y cols., 1983). Las enfermedades físicas son consideradas como una realidad independiente del entorno, de la sociedad y de la cultura. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a una causa única. El factor causal orienta al tratamiento, y se dejan de lado los demás factores personales o ambientales. El objetivo de la medicina tecnicocientífica es estudiar la causa de la enfermedad, formular un diagnóstico preciso y proponer un tratamiento específico al diagnóstico establecido (Allan y Hall, 1988).

Según esta orientación, el **cuidado** está enfocado hacia los problemas, los déficit o las incapacidades de la persona. La enfermera delimita las zonas problemáticas que son de su competencia que, como habíamos dicho, está muy unida a la de la profesión médica. Su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir los déficit y ayudar a los incapacitados. Intervenir significa «hacer para» las personas. La enfermera está muy atarea-

da y ocupada (Meleis, 1991), planifica, organiza, coordina y evalúa las acciones. La persona está «bajo» sus cuidados y la de los otros profesionales de la salud. Estos profesionales son considerados expertos que poseen los conocimientos sobre los agentes nocivos a la salud. Se puede decir que no se invita a la persona a participar en los cuidados de sí misma.

Ya que la **persona** se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente; empieza y termina en un punto fijo, sin contacto con ninguna otra parte. Así, podemos separar la dimensión biológica de la dimensión psicológica, estudiar el sistema respiratorio independientemente del sistema endocrino y establecer los objetivos de cuidados relacionados con la función respiratoria separadamente de los objetivos unidos a la función nerviosa. Según esta perspectiva, la persona depende de las condiciones en que se encuentra y trata de controlarlas para promover su salud y su bienestar. La **salud** es un equilibrio altamente deseable. La salud es percibida como «positiva» mientras que la enfermedad es percibida como «negativa». La salud es sinónimo de ausencia de enfermedad. La muerte, como la enfermedad, se debe combatir a cualquier precio. En lo que concierne al **entorno** es un elemento separado de la persona. El entorno es físico, social y cultural. En general es hostil al ser humano. Dado que es percibido negativamente, debe ser manipulado y controlado. Por ejemplo, las técnicas de asepsia van dirigidas a controlar los microorganismos nocivos para el ser humano.

Así como los cuidados enfermeros están estrechamente unidos a la práctica médica, se orientan igualmente al control de la enfermedad. Dado que las tasas de mortalidad permanecen elevadas a consecuencia de las principales enfermedades contagiosas de la infancia y de la edad adulta, es ventajoso para la población poder aprovecharse tanto de los cuidados enfermeros adecuados como de las mejoras en la práctica médica. De este modo, una formación más avanzada en los cuidados de enfermería son un medio esencial de controlar la enfermedad (Gortner, 1983).

A principios del siglo XX, en Estados Unidos, nacen numerosas escuelas de enfermeras. Las direcciones de hospitales descubrieron que una escuela de enfermeras ofrece una mano de obra joven, disciplinada y «a buen precio» (Reverby, 1987). Además, los cuidados enfermeros competentes disminuyen el tiempo de hospitalización, lo que permite tratar un mayor número de personas. Por otra parte, una enfermera diplomada puede sustituir

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

al médico en las tareas rutinarias en el servicio privado a domicilio. La escuela de enfermeras depende, pues, del hospital, de modo que los servicios hospitalarios tienen prioridad sobre las necesidades de formación (Brooks y Kleine-Kracht, 1983). El estudiante es asignado a una unidad de cuidados según la necesidad del trabajo que ha de cumplir más que por la diversidad del aprendizaje requerido (Reverby, 1987). Así, las largas horas de trabajo limitan el tiempo dedicado a los cursos y al estudio (Petitat, 1989; Reverby, 1987).

Sin embargo, a medida que los conocimientos médicos (las especialidades médicas son cada vez más numerosas y la tecnología biomédica más compleja) progresan durante la primera mitad de siglo (Brooks y Kleine-Kracht, 1983), la enseñanza formal a las enfermeras presenta un contenido orientado hacia los conocimientos médicos, lo que las lleva a identificarse con el modelo científico médico. La enseñanza en forma de conferencias está impartida por los médicos (Dolan y cols., 1983; O'Brien, 1987; Reverby, 1987); y se centra en el conocimiento memorizado de signos y síntomas de las enfermedades y en la aplicación de técnicas médicas delegadas. El aprendizaje consiste en seguir un procedimiento ritual único con la esperanza de reducir los peligros de errores para los pacientes (Dolan y cols., 1983). La enfermera recibe una formación técnica junto con un entrenamiento para la obediencia y el orden (Reverby, 1987). La formación de las enfermeras en el hospital resulta, pues, beneficioso para éste y para la profesión médica.

Por otra parte, las enfermeras —en Estados Unidos principalmente— se interesan cada vez más por la investigación como medio de desarrollo de los conocimientos. En esta época, los intereses de investigación de las enfermeras giran alrededor de las enfermedades contagiosas, los planes de cuidados para los grupos de pacientes y los procesos de cuidados específicos a estos grupos (Gortner, 1983). Hacia los años treinta, las investigaciones intentan evaluar sistemáticamente las técnicas de cuidados, lo mismo que las funciones y actividades de la enfermera. En los años cincuenta, las investigaciones se concentran en la organización de las unidades de cuidados y en mejorar los cuidados enfermeros (Gortner, 1983). La preocupación consiste entonces en estandarizar las normas de calificación de las enfermeras (Gortner, 1983; Polit y Hungler, 1991).

Así, los resultados de las primeras investigaciones enfermeras (informe Goldmark, 1923) permiten una transformación del siste-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

ma de prestación de cuidados a principios de los años cuarenta. Las enfermeras diplomadas son contratadas en los hospitales con el fin de que los estudiantes dediquen más tiempo a los estudios y menos al trabajo (Brooks y Kleine-Kracht, 1983; Church, 1990; Polit y Hungler, 1991). Otros estudios sobre las necesidades del personal enfermero (informe Brown, 1948; informe Weir, 1932) recomiendan que las enfermeras reciban su formación en los colegios universitarios y que sean formadas para impartir la enseñanza en sus escuelas (Bergeron y cols., 1984; Polit y Hungler, 1991).

En la primera mitad del siglo XX, el sistema de prestación de los cuidados enfermeros en América del Norte está caracterizado por una gestión individual, «caso por caso», seguido por un ***sistema funcional*** de prestación de cuidados (Petitat, 1989). El sistema funcional aparece hacia las décadas de los años 30 y 40. Resultado del ***taylorismo***, este sistema pone el acento en la especialización de la tarea y fragmenta los cuidados en numerosas tareas. Es así que una enfermera ayuda al paciente a lavarse en la cama, otra distribuye los medicamentos, otra hace los apósitos, y la enfermera jefe tiene la responsabilidad del conjunto de los cuidados para todos los pacientes (Kérouac, Duquette y Sandhu, 1990; Petitat, 1989). El sistema de prestación de cuidados enfermeros en esta época apela a una ***gestión centralizada***.

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

■ El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. ■

Por ejemplo, el contexto en el que se encuentra una persona en el momento en que aparece una infección influenciará su reacción al agente infeccioso y su respuesta al tratamiento. Múltiples factores son los responsables de esta reacción y, entre ellos, algunos lo son más. El ***paradigma de la integración*** ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

Orientación hacia la persona

En América del Norte, se sitúa la orientación hacia la persona entre 1950 y 1975. Esta orientación está marcada por dos hechos

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación. Como reacción al sufrimiento humano vivido durante la crisis económica de los años 1930 y de la Segunda Guerra Mundial, la tendencia del mundo occidental es la de crear un sistema de seguridad social (Huffman-Splane, 1984). Escritos sobre la psicología individual (Adler, 1935), sobre la terapia orientada hacia el cliente (Rogers, 1951) y sobre la teoría de la motivación (Maslow, 1943; 1954) confirman un reconocimiento de la importancia del ser humano en el seno de la sociedad. Esta evolución social da lugar a una diferenciación de la disciplina enfermera con relación a la disciplina médica.

Según esta orientación, el **cuidado** va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de la relación de ayuda (Meleis, 1991). Intervenir significa «actuar con» la persona, a fin de responder a sus necesidades. La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas. Se vuelve una consejera experta que ayuda a la persona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.

En la medida que la **persona** es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. Según esta perspectiva, la persona puede influenciar los factores preponderantes de su salud, teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra. Busca las mejores condiciones posibles para obtener una salud y un bienestar óptimos.

Siempre según esta orientación a la persona, la **salud** y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. La salud es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en el que la persona vive. La salud óptima es posible cuando hay ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituyen la salud. Por otra parte, la salud es menos satisfactoria cuando hay enfermedad o cuando muy pocos de los elementos que constituyen la salud están presentes.

Por último, el **entorno** está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en el que la persona vive. Las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación. Estas interacciones son circulares. Por ejemplo, la limpieza en una casa y el apoyo familiar pueden constituir un entorno positivo que favorece el desarrollo sano de un niño. Este niño, cuando sea mayor, tendrá la tendencia de crearse entornos positivos. Igualmente, un niño nacido en un medio donde reina la suciedad o la violencia creará entornos que dependerán de sus reacciones de adaptación.

La mayoría de las concepciones de la disciplina enfermera han sido creadas a partir de la orientación hacia la persona. Durante este período, las enfermeras también han elaborado modelos conceptuales para precisar la práctica de los cuidados y guiar la formación y la investigación enfermera. Han elaborado concepciones diferentes del modelo biomédico, según el cual se considera a la persona como una entidad divisible en subsistemas biológicos independientes los unos de los otros (Rogers, 1992).

Siguiendo la evolución de disciplinas afines e inspirándose en los modelos conceptuales propios de la disciplina, la enfermera modifica su lenguaje y su actitud: el paciente se vuelve el cliente de quien se espera una colaboración en el tratamiento. Además, el hecho de adoptar un proceso sistemático (recogida de datos clínicos, análisis e interpretación de estos datos, intervención enfermera y evaluación) basado en un modelo conceptual, transforma la actividad de la enfermera, que, desde entonces, centra su interés hacia el ser humano considerado como un todo integrado en su contexto.

Durante las décadas de los años 50 y 60, los cuidados enfermeros son descritos como un servicio humano y caritativo, así como un servicio de gran ayuda (Gortner, 1983). La formación enfermera en medios que no dependen de los hospitales, las concepciones orientadas hacia el cliente, así como los resultados de las investigaciones llevan la disciplina hacia una búsqueda de principios esenciales que guían su práctica (Rogers, 1972).

Después de 1960, las investigaciones se interesan más específicamente por la mejora de los cuidados al cliente y por el desarrollo de una base de conocimientos en ciencia enfermera (Gortner, 1983). La imitación de marcos teóricos de otras disciplinas

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

orientan la investigación hacia los enfoques provenientes de la educación, antropología, psicología o de la epidemiología (Gortner, 1983). Con la implantación de los programas de doctorado en las universidades americanas, la investigación se inspira cada vez más en una base conceptual o teórica propia de la disciplina enfermera (Gortner, 1983; Polit y Hungler, 1991).

Paralelamente, el sistema de prestación de cuidados evoluciona. La mayoría del personal enfermero de los hospitales está formado no solamente por estudiantes, sino también por enfermeras diplomadas. La aparición de una nueva categoría de personal en cuidados, las auxiliares «europeas», las asistentes enfermeras y las «*gardes-malades*» auxiliares, facilita la adopción del ***sistema de equipo*** en un buen número de hospitales. Este sistema consiste en un reparto de las tareas según las competencias y las habilidades de los miembros del equipo que están bajo la responsabilidad de una enfermera nombrada jefe de equipo (Kérouac, Duquette y Sandhu, 1990). El sistema de equipo permite una primera división del poder de decisión; sin embargo, está más dirigido a cumplir la tarea que hacia la persona a quien se ha de cuidar (Petitat, 1989).

En resumen, la orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica. Como los conocimientos evolucionan y las necesidades de salud se vuelven más complejas, la necesidad de una formación básica más progresista se impone. Las investigaciones enfermeras se elaboran alrededor del objeto del cuidado, es decir, el cliente y su entorno. La experiencia clínica y la reflexión son el origen de las primeras concepciones explícitas de la disciplina o modelos conceptuales. Siguiendo el ejemplo de las teorías administrativas que ponen el acento sobre las personas, la organización de los cuidados refleja el reconocimiento de las competencias crecientes de la enfermera cuidadora y le da un gran poder en la toma de decisiones.

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN

El paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de desequilibrio, la interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

■ **Según el paradigma de la transformación, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un *pattern* único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, el mundo que lo rodea. Conocida desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento está ya bien situada en todas las esferas del mundo occidental.** ■

El ***paradigma de la transformación*** es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. Ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera (Newman, 1983; Parse, 1981; Rogers, 1970; Watson, 1985; 1988).

Apertura hacia el mundo

De envergadura internacional, esta apertura hacia el mundo tuvo lugar en la mitad de la década de los años 70. Quedó marcada por los siguientes hechos: se abren las fronteras, al principio en los aspectos culturales, después en la economía y finalmente en la política: la cultura occidental influye sobre la cultura oriental y viceversa; grandes movimientos de población y de dinero transforman, a la vez, la composición étnica original de un país y los mercados económicos (Huffman-Splane, 1984); las comunicaciones se intensifican y dan lugar a una proliferación de experiencias (Ferguson, 1981).

Es desde esta perspectiva que en 1978 la Conferencia Internacional sobre los Cuidados de Salud Primarios destaca la necesidad de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. La organización mundial de la salud (OMS), autora de la declaración de ***Alma-Ata***, reconoce las relaciones entre la promoción, la protección de la salud de los pueblos y el progreso equitativo sobre el plan económico y social. La OMS (1978) propone la puesta en marcha de un sistema de salud basado sobre una ***filosofía*** en que «los hombres tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitaria que le son destinadas»*. La población

*Organización Mundial de la Salud. *Los cuidados primarios de la salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre los Cuidados Primarios de Salud, Ginebra, 1978 (Serie «Salud para todos», n.° 1), pág. 2.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

se vuelve agente de su propia salud, participando en ella como un compañero con el mismo grado que los profesionales de la salud.

Collière (1980) resume así la filosofía de los cuidados primarios de salud:

Los cuidados primarios de salud se proponen ser (para la población) un medio de respuesta a sus necesidades de salud más corrientes y más habituales, teniendo en cuenta su manera y sus condiciones de vida, e interesándose directamente en la elaboración y la puesta en marcha de una política de salud apropiada y adaptada a la forma, a la frecuencia y a la manifestación de sus problemas en este campo. Esta perspectiva va más allá del sector sanitario e interesa a todos los sectores que contribuyen al desarrollo de la salud: lucha contra la pobreza, aspectos nutricionales, saneamiento de las viviendas, protección del entorno, mayor justicia económica y social... (págs. 2-3).

Dentro de esta óptica, la **persona** es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser, entero y único, es indisociable de su universo (Martin, 1984). La persona está en relación con su entorno o su medio próximo, ya sea exterior o interior a ella. La **salud** está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno. La salud no es un bien que se posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad. Formando parte de la dinámica de la experiencia humana, la salud «se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular» (Martin, 1984, pág. 9).

Los cuidados de salud primarios no han estado concebidos únicamente para y por las enfermeras. Sin embargo, esta filosofía acerca los cuidados enfermeros a los fundamentos de su práctica. Esta filosofía «suscita en cada persona el desarrollo de su potencial y la utilización de los recursos del medio con el fin de mejorar la calidad de vida para todos» (Martin, 1984, pág. 9). Se trata así de un enfoque de promoción de la salud incitando a los individuos, miembros de una comunidad, a comprometerse y a participar con objeto de mejorar su bienestar (Martin, 1986). La participación de los miembros de la comunidad en todas las actividades de planificación, realización y evaluación de los cuidados primarios de salud es un principio esencial del enfoque. Concierne a cada individuo comprometerse, en el grado y el nivel adecuados, en la acción que lleva al bienestar del conjunto (Martin, 1986). Fontaine (1984) explica también el cambio de mentalidad necesaria.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

En esta óptica (de los cuidados primarios de salud), los profesionales de la salud no poseen el poder absoluto en las respuestas que se han de dar a las necesidades de los colectivos, sino más bien se presentan como personas de recursos que caminan en el marco de un enfoque colectivo con los individuos, las familias y las comunidades, con la intención de ayudarles a encontrar los elementos de respuesta en la satisfacción de sus necesidades de salud y de desarrollo económico (Fontaine, 1984, pág. 20).

Las enfermeras que se adhieren a la filosofía de los cuidados de salud primarios pueden trabajar, desde una relación de igualdad, en las etapas de un proyecto sanitario con personas cuyos valores y prioridades a veces son diferentes a las suyas. Acoger la participación del otro exige espíritu abierto, tolerancia, capacidad de negociar, apertura al compromiso y apreciación de la diversidad (Pelland, 1992).

Hasta finales del siglo XIX, el hombre ha vivido «sobre» la tierra. Durante el siglo XX, ha vivido «de» la tierra. El hombre ahora toma conciencia de que vive «con» la tierra (Dufresne, 1992). Esta concienciación modifica la concepción del ser humano, del entorno y de la salud (Allan y Hall, 1988). Dicho de otra manera, la expansión de los medios de comunicación y la calidad de su contenido facilitan compartir los conocimientos a un ritmo cada vez más rápido. Las personas empiezan a asumir una responsabilidad mayor en la toma de decisiones en lo concerniente a su educación y su salud (Ferguson, 1981). Esta responsabilidad tiene igualmente un carácter colectivo; lo vemos manifestarse en los movimientos de mujeres y de grupos de consumidores. La población orienta sus demandas hacia una salud global y hacia una tecnología que no solamente tiene en cuenta los recursos disponibles, sino también la dignidad del ser humano.

Esta manera de considerar la intervención profesional está influenciada por las teorías provenientes de diversas disciplinas. Desde mediados de la década de los años 70, las aplicaciones de la teoría general de los sistemas (von Bertalanffy, 1968), impregnan varias esferas de la sociedad. Según esta teoría, el ser humano está en mutua relación con el conjunto de la naturaleza, lo que significa que cada elemento del universo interactúa con los otros elementos hasta el punto de que es imposible aislar la causa del efecto. No hay punto de partida ni de llegada a un fenómeno; está en perpetuo movimiento y cambio. Además otras teorías nos muestran que sistemas complejos que intercambian continuamente energía con su entorno hacen peligrar la inestabilidad. Además, la inestabilidad permite transformar o reorganizar el

sistema en un todo más complejo y diferente (Prigogine, Allen y Herman, 1977).

Esta orientación de apertura sobre el mundo influye necesariamente en la naturaleza de los cuidados enfermeros. El **cuidado** va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. La enfermera, habiendo acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la manera de ver de esta persona. La acompaña en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino. Utiliza todo su ser, incluida una sensibilidad que comprende elementos más allá de lo visible y palpable. Intervenir significa «estar con» la persona. La enfermera y la persona atendida son compañeros en un cuidado individualizado. En una atmósfera de mutuo respeto, la enfermera crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona; la enfermera también se beneficia de los lazos auténticos que ha tejido con esta persona para el desarrollo de su propio potencial.

La **persona** es así un todo indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente de ésta. Tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo, maneras de ser que forman un modelo dinámico de relación mutua y simultánea con el entorno. La persona reconoce la influencia del entorno sobre ella. La una y el otro generan las situaciones en que se encuentran. La persona evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define según su potencial y sus prioridades.

La **salud**, por su parte, es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. También hace referencia al bienestar y a la realización del potencial de creación de la persona. La experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia de la salud, y la salud va más allá de la enfermedad siendo un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona.

Finalmente, el **entorno**, está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella. Efectivamente, la persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y simultáneo. Igual que la persona, el entorno tiene su propio ritmo y se orienta hacia una dirección imprevisible. Las preocupaciones actuales concernientes a las relaciones entre el ser humano y el planeta indican una toma de conciencia de esta constante interacción. El entorno evoluciona a un ritmo cuya orientación, amplitud y velocidad están estrechamente unidas a las interacciones pasadas, presentes y futuras entre dicho entorno y el ser humano.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Así, frente a la complejidad de las situaciones de salud y a la necesidad de una visión más global, las enfermeras hoy en día y cada vez más emprenden estudios superiores. El avance de los conocimientos en su disciplina las lleva a diversificar sus motivos de estudio (Polit y Hungler, 1991); tienen necesidad de una formación científica para utilizar sus conocimientos de manera creativa en beneficio del ser humano (Rogers, 1992). Actualmente la investigación de enfermería está basada en los modelos conceptuales propios de la disciplina. Se caracteriza por la diversidad de los métodos de investigación científica permitiendo la comprensión de fenómenos cada vez más complejos, multivariables y globales. Gortner (1983) señala que la disciplina enfermera es concebida hoy como una ciencia del comportamiento y de la salud de la persona en todas las edades de la vida, es decir, una ciencia que incluye, a la vez, una comprensión de los factores biológicos, comportamentales y sociales, así como una definición de los resultados esperados y de los indicadores de la salud. Por su parte, Allen, Benner y Diekelman (1986) destacan la orientación de numerosas investigaciones en ciencias enfermeras hacia la exploración y la descripción de los significados de diversas experiencias humanas de salud, tal como son percibidas por los individuos.

La apertura sobre el mundo modifica, igualmente, el sistema de prestación de los cuidados enfermeros. A principios de la década de los años 70, los cuidados globales y los integrales dan a la enfermera la responsabilidad total del conjunto de los cuidados enfermeros requeridos por el cliente. La enfermera que evoluciona en estos sistemas posee un conjunto de conocimientos específicos de la disciplina. Lo mismo ocurre con otros sistemas más recientes como el ***sistema modular*** y la ***gestión de casos***. Para dispensar cuidados enfermeros es cada vez más necesario comprender los procesos, los problemas y las situaciones de las personas de todas las edades, en todas las situaciones de la vida y en un mundo en constante evolución (Gortner, 1983; Polit y Hungler, 1991).

Resumiendo, después de la década de los años 70, una gran preocupación de las enfermeras por los aspectos humanísticos y filosóficos del cuidado —que, por ser invisible, no es menos vital— se hace sentir (Brooks y Kleine-Kracht, 1983). Cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, de sus creencias y de sus convicciones (Leininger, 1991a). Desde esta perspectiva, Rogers (1989) invita a las enfermeras a hacer investigaciones hacia los cuidados de salud creativos que podrán ser aplicados sobre la tierra e incluso más allá de este planeta.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

EN OTRAS PALABRAS

Resumiendo, una visión lineal, unicausal (paradigma de la categorización) ha dominado las ideologías y la formación en el curso de este último siglo, así como en todas las esferas de actividades. Las enfermeras no se han escapado a esta influencia. Sin embargo, han detectado que la experiencia de salud y enfermedad sobrepasa la linealidad y la clasificación. Muy pronto han considerado a la persona en su globalidad, en interacción con el entorno (paradigmas de la integración y de la transformación).

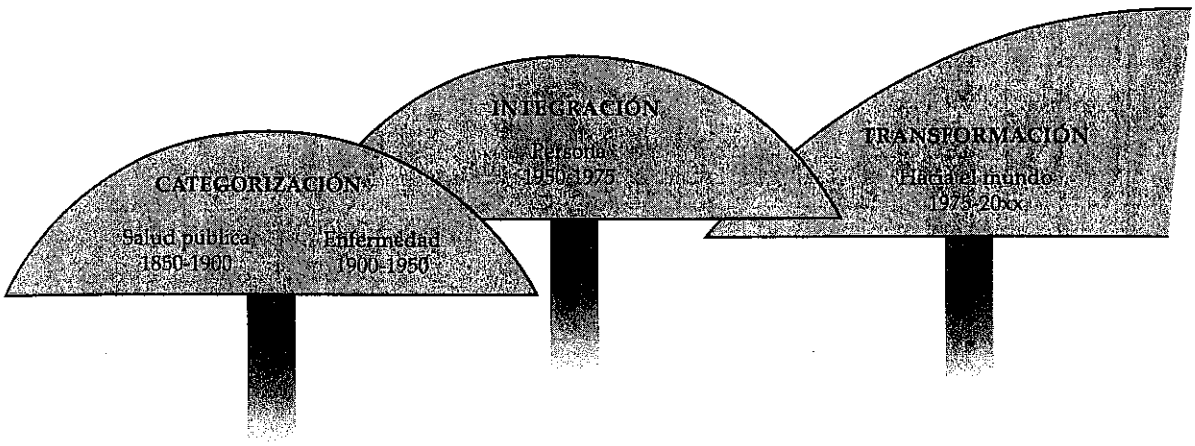
Las enfermeras van y vienen entre los diferentes paradigmas, y lo hacen, a menudo, sin saberlo. Cuando un paradigma ha guiado la comprensión del mundo durante varios años, es difícil reemplazarlo por otra forma de ver. Incluso es difícil aceptar que hay otras formas de ver. Kuhn (1970) y Capra (1982) hablan de períodos de transición en los que los paradigmas se superponen y una forma de ver todavía no ha reemplazado la otra. Enfermeras eruditas (Cull-Wilby y Pepin, 1987; Gortner, 1983) señalan la importancia, por el momento, de la coexistencia de diferentes paradigmas para el desarrollo del conocimiento en ciencias enfermeras. La figura 1-1 de la página 19 ilustra esta superposición entre los paradigmas, igual que los lazos existentes entre estos paradigmas (categorización, integración, transformación) y las orientaciones de la disciplina (hacia la salud pública, la enfermedad, la persona y el mundo).

La disciplina enfermera ha evolucionado en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante estos últimos siglos. Se ha desarrollado al ritmo de las grandes corrientes de pensamiento que han marcado la evolución de los conocimientos. Las concepciones de esta disciplina se han especificado igualmente durante los últimos decenios. La multiplicidad de las situaciones de salud, los cambios complejos en el seno de la familia, la orientación de las opciones éticas hacia un proceso que da prioridad a los valores y la diversidad de los medios clínicos guían siempre la evolución de estas concepciones de los cuidados enfermeros.

Las tablas 1-1 y 1-2 de las páginas 20 y 21 ilustran los lazos existentes entre las diversas orientaciones, los conceptos centrales y los campos de actividad de la disciplina enfermera tratados en este capítulo. En el capítulo 2 describiremos más específicamente diferentes concepciones actuales de la disciplina enfermera, reflejo de las dos últimas grandes corrientes del pensamiento: la integración y la transformación.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Fig.



Fenómeno:

Divisible

Elementos:

Definidos
Medibles
Ordenados
Secuenciales

Relación:

Lineal
Causal

Fenómeno:

Contextual
Variable

Elementos:

Múltiples

Relación:

Circular
Interaccional

Fenómeno:

Único
Complejo
Global

Elementos en interacción:

Continua
Recíproca
Simultánea

Fig. 1-1. Las corrientes del pensamiento en las orientaciones de la disciplina enfermera.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 1-1. Unión entre las orientaciones y los conceptos centrales de la disciplina enfermera

	Orientaciones			
Conceptos	*A la salud pública*	*A la enfermedad*	*A la persona*	*La apertura al mundo*
Cuidado	• La intervención: proporcionar el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud • La enfermera obedece las reglas y consignas aprendidas	• La intervención: «hacer para» • Eliminar los problemas • Cubrir los déficit • Suplir a los incapacitados • La enfermera es la experta que posee conocimientos y habilidades	• La intervención: «actuar con» • Determinar las necesidades de ayuda teniendo en cuenta las percepciones o la globalidad del otro • La enfermera es la consejera-experta que ayuda a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados	• La intervención: «estar con» • Acompañar a la persona en sus experiencias de salud • Individualizar los cuidados • La enfermera y la persona son colaboradores en los cuidados
Persona	• Posee los componentes físico, intelectual, emocional y espiritual • Tiene la capacidad y la responsabilidad de cambiar su situación	• Es un todo formado por la suma de sus partes, cada una de las cuales es reconocible e independiente • No participa en sus cuidados	• Es un todo formado por la suma de sus partes que están relacionadas (ser bio-psico-socio-cultural-espiritual) • Participa en sus cuidados	• Es un todo indivisible mayor que la suma de sus partes y diferente de ésta en relación mutua y simultánea con el entorno en continuo cambio • Orienta los cuidados según sus prioridades
Salud	• Deseo de utilizar bien cada capacidad que la persona posee	• Estado de equilibrio y altamente deseable, percibido positivamente • Ausencia de enfermedad	• Salud y enfermedad: distintos pero en interacción dinámica • Ideal que se ha de conseguir según el contexto en que la persona vive	• Valor y experiencias vividas según las perspectivas de cada persona • Realización del potencial de creación de la persona
Entorno	• Compuesto por elementos externos a la persona, que puedan ser controlados a fin de que ésta pueda movilizar sus energías para la curación o la conservación de la	• Separado de la persona • Definido en sus aspectos físico, social, cultural • Percibido como factor que debe ser manipulado y con-	• Constituido por los contextos histórico, social, político, etc. • Rico en estímulos positivos y negativos	• Compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte íntegramente • Caracterizado por su propio ritmo y una orientación im-

da movilizar sus energías para la curación o la conservación de la salud	co, social, cultural • Percibido como factor que debe ser manipulado y controlado	• Rico en estímulos positivos y negativos	na forma parte íntegramente • Caracterizado por su propio ritmo y una orientación imprevisible

Tabla 1-2. Unión entre las orientaciones y los conceptos centrales de la disciplina enfermera

	Orientaciones			
Campos	*A la salud pública*	*A la enfermedad*	*A la persona*	*La apertura al mundo*
Práctica	• Práctica en el medio clínico y comunitario • Control de las condiciones sanitarias	• Medidas de higiene específicas para el control de las enfermedades • Procedimientos establecidos • Serie de tareas delegadas	• Avances tecnológicos para la conservación de la vida • Inicio de los conocimientos propios de la disciplina aplicados a la práctica • Plan de cuidados según la gestión de resolución de problemas aplicados a los cuidados	• Utilización de la tecnología que respeta los recursos disponibles y la dignidad del ser humano • Conocimientos en atención a una calidad de vida según el punto de vista de la persona • Dualidad persona-enfermera • Cuidado global según un modelo conceptual
Formación	• Principios de higiene pública • Prevención de las infecciones y heridas • Enseñanza de modos de vida sanos	• Memorización de los signos y síntomas de las enfermedades • Conferencias de médicos • Habilidades técnicas	• Conocimiento de otras disciplinas en ciencias humanas y sociales • Gestión de resolución de problemas aplicada a los cuidados	• Base científica que permite utilizar el conocimiento propio de la disciplina de forma creativa
Investigación	• Objeto de investigación: observación y recopilación de datos estadísticos comparativos; índices de morbididad y de mortalidad	• Objeto de investigación: enfermedades contagiosas y planes de cuidados específicos; evaluación de las técnicas de cuidados, funciones y actividades de la enfermera	• Objeto de investigación: el cliente y su entorno • Desarrollo de una base específica de conocimientos • Empleo de marcos teóricos de otras disciplinas	• Objeto de investigación: comportamientos asociados a la salud y experiencias de salud • Diversidad de métodos de investigación para la comprensión de los fenómenos
Gestión	• Gestión centralizada en el medio hospitalario • Autonomía profesional en el medio comunitario	• Gestión centralizada (sistema «caso por caso» y sistema funcional) • Orientación hacia la tarea	• Gestión centralizada (sistema de equipo) • Orientación hacia la persona	• Gestión descentralizada (cuidados globales, cuidados integrales, sistema modular, gestión del caso) • Apertura hacia el mundo

CAPÍTULO 2

Thonig-Mauritus, Réflexion Photothèque

CONCEPCIONES, DE NIGHTINGALE A PARSE

Con el fin de aclarar lo que caracteriza la disciplina enfermera, Fawcett (1984) ha extraído de los escritos de varias enfermeras teorizadoras los conceptos «cuidado», «persona», «salud», y «entorno». Sin ser específicos de la disciplina enfermera, estos conceptos forman, ante todo, una estructura de base a partir de la cual el conocimiento enfermero puede evolucionar (Chick y Meleis, 1986). Sin embargo, estos conceptos aislados no son suficientes para precisar la contribución particular de la enfermera en los cuidados de la salud.

■ **La relación particular entre los conceptos «cuidado», «persona», «salud» y «entorno» constituye el núcleo de la disciplina enfermera.** ■

Las *concepciones* elaboradas para la profesión enfermera permiten precisar la relación entre estos conceptos. Estas concepciones son las formas de concebir el servicio específico que las enfermeras prestan a la sociedad. De hecho, delimitan el área de responsabilidad de las enfermeras (Fawcett, 1989). Cuando una concepción es completa y explícita, se denomina «modelo conceptual» para la profesión enfermera. Una concepción es completa y explícita cuando la teorizadora ha formulado enunciados para cada uno de los siguientes elementos: los postulados y los valores subyacentes a la disciplina; la meta ideal y delimitada del servicio enfermero; el rol del profesional; la manera de ver al beneficiario del servicio; la fuente de la dificultad del beneficiario; la orientación de las intervenciones enfermeras, y las consecuencias esperadas (Adam, 1991).

Por supuesto, no todas las concepciones son ***modelos conceptuales***. Por ejemplo, cada enfermera tiene una concepción más o menos clara del servicio enfermero que ella presta: esta concepción es también más o menos específica de su disciplina. La necesidad de las enfermeras de clarificar su especificidad ha motivado a las enfermeras teorizadoras, mayoritariamente americanas, a elaborar modelos conceptuales para su profesión. Estos modelos conceptuales sirven de guía para la práctica, formación, investigación y gestión de los cuidados enfermeros. Orientan la práctica de la enfermera proporcionándole una descripción, por ejemplo, de la meta que ella persigue, de su rol y de sus actividades de cuidados. Estos modelos sirven también para precisar los elementos esenciales en la formación de las enfermeras, los fenómenos de interés para la investigación enfermera así como las

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

actividades de cuidados y las consecuencias que de éstas se esperan para la gestión de los cuidados enfermeros. Precursores para la elaboración de teorías en ciencias enfermeras (Fawcett, 1989), estos modelos conceptuales ofrecen una perspectiva única a partir de la cual las enfermeras pueden desarrollar los conocimientos que les servirán para su práctica. En este libro, utilizamos los términos «concepción» y «modelo conceptual» para designar las concepciones completas y explícitas de la disciplina enfermera.

Las grandes corrientes del pensamiento, principalmente el paradigma de la integración que ha conducido a una orientación hacia la persona y el paradigma de la transformación que lleva a la apertura hacia el mundo, han influenciado la elaboración de los modelos conceptuales. Por otra parte, ciertas teorías —p. ej., la teoría del desarrollo de Erikson (1963) o la de la motivación de Maslow (1954), o incluso la de los sistemas de von Bertalanffy (1968)— han inspirado los postulados subyacentes en los modelos conceptuales elaborados durante los años 50 y 60. Según Meleis (1991), estas concepciones reflejan las realidades e ideales en un momento concreto del desarrollo de la disciplina enfermera. Resulta interesante compararlas a partir de sus diversos elementos, pero sobre todo a partir de sus ***postulados***.

■ **Según sus bases filosóficas y científicas, podemos agrupar las concepciones de la disciplina enfermera en seis escuelas, a saber: escuelas de las necesidades, de la interacción, de los efectos deseados y de la promoción de la salud, todas orientadas hacia la persona, y las escuelas del ser humano unitario y del *caring* caracterizadas por una apertura hacia el mundo.** ■

En el presente capítulo, presentamos las principales concepciones actuales de la disciplina enfermera según estas 6 escuelas. Describimos brevemente las concepciones más conocidas en el Québec y en Occidente, examinando los cuatro conceptos centrales de la disciplina enfermera: el cuidado, la persona, la salud y el entorno. Definimos estos conceptos según el vocabulario específico de cada teorizadora. Sin embargo, nuestra descripción de las concepciones no es exhaustiva: las presentamos sintetizadas con el fin de que sean accesibles y de fácil comprensión, destacando los principales elementos. Para una mejor comprensión de la complejidad y la riqueza de cada una de las concepciones, in-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

vitamos a los lectores a consultar los escritos de las enfermeras teorizadoras.

Tal como habíamos mencionado en el capítulo 1, Nightingale (1859-1969) fue la primera en presentar una concepción de la disciplina enfermera que ha guiado la práctica, la formación y la gestión de los cuidados enfermeros durante varias generaciones. Esta autora declaró que «la medicina y la cirugía no pueden hacer otra cosa que quitar los obstáculos; ni la una ni la otra curan; sólo la naturaleza puede curar. (...). Lo que la *nursing* hace (...) es colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él» (traducción libre, pág. 133). Hubo de esperar hasta principios de la década de los años 50 para que otras enfermeras teorizadoras propusiesen las concepciones de la disciplina enfermera. La figura 2-1 ilustra la cronología de estas concepciones según su agrupación en escuelas. Las fechas corresponden a la primera publicación en la que la teorizadora presentó su concepción.

ESCUELA DE LAS NECESIDADES

Los modelos de la escuela de las necesidades han intentado responder a la pregunta: «¿Qué hacen las enfermeras?» (Meleis, 1991). Según estos modelos, el cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales (Henderson, 1964) o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados *(self-care)* (Orem, 1991). La enfermera reemplaza a la persona que, durante un tiempo, no puede realizar por sí misma ciertas actividades relacionadas con su salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de sus autocuidados.

La jerarquía de las necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erikson han influenciado esta escuela. Así, la persona es percibida con necesidades jerárquicas, sean las necesidades fisiológicas y de seguridad, sean las necesidades más complejas, tales como la pertenencia y las necesidades de amor y de autoestima. Cuando las necesidades de base están satisfechas, surgen otras, de nivel más elevado. Meleis (1991) subraya que las teorizadoras de esta escuela en su descripción del campo de los cuidados enfermeros no incluyeron la actualización del sí mismo.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Fig
cue

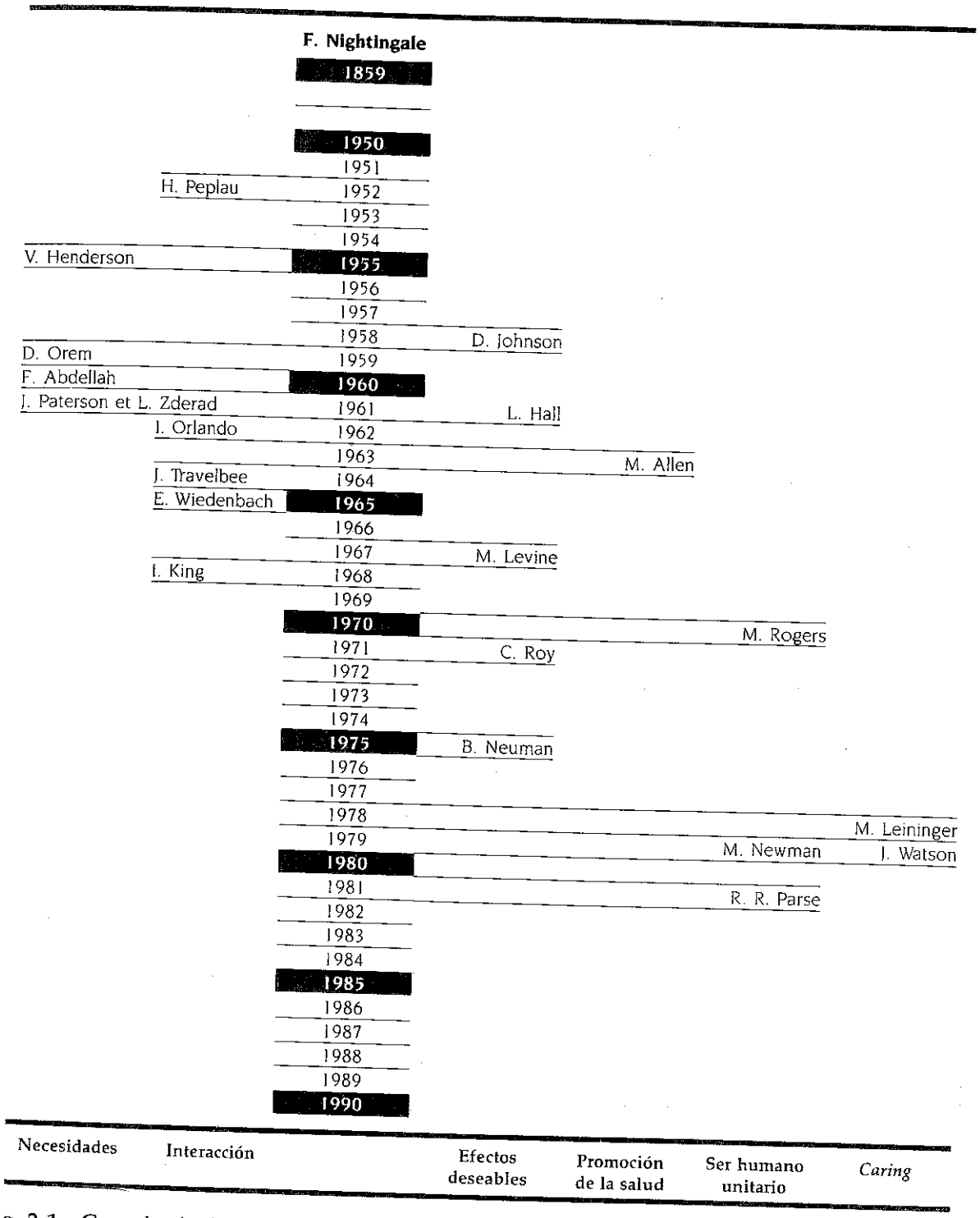


Fig. 2-1. Cronología de las concepciones de la disciplina enfermera según su agrupación en escuelas. (Inspirado de A. I. Meleis [1991]: *Theoretical Nursing*, 2.ª ed. Filadelfia, Lippincott Co., página 250.)

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

■ **Por el hecho de reservar un lugar importante a la enfermedad y a los problemas de salud, las concepciones de la escuela de las necesidades han marcado el origen de un centro de interés específico de la disciplina enfermera o una orientación hacia la persona.** ■

Las principales teorizadoras de esta escuela son Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah. A modo de ejemplo, describimos dos modelos conceptuales: el modelo de la independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales de Virginia Henderson y el modelo del autocuidado, de Dorothea Orem.

Independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales, según Virginia Henderson

Henderson reconoce varias influencias en su modelo conceptual. Algunas provienen de la fisióloga Stackpole y otras del psicólogo Thorndike, de ahí la complementariedad de las dimensiones biofisiológicas y psicosocioculturales. Según esta verosimilitud, se puede ver la influencia de Maslow, ya que Henderson presenta una lista de necesidades fundamentales de la persona. Es revisando el volumen de Bertha Harmer, *Textbook of the principles and practice of nursing*, en 1955, que Henderson precisa, por primera vez, su visión de la disciplina enfermera. Otra Harmer, una enfermera canadiense, dice que Henderson está igualmente inspirada en Ida Orlando para definir su concepción de la relación enfermera-cliente.

Según la concepción de Henderson, los **cuidados** enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales. Estas personas podrían llevar a cabo estas actividades sin ayuda si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios (Henderson y Nite, 1978). El objetivo de la profesión enfermera es, pues, conservar y restablecer la independencia del cliente de manera que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales (Adam, 1991; Henderson, 1964).

Si la función específica de la enfermera consiste en suplir, en la persona, lo que le falta para ser completa, entera o independiente (Adam, 1991; Henderson, 1964), los modos de intervención de que dispone la enfermera son los siguientes: reemplazar, com-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

pletar, sustituir, añadir, reforzar y aumentar la fuerza, la voluntad o el conocimiento de la persona. Cuando la persona no puede satisfacer sola una necesidad, la enfermera dirige su atención a la zona de dependencia o a la fuente de dificultad tratando de suplirla y ayudarle a mantener su integridad (Adam, 1991). El juicio clínico de la enfermera la lleva a reconocer las necesidades insatisfechas y las fuentes de dificultad relacionadas (Fulton, 1987). Las consecuencias esperadas son, a corto plazo, la satisfacción de las necesidades del cliente; a medio o largo plazo, recobrar la independencia en la satisfacción de sus necesidades o, en ciertas situaciones, una muerte tranquila (Adam, 1991).

Henderson (Henderson y Nite, 1978) postula que la **persona** es un todo complejo presentando catorce necesidades fundamentales; cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural. Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales y desea alcanzarla. Según Henderson, una necesidad es un requisito más que una carencia (Adam, 1991). Las necesidades comunes a toda persona, enferma o sana, son: respirar normalmente, beber y comer adecuadamente, eliminar, moverse y mantener una posición adecuada, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener una temperatura corporal normal, estar limpio y aseado, evitar los peligros del entorno, comunicarse con otras personas, practicar su religión y actuar según sus creencias, ocuparse de manera que se sienta útil, participar en actividades recreativas, aprender, descubrir y satisfacer su curiosidad (Henderson, 1966).

Henderson no ha presentado una definición formal de la salud y del entorno. Sin embargo, podemos deducir de sus escritos que la **salud** es la capacidad que posee una persona de satisfacer de manera independiente sus catorce necesidades fundamentales (Runk y Quillin, 1989). Es la satisfacción de las necesidades fundamentales en toda su complejidad la que mantiene la integridad de la persona. Igualmente podemos deducir que el **entorno**, según Henderson, es la naturaleza o el medio que actúa de manera «positiva» o «negativa» sobre la persona (Runk y Quillin, 1989). Con esta óptica, la enfermera se esfuerza en crear un entorno favorable a la salud.

Autocuidado, según Dorothea Orem

Orem especifica que ningún autor en particular ha influenciado en sus trabajos; sin embargo menciona que sus interacciones

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

con varias enfermeras teorizadoras han nutrido su pensamiento y han sido fuentes de inspiración. Orem cita igualmente en sus escritos a numerosos autores de otras disciplinas. La discusión de Nagel sobre la estructura de la ciencia ha marcado particularmente el enfoque de Orem en la elaboración de una teoría general para la práctica enfermera (Johnston, 1989). Igualmente, Arnold ha inspirado la visión de Orem en lo concerniente a la capacidad de acción deliberada de la persona.

Según Orem (1991), el autocuidado es una acción adquirida, es decir, que es aprendida por una persona en su contexto sociocultural. La persona inicia una acción de manera voluntaria, deliberadamente, con el objetivo de mantener su vida, su salud y su bienestar o el de las personas bajo su responsabilidad. Esta acción emana de una exigencia, ya sea sentida por la persona, u observada por otra, siendo necesario su compromiso. La aptitud de la persona para comprometerse en el autocuidado depende de sus capacidades activas, su edad, su etapa de desarrollo, su estado de salud, su experiencia, sus recursos intelectuales, sus intereses y sus motivaciones. La imposibilidad de ejercer los autocuidados está unida a la incapacidad de decidir, emprender o efectuar una acción personal. En consecuencia, la incapacidad de la persona para satisfacer su necesidad de autocuidado puede engendrar un estado de dependencia social (Orem, 1991).

Según Orem (1991), los **cuidados** enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. Los cuidados enfermeros tienen por objeto ayudar la persona a superar sus limitaciones en el ejercicio del autocuidado. Además, la enfermera completa los déficit del autocuidado causados por la diferencia existente entre las exigencias de autocuidado y las actividades realizadas por la persona.

El rol de la enfermera consiste entonces en ayudar la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados, utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para esto, la enfermera escoge un sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia-enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona (Orem, 1991).

Siempre según Orem (1991), la **persona** es un todo integral que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente. Es

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

una unidad que posee las capacidades, las aptitudes y el poder de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados que son de tres tipos: los autocuidados universales, los autocuidados asociados a procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los autocuidados unidos a las desviaciones de la salud (Orem, 1991). Referente a la **salud**, ésta se define como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano (Orem, 1991). Finalmente, el **entorno** representa el conjunto de los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlos. Es también una parte integrante de la persona (Orem, 1991).

ESCUELA DE LA INTERACCIÓN

La escuela de la interacción apareció a finales de los años 50 y principios de los 60. Varios acontecimientos políticos y socioculturales, así como el resurgir económico y cultural en América del Norte, han favorecido el desarrollo de esta escuela. La teoría psicoanalista prevalece en esta época. Hay una creciente demanda de atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas (Meleis, 1991).

Las enfermeras teorizadoras que forman parte de esta escuela se inspiraron en las teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo. Han intentado responder a la pregunta: «¿Cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo?» (Meleis, 1991). Han centrado su interés sobre los procesos de interacción entre la enfermera y la persona.

■ **Según la escuela de la interacción, el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda. Con el fin de poder ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado.** ■

El cuidado es pues una acción humanitaria y no mecánica. Las teorizadoras señalan que la enfermera debe poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención. Estas teorizadoras dicen que debe mantenerse la integridad de la persona, que la persona es capaz de

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

reconocer sus necesidades y que tiende hacia su actualización. La enfermedad es considerada como una experiencia humana que puede permitir el crecimiento si la persona comprende su significado. Estas enfermeras teorizadoras han introducido de nuevo la intuición y la subjetividad en los cuidados enfermeros (Meleis, 1991).

Las teorizadoras de esta escuela son Hildegard Peplau, Josephine Paterson y Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King (Meleis, 1991). La descripción del proceso interpersonal de Peplau, pionera de esta escuela, servirá para su comprensión.

Proceso interpersonal, según Hildegard Peplau

Peplau ha participado activamente en el cambio de perspectiva de la disciplina enfermera subrayando la contribución específica de la enfermera en la sociedad y reconociendo la ciencia enfermera como una ciencia humana. Desde una perspectiva intrapsíquica en cuidados enfermeros psiquiátricos y centrada en los cuidados físicos en lo concerniente a cuidados generales, Peplau ha orientado los cuidados enfermeros según una perspectiva centrada en la relación interpersonal para la totalidad de la disciplina enfermera (Reed y Johnston, 1989).

Su formación en psicología interpersonal lleva a Peplau a integrar en su concepción las características de varios modelos de intervención terapéutica, entre ellos el de Harry Stack Sullivan. Peplau ha utilizado otras fuentes para elaborar su concepción, tales como los escritos de Abraham Maslow y de Sigmund Freud (Marriner-Tomey, 1989).

Peplau (1952; 1988) describe los **cuidados** enfermeros como un proceso interpersonal terapéutico. Se trata de una relación humana entre una persona enferma o una persona que tiene necesidad de ayuda y una enfermera formada de forma adecuada con el fin de reconocer sus necesidades de ayuda y de responderle a éstas. La intervención de la enfermera es terapéutica, y supone ayuda y asistencia. La interacción se realiza entre dos personas que tienen un objetivo común, lo que implica respeto, desarrollo y aprendizaje entre los dos participantes en esta interacción. La utilización terapéutica de sus conocimientos y de sí misma llevan a la enfermera a practicar el arte enfermero que es un potencial de desarrollo para los dos, es decir enfermera y paciente.

Cuatro fases secuenciales componen la relación interpersonal terapéutica: la orientación, la identificación, la profundización y la resolución (Peplau, 1952; 1988). La fase de orientación sirve para clarificar la necesidad de ayuda, para orientar hacia otros recursos necesarios y para utilizar de manera productiva la energía acumulada a causa de la ansiedad. En la fase de identificación la persona se sitúa en función de su necesidad de ayuda. La persona toma una posición de interdependencia, de dependencia o de independencia con respecto a la enfermera. La enfermera asiste a la persona y comprende su situación presente teniendo en cuenta su historia personal. La fase de profundización representa la etapa en la que la persona aprovecha al máximo su relación con la enfermera utilizando los servicios que le son ofrecidos para poder responder plenamente a sus necesidades. La enfermera ayuda a la persona a extraer lo máximo de todos los caminos posibles; es una persona-recurso, una consultora. La persona puede así progresar a la etapa final, la fase de resolución que marca la satisfacción de antiguas necesidades y el resurgir de necesidades nuevas para su desarrollo. El proceso interpersonal entre la enfermera y la persona puede finalizar o empezar un nuevo ciclo.

Peplau define la **persona** como un ser bio-psico-socio-espiritual que está en desarrollo constante. La persona tiene la capacidad de comprender su situación y de transformar su ansiedad en energía positiva que le permitirá responder a sus necesidades. Percibe la **salud** como la representación del movimiento continuo de la personalidad y de otros procesos humanos en la dirección de una vida personal y comunitaria, creativa, constructiva y productiva. La enfermedad es una experiencia que puede permitir el desarrollo. Finalmente, Peplau (1952; 1988) no ha definido claramente el **entorno**, pero sugiere a las enfermeras tener en cuenta la cultura y las costumbres cuando la persona cambia de entorno, por ejemplo, cuando una persona es hospitalizada.

ESCUELA DE LOS EFECTOS DESEABLES

Según Meleis (1991), la escuela de los efectos deseables en la persona quiere responder a la pregunta: «¿Por qué las enfermeras hacen lo que ellas hacen?» Sin ignorar el «qué» y el «cómo», este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros. Consideran que el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía. Estas teorizadoras se han inspirado en las

teorías de adaptación y de desarrollo, así como en la teoría general de los sistemas.

■ **La escuela de los efectos deseables propone objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados enfermeros destinados a la persona que es vista como un sistema.** ■

Las enfermeras teorizadoras de esta escuela son Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy y Betty Neuman. Describiremos el modelo conceptual de la adaptación de Roy (Roy y Andrews, 1991), uno de los más elaborados, con el fin de ilustrar las concepciones que forman parte de esta escuela.

Adaptación, según Callista Roy

Roy (Roy y Andrews, 1991) ha extraído de la teoría de los niveles de adaptación de Helson (1964) y de la teoría general de los sistemas de von Bertalanffy (1968) los elementos clave para elaborar su modelo conceptual. Ha examinado igualmente otros escritos del ámbito de la adaptación, del estrés y del *coping*, igual que los sistemas para elaborar su modelo conceptual. Los principios filosóficos subyacentes en los postulados del modelo de Roy son los del **humanismo** y de la *«véritivité»* (Roy, 1988). Según el principio del humanismo, inspirado en Maslow, las dimensiones subjetivas de la experiencia humana son esenciales para el conocimiento de la persona y su valorización. La *«véritivité»*, término creado por Roy, se define como un principio de la naturaleza humana que afirma un objetivo común a la existencia humana.

Roy postula así que la persona es un ser biopsicosocial en interacción constante con un entorno cambiante. La persona se adapta a los cambios del entorno o responde a sus estímulos, sirviéndose de mecanismos de adaptación innatos o adquiridos, los cuales son biológicos, psicológicos y sociales. La adaptación de la persona depende de los estímulos a los cuales está expuesta y de su nivel de adaptación. Los estímulos del entorno son de tres órdenes: el estímulo focal o aquél al que la persona hace frente inmediatamente; los estímulos contextuales o todos los que están presentes en una situación, y los estímulos residuales o aquellos que tienen un efecto indeterminado en la situación, por ejemplo las creencias, actitudes, experiencias o los rasgos del carácter (Roy y Andrews, 1991). El nivel de adaptación es representado por una zona que tiene límites superiores e inferiores que deter-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

minan el alcance de la estimulación por la cual la persona responde positivamente.

Según Roy, el objetivo de los **cuidados** enfermeros es el de promover la adaptación de la persona en cada uno de los cuatro modos de adaptación, ya sea el modo fisiológico, el modo de «autoimagen», el modo de «función según los roles» y el modo de «interdependencia» con el fin de contribuir a la salud, a la calidad de vida y a una muerte digna (Roy, 1986; Roy y Andrews, 1991). Para esto, la enfermera evalúa los comportamientos de la persona, es decir, sus respuestas de adaptación en cada uno de los modos, y determina los estímulos que influyen sobre la adaptación de esta persona. La intervención de la enfermera se orienta a mantener las respuestas de adaptación y a modificar las que son ineficaces manipulando los estímulos focales y los estímulos contextuales. La enfermera modificará, aumentará, disminuirá, retendrá o mantendrá los estímulos de manera que la persona presente respuestas eficaces de adaptación en los cuatro modos (Roy, 1970; 1986; Roy y Andrews, 1991).

En este modelo conceptual, la **persona** es un sistema adaptativo que utiliza los procesos internos con el fin de lograr sus objetivos individuales, es decir, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción y el desarrollo. Estos procesos engloban dos categorías esenciales de mecanismo de adaptación; los mecanismos reguladores y los mecanismos cognitivos. Los mecanismos reguladores funcionan por mediación de procesos fisiológicos, químicos, neurológicos y endocrinos que preparan al organismo a los cambios del entorno. Los mecanismos cognitivos utilizan los procesos psicológicos y sociales, permitiendo a la persona adaptarse emocionalmente y cognitivamente a los cambios del entorno. Estos mecanismos permiten a la persona adaptarse según cuatro modos:

1. Modo fisiológico, referido a la actividad y al reposo, a la nutrición, eliminación, oxigenación y protección, a las funciones neurológicas y endocrinas, a los sentidos y a los líquidos y electrólitos.
2. Modo de «autoimagen», tanto el yo físico como el yo personal.
3. Modo de «función según los roles», primarios, secundarios y terciarios representados en la sociedad.
4. Modo de «interdependencia», que incluye los comportamientos contributivos y retributivos para dar y recibir amor y respeto (Roy y Andrews, 1991).

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

El término «adaptarse» significa que la persona, en tanto que sistema, tiene la capacidad de ajustarse eficazmente a los cambios del entorno, y a su vez, de influenciar sobre éste.

Según Roy, la **salud**, que es un estado y un proceso, permite a la persona ser o llegar a ser íntegro y unificado. El «estado de salud» es la adaptación según los cuatro modos que refleja esta integración y esta unidad. El «proceso de salud» es el esfuerzo constante que hace el individuo para alcanzar su máximo potencial de adaptación. El **entorno**, por su parte, es conceptualizado como un conjunto de circunstancias, de situaciones y de influencias que pueden modificar o influenciar la aparición de comportamientos específicos de las personas o grupos. El entorno proporciona los estímulos o los datos de entrada en la persona como sistema adaptativo. Estos datos son factores internos y externos que se distribuyen en tres grupos de estímulos: focal, contextual y residual.

ESCUELA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La escuela de promoción de la salud responde de nuevo a la pregunta «¿Qué hacen las enfermeras?». A pesar de estar centrada sobre el «qué» de los cuidados enfermeros, la promoción de comportamientos de salud, esta escuela se interesa en cómo lograrlos y también por cuál es su meta respondiendo igualmente a la pregunta: «¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?»

■ **Según la escuela de la promoción de la salud, el punto de mira de los cuidados se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud.** ■

Una teorizadora canadiense ha elaborado para la disciplina enfermera un modelo orientado hacia la promoción de la salud de la familia; se trata de Moyra Allen. Su modelo, conocido con el nombre «modelo de McGill» es considerado ya como modelo conceptual, ya como modelo de intervención. La filosofía de los cuidados de salud primarios y la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977) son las fuentes explícitas subyacentes en esta concepción.

Promoción de la salud en la familia, según Moyra Allen

Moyra Allen se ha inspirado en el enfoque sistémico para la elaboración de su modelo de cuidados enfermeros. Postula que la

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

salud de una nación es el recurso más preciado y que los individuos, las familias y las comunidades aspiran a una mejor salud y poseen la motivación necesaria con el fin de lograrla. También sostiene que la salud se aprende por el descubrimiento personal y la participación activa, principalmente en el seno de la familia. La profesión enfermera se da a conocer, de este modo, como un recurso primario de salud para las familias y la comunidad. La relación enfermera-familia es de colaboración (Gottlieb y Rowat, 1978; Kravitz, 1989).

Según Allen, el primer objetivo de los **cuidados** enfermeros es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje. La enfermera desempeña entonces un rol de agente facilitador, estimulador y motivador para el aprendizaje, por ejemplo, de las habilidades que se han de adquirir para hacer frente a las situaciones. Las características de la relación enfermera-familia son la negociación, colaboración y coordinación. El enfoque de la enfermera está basado en la interacción entre los principales conceptos del modelo, es decir, la familia, la salud, el aprendizaje y la colaboración. Estos conceptos forman una estructura organizadora para los cuidados aplicados a la situación de salud que Allen denomina *situation-responsive nursing* (Kravitz y Frey, 1989).

Según este modelo, la recogida de información es un proceso explorador en el que el «cliente-familia» y la enfermera colaboran. La atención se centra sobre el problema definido como una situación de salud que cambia continuamente y que está en relación con otras situaciones vividas en la familia. La enfermera guía al «cliente-familia» y le ayuda a recoger la información y a distribuirla. Realizada conjuntamente, la planificación de los cuidados refleja la utilización máxima del potencial constituido por la fuerza, la motivación, las habilidades y los recursos de cada uno para trabajar en la situación de salud. Un pacto entre la enfermera y el «cliente-familia» precisa las etapas que se han de seguir y el rol de cada uno según el ritmo de la familia, y una evaluación regular para todos los miembros implicados indica las modificaciones que hay que realizar. Para que se produzca un cambio, el «cliente-familia» debe ser un participante activo en estos cuidados.

Según Allen, la **persona** es, pues, conceptualizada como la familia. Ésta posee una gran influencia sobre sus miembros e inversamente, cada miembro influye en la familia. El individuo y la familia son sistemas abiertos en interacción constante el uno con

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

el otro, con el entorno y la comunidad. Así, los cambios en uno u otro sistema ocasionan cambios en los otros sistemas y en sus interacciones. La familia es activa, tiende a resolver sus problemas. Aprende de sus propias experiencias, lo que le permite cumplir los objetivos que se ha propuesto.

La **salud** es el componente central del modelo de Allen. No se sitúa en un *continuum* salud-enfermedad, por lo tanto, no es ni un estado ni una finalidad. La salud y la enfermedad son entidades distintas que coexisten. La salud óptima es la presencia de muchos elementos de salud y la ausencia de enfermedad. La ausencia de enfermedad sola no significa una salud óptima. La salud es un proceso social que comprende los atributos interpersonales y los procesos de aprendizaje, de los cuales proceden el *coping* y el desarrollo de la familia y de sus miembros. Estos dos elementos dinámicos y cambiantes están interrelacionados y evolucionan con el tiempo. El objetivo del *coping* es el dominio o la resolución de los problemas más bien que una simple reducción de la tensión. El desarrollo va dirigido hacia el logro de los objetivos de la persona o de la familia, es decir, hacia su realización (Kravitz y Frey, 1989). Estos procesos permiten a la familia y al individuo conseguir un alto nivel de satisfacción en la vida. La salud es también una manera de vivir y de desarrollarse.

Finalmente, el **entorno** es el contexto en el que la salud y los hábitos de salud se aprenden. El aprendizaje de la persona se puede hacer en diferentes situaciones y en diferentes medios como la casa, la escuela, el hospital y el lugar de trabajo. La persona y el entorno están en interacción constante (Gottlieb y Rowat, 1987).

ESCUELA DEL SER HUMANO UNITARIO

La escuela del ser humano unitario se sitúa en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación. Las teorizadoras de esta escuela intentan responder a la pregunta «¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?».

Desde 1970, Martha Rogers presenta una concepción de la disciplina enfermera que se desmarca de otras por su originalidad. De hecho, Rogers propone a las enfermeras una visión de la persona y de los cuidados enfermeros que procede de trabajos filosóficos, de teorías de la física y de la teoría general de los sistemas de von Bertalanffy (1968).

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

■ **Es gracias a la escuela del ser humano unitario que el holismo ha conseguido todo su significado.** ■

Sin embargo, Rogers (1983) evita el concepto holismo a causa de la mala utilización que muchos han hecho de él. Prefiere el concepto de persona unitaria e invita a las enfermeras a desarrollar la ciencia del ser humano unitario. Otras teorizadoras se han unido a esta escuela y han añadido fuentes filosóficas extraídas del existencialismo y de la *fenomenología*. Se trata de Margaret Newman y de Rosemarie Rizzo Parse.

Inspirada por la idea de Rogers, según la cual la salud y la enfermedad son expresiones del proceso de la vida y no están ni opuestas ni divididas, Newman (1986) propone una teoría de la **salud** que será la expansión de la conciencia. La salud es la realización continua de uno mismo como ser humano unitario, y la enfermedad está integrada en la salud; forma parte del proceso de expansión de la conciencia, del cambio. Describimos los modelos conceptuales del ser humano unitario de Rogers y del ser-hacia-su-actualización de Parse con el fin de ilustrar esta escuela de pensamiento.

Ser humano unitario, según Martha Rogers

Rogers ha buscado en los conocimientos provenientes de numerosas disciplinas, entre ellas la psicología, sociología, astronomía, filosofía, historia, biología y física para crear su modelo conceptual del ser humano unitario. Nightingale y la concepción del ser humano en estrecha unión con la naturaleza, Einstein y la teoría de la relatividad, Burr y Northrop y la organización del campo electrodinámico, y von Bertalanffy y la teoría general de los sistemas han inspirado particularmente a Rogers en la elaboración de los conceptos y principios de su modelo (Marriner-Tomey, 1989).

En sus primeros escritos, Rogers (1970; 1972) insiste sobre la especificidad de la disciplina enfermera basada sobre una ciencia del ser humano unitario. La disciplina enfermera es, a la vez, una ciencia, un arte y una profesión que se aprende. El objetivo perseguido por la enfermera es de promover la salud y el bienestar de toda persona, sea cual sea su contexto. El arte enfermero es la utilización creadora de la ciencia enfermera. Rogers sugiere que la enfermera se mantenga al corriente de los conocimientos más

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

recientes de numerosos campos con el fin de innovar en el servicio que ofrece a la población (Rogers, 1990). Barrett (1988) ha definido un proceso de **cuidados** enfermeros inspirada en el modelo de Rogers. Se trata, para la persona y la enfermera, de:

1. Reconocer las manifestaciones o ***patrones*** propios de la persona y que están unidos a situaciones de la salud.
2. Formular, si es necesario, estos *patrones* en un modelo deliberado, mutuo y continuo con el fin de promover la armonía y el bienestar durante la vida.

Este proceso, en el que la persona y la enfermera actúan juntas en consenso, es simultáneo más bien que lineal o circular. La enfermera facilita o hace posible al cliente la actualización de su potencial (Barrett, 1990). Utiliza las modalidades de cuidados no invasivos.

Rogers (1970; 1983; 1990) reconoce primeramente a la **persona** como un ser humano unitario, que es más grande que la suma de sus partes y diferente de ésta. En este sentido, la persona es un sistema abierto, un campo de energía que no cesa de cambiar. De hecho, Rogers no subraya las diferentes dimensiones reconocidas de la persona: cuerpo, alma, espíritu o incluso dimensiones biológicas, psicológicas o sociales. Más bien habla de la persona como un campo irreductible de energía que se caracteriza por *patrones* diferentes de los de las otras personas.

Rogers (1983) define seguidamente la **salud** como un valor que varía según las personas y las culturas. Este valor que es la salud es, pues, definido por las personas o la sociedad y cambia de una persona a otra y de una sociedad a otra. Según esta concepción, la salud hace referencia al bienestar, la autorrealización, la actualización y la realización del potencial de las personas por una participación consciente al cambio. La salud trasciende la dimensión corporal y alcanza al ser humano en su totalidad (Barrett, 1990; Phillips, 1990).

Finalmente, Rogers (1970; 1983; 1990), describe también el **entorno** como un sistema abierto y un campo de energía en cambio continuo. Utiliza los principios de la homeodinámica para describir la naturaleza y la dirección del cambio de la persona y del entorno. Así, los campos de energía (persona y entorno) están en interacción constante y en cambio simultáneo; es el principio de la integridad. Los campos de energía están continuamente cambiando, de *patrones* de baja frecuencia a los *patrones* de frecuencia

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

más elevadas; es el principio de la resonancia. Los campos de energía tienden hacia una diversidad creciente y expresan *patrones* probabilistas y creativos, es decir, imprevisibles y diversificados con ritmos que no cesan de renovarse: es el principio de helicidad.

El ser hacia su actualización, según Rosemarie Rizzo Parse

Inspirada por la concepción de Rogers, Parse (1981) ha presentado una teoría, «hombre-viviendo-la-salud» *(man-living-health)*, que ha llamado teoría de «el ser hacia su actualización» *(human becoming)*, a principios de los años 90 (Parse, 1992a). Propone una concepción basada en los postulados de los principios que proceden del pensamiento fenomenológico existencial.

Los trabajos de Heidegger, de Sartre y de Merleau-Ponty han influenciado a Parse en su visión de un ser humano no fragmentado. El ser humano tiene intenciones y está comprometido con el mundo en una relación dialéctica que le permite crecer y dar un significado a las experiencias que componen el proceso de actualización. El ser humano participa en la creación de las diferentes visiones del mundo y de otros seres humanos con los que coexiste (Parse, 1981).

Según Parse, la ciencia enfermera es una ciencia humana. Los **cuidados** enfermeros están centrados en el ser humano —unidad viva— y en su participación cualitativa a las experiencias de salud. Los objetivos de la práctica enfermera a partir del modelo conceptual del ser hacia su actualización consisten en favorecer la calidad de vida, tal como es percibida por la persona o la familia, y en preservar su dignidad (Parse, 1987; 1989). La enfermera, en relación intersubjetiva con la persona o la familia, suscita la participación de éstas para describir una situación vivida y comprender su significado. La enfermera tiene en cuenta los ritmos de la persona y le ayuda a considerar las posibilidades, más allá de su realidad presente. A partir de las descripciones personales de la salud, los *patrones* se explicitan. Representan los modos del ser hacia su actualización (Parse, 1990a).

La **persona** es un ser humano abierto que es más grande que la suma de sus partes y diferente de ésta, libre de escoger un significado en cada situación. Participa en la creación de *patrones* de relación en un cambio mutuo y simultáneo con el entorno (Parse, 1987). Se reconoce al ser humano por sus propios *patrones*.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Vive la experiencia de la vida como una experiencia multidimensional y simultánea en todas las esferas del tiempo (Marriner-Tomey, 1989). El ser humano es responsable de su manera de estar presente en el mundo, escogiendo los valores que modelan sus actitudes y sus comportamientos.

Aunque distinto de la persona, Parse concibe el **entorno** de tal forma que el entorno y la persona coparticipan en su creación intercambiando energía, tendiendo hacia una mayor complejidad y diversidad, e influenciando, entre sí, los *patrones* rítmicos. El entorno y el ser humano son inseparables; de ahí la expresión «ser humano-entorno».

La **salud** es un proceso de actualización, que refleja las prioridades de valores (Parse, 1987; 1990a). La salud expresa una forma personal de vivir las experiencias; no hay pues, nivel óptimo de salud ni estado de bienestar equivalente a la salud, ni de salud cuantificable o cualificable. Se trata más bien de un proceso en movimiento que encarna las diferentes maneras de ser de un individuo. Cocreada en las interrelaciones entre el ser humano y el entorno y vivida según el significado que el ser humano da a las situaciones, la salud es un compromiso personal del ser humano en interacción constante y simultánea con el entorno (Parse, 1990b).

La escuela del ser humano unitario considera un proceso de cambio continuo, en el cual la persona y la enfermera son colaboradores, y es la persona misma quien precisa la dirección de su cambio. La práctica enfermera ya no es tributaria del enfoque tradicional de resolución de problemas, si no que se orieta, más bien, hacia un proceso de actualización para los dos, enfermera-cliente. Este nuevo enfoque representa un cambio importante de valores y creencias para la enfermera (Mitchell, 1990).

ESCUELA DEL *CARING*

Durante los últimos quince o veinte años, el **concepto** de *caring* ha sido el centro de varios escritos en la disciplina enfermera. Leininger (1981) ha mantenido este concepto como la esencia de la disciplina. Benner y Wrubel (1989) sugieren que una práctica enfermera basada sobre la prioridad del *caring* reemplaza aquella en la que el enfoque comprende la promoción, la prevención y la restauración de la salud. A su vez, Watson (1985) propone que la enfermeras crean un ideal de *caring* que sea a la vez humanista y científico.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Según Benner y Wrubel (1989), el *caring* está formado por el conjunto de las acciones que permiten a la enfermera, por ejemplo, descubrir de manera sutil los signos de mejora o de deterioro en la persona. *Caring* también significa facilitar y ayudar, respetando los valores, las creencias, la forma de vida y la cultura de las personas (Leininger, 1988a; 1988b; Watson, 1988).

■ **Las teorizadoras de la escuela del *caring* creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad (Watson, 1985; 1988) y la cultura (Leininger, 1988b) y si integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones.** ■

Esta escuela, que tiene por conceptos centrales el *caring* y la cultura, se sitúa también en la orientación de la apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación. Centrándose en el cuidado intenta responder de nuevo a la pregunta: «¿Cómo las enfermeras hacen lo que hacen?». Describiremos los trabajos de dos teorizadoras con el fin de ilustrar esta escuela. Se trata de la teoría del cuidado humano *(human caring)*, de Jean Watson, y de la teoría de la diversidad y de la universalidad del cuidado cultural, de Madeleine Leininger.

Cuidado humano *(human caring)*, según Jean Watson

La orientación de Watson (1988) es existencial, fenomenológica y espiritual; se inspira en la metafísica, las humanidades, el arte y las ciencias. Los trabajos de Carl Rogers influencian su visión de una relación transpersonal impregnada de coherencia, empatía y de calor humano. En ciencias enfermeras, se inspira particularmente en Leininger y Goodrich. Watson considera la disciplina enfermera como una ciencia humana y un arte.

De hecho, Watson (1985; 1988) postula que el amor incondicional y el cuidado son esenciales para la supervivencia y desarrollo de la humanidad. El cuidado y el amor hacia uno mismo precede al amor y cuidado hacia los demás. El aspecto curativo de las actividades de la enfermera no es un fin en sí mismo, pero forma parte del cuidado. Según Watson (1988), la contribución de las enfermeras en los cuidados de salud estará delimitada por la capacidad de las enfermeras en traducir su ideal de cuidado en su práctica.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Según Watson (1988), los **cuidados** enfermeros consisten en un proceso intersubjetivo de humano a humano que requiere un compromiso con el *caring*, en cuanto a ideal moral, y sólidos conocimientos. El objetivo de los cuidados enfermeros es el de ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma, su cuerpo y su espíritu. El cuidado empieza cuando la enfermera entra en el campo fenoménico de otra persona y percibe y siente lo vivido por la otra persona y responde a ello, de forma que le permita exteriorizar los sentimientos o los pensamientos que el otro siempre ha soñado con exteriorizar (Watson, 1988). Esta experiencia facilita la armonía.

Watson ha propuesto diez factores de cuidados que constituyen la base para desarrollar la ciencia enfermera, pero también para orientar la práctica enfermera. Éstos son: la formación de un sistema de valores humanista-altruista; la inspiración de sentimientos de creencia-esperanza; la cultura de una sensibilidad hacia sí mismo y hacia los otros; el desarrollo de una relación de ayuda-confianza; la promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos; la utilización sistemática del método científico de resolución de problemas en el proceso de toma de decisiones; la promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal; la creación de un entorno mental, físico, sociocultural y espiritual de ayuda, protección o corrección; la asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas; el reconocimiento de fuerzas existenciales-fenomenológicas-espirituales.

La relación transpersonal de cuidado es una relación humana particular en la que las dos personas, en tanto que coparticipantes en un proceso, se respetan y se permiten evolucionar hacia una mejor autocomprensión y una gran armonía. La enfermera promueve en la persona la comprensión de sí mismo y de sus zonas de sufrimiento o de agitación; favorece en la persona la elección, el control y la autodeterminación, y preserva la dignidad humana.

Siempre según Watson (1988), la **persona** es un «ser-en-el-mundo» que percibe, que vive experiencias y que está en continuidad en el tiempo y el espacio. Las tres esferas del ser-en-el-mundo, el alma, el cuerpo y el espíritu, son influenciadas por un cambio en el autoconcepto (Boyd y Mast, 1989; Watson, 1988). La persona se esfuerza continuamente en actualizar y establecer una armonía entre sus tres esferas. La totalidad de la experiencia de una persona constituye un campo fenoménico único de realidad subjetiva.

La **salud**
cuerpo, del a
coherencia e
armonía «cu
toconocimier
parte, está cc
espiritual. El
como el ento

Cuidado tra

Leininge
pología y er
«cuidado» (*c*
disciplina en
diversas cult
acciones de a
tiene necesid
de vida. Inte
turas, ha rec
de cuidados,

El cuidad
dos de ayud
aprenden. R
profesionales
mano favore

En la per
prenden con
personalizad
comportamie
fermera es u
en un cuidac
del estilo de
cuidados enf
culturales ap
la visión del
torno de dive
acuerdo con
su recuperaci

Leininger
enfermeros te

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

La **salud**, por su parte, es la percepción, es la armonía del cuerpo, del alma, y del espíritu. La salud está asociada al grado de coherencia entre el yo percibido y el yo vivido (Watson, 1988). La armonía «cuerpo, alma y espíritu» engendra un autorrespeto, autoconocimiento, autocuidado y autocuración. El **entorno**, por otra parte, está constituido por el mundo físico o material y el mundo espiritual. El entorno representa todas las fuerzas del universo, así como el entorno inmediato de la persona (Watson, 1988).

Cuidado transcultural, según Madeleine Leininger

Leininger (1988b) se ha inspirado en conocimientos de antropología y en ciencias enfermeras y ha presentado el concepto «cuidado» *(caring)* como esencial y central en su concepción de la disciplina enfermera. Sus numerosas investigaciones acerca de diversas culturas le han llevado a comprender el cuidado como acciones de asistencia, de apoyo y de facilitación a la persona que tiene necesidad de recuperar su salud o mejorar sus condiciones de vida. Interesándose en lo que es universal y diverso en las culturas, ha reconocido varios factores que influencian los sistemas de cuidados, la salud y el bienestar.

El cuidado profesional de la enfermera comporta, pues, modos de ayuda basados en una ciencia y un arte humanista que se aprenden. Respeta los sistemas de cuidado tradicionales y no profesionales que sostienen la vida y la muerte. El cuidado humano favorece el desarrollo y la supervivencia (Leininger, 1988b).

En la perspectiva de Leininger, los **cuidados** enfermeros comprenden comportamientos, funciones y procesos de cuidados personalizados dirigidos hacia la promoción y conservación de comportamientos de salud y de su recuperación. La profesión enfermera es una profesión de cuidados transculturales, centrados en un cuidado humano, respetuosos de los valores culturales y del estilo de vida de las personas (Luna y Cameron, 1989). Los cuidados enfermeros están basados en los conocimientos transculturales aprendidos por la observación de la estructura social, la visión del mundo, los valores, el idioma y los contextos del entorno de diversos grupos culturales. Así, las enfermeras están de acuerdo con la cultura y favorecen la conservación de la salud y su recuperación.

Leininger (1988b) ha formulado tres principios de cuidados enfermeros teniendo en cuenta la coherencia cultural. Se tratan de:

1. La conservación o mantenimiento de cuidados culturales, es decir, de actividades de asistencia y de facilitación basadas en la cultura de la persona y que mantienen su salud y su estilo de vida en un nivel adecuado.
2. La adaptación o la negociación de cuidados culturales, es decir, de actividades de asistencia y de facilitación adaptadas, negociadas o ajustadas a la salud y al estilo de vida de la persona.
3. La remodelación o reestructuración de cuidados culturales, actividades orientadas a ayudar a la persona a cambiar sus hábitos de vida, de forma que los nuevos hábitos sean significativos para él.

Planificando y dando así los cuidados enfermeros, el personal de enfermería respeta las diferencias igual que las similitudes culturales.

Según esta concepción, la **persona** es un ser que no puede ser separado de su bagaje cultural. Sus expresiones y su estilo de vida reflejan los valores, las creencias y las prácticas de su cultura. Una persona tiene, de modo natural, la tendencia a cuidar a los que la rodean. La persona representa a los individuos, las familias y los grupos culturales (Leininger, 1988a; 1988b).

La **salud** significa entonces más que la ausencia de una enfermedad o un punto en un *continuum*; se refiere a las creencias, los valores y las formas de actuar, que son culturalmente conocidos y utilizados con el fin de prevenir y conservar el bienestar de un individuo o de un grupo, y ejecutar las actividades cotidianas (Leininger, 1985). La salud está imbricada en la estructura social y, por consiguiente, varía de una cultura a otra.

Igualmente, el **entorno** se relaciona con todos los aspectos contextuales en los que la persona se encuentra. Estos son los aspectos físicos, ecológicos, sociales, igual que la visión del mundo y todo factor que tenga una influencia sobre el estilo de vida de la persona. El entorno es principalmente exterior a la persona, pero ejerce una influencia en lo cotidiano y en la existencia de esta persona. El contexto, es decir, todas las influencias estructurales y del entorno, proporciona un significado a las experiencias de la vida de la persona. Por esto, un comportamiento sólo es significativo en la medida en que se incluye en el entorno.

En resumen, las principales concepciones de la disciplina enfermera encontradas en los escritos han sido agrupadas en seis escuelas (fig. 2-1, pág. 27). Hemos descrito brevemente, en este

capítulo, l
bla 2-1 pr
cepciones
les de la d
el entorno
esta tabla.
particular
muy esqu
tamos nue
teorizador

La des
enfermera
samiento
clave y las
enfermera
concepcio
des, consi
na» y «sa
más bien,
ceso intera
cesidades
cuelas de
bles y la d
el concept
de conseg
su entorn
sale en los
persona er
no. El con
lud» (New
sarrollo y
capítulo, l
can un car
paradigma
mación.

Según
trales de
Destaquen
global de
mas princi
del paradi
principio,
necesidad

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

capítulo, las concepciones más conocidas de cada escuela. La tabla 2-1 presenta una apreciación general de las numerosas concepciones actuales en ciencias enfermeras. Los conceptos centrales de la disciplina enfermera —el cuidado, la persona, la salud y el entorno— sirven de estructura para el resumen presentado en esta tabla. La columna «elementos claves» destaca el vocabulario particular de cada una de las concepciones. Esta presentación, muy esquemática, no tiene la pretensión de ser exhaustiva. Invitamos nuevamente a los lectores a consultar los trabajos de las teorizadoras.

La descripción de las diversas concepciones de la disciplina enfermera según las escuelas permite seguir la evolución del pensamiento enfermero. Así podemos observar que los elementos clave y las definiciones de los conceptos centrales de la disciplina enfermera difieren de un modelo conceptual a otro. Las primeras concepciones estaban centradas en la satisfacción de las necesidades, considerando principalmente los conceptos centrales «persona» y «salud». Las concepciones que han seguido han puesto, más bien, el acento en el concepto «cuidado» describiendo el proceso interaccional requerido, casi siempre, para satisfacer las necesidades de las personas en relación con la salud. Las dos escuelas de concepciones que han seguido, la de los efectos deseables y la de la promoción de la salud, han puesto el acento sobre el concepto «salud». La salud se conoce como un ideal que se ha de conseguir mediante el cuidado a la persona en interacción con su entorno. Más recientemente, el principal concepto que sobresale en los escritos es el concepto de «cuidado» *(caring)* frente a la persona en cambio mutuo y en interacción continua con su entorno. El concepto *caring*, sin embargo, está unido al concepto «salud» (Newman y cols., 1991) que se mezcla en el proceso de desarrollo y de vida. Las dos últimas escuelas presentadas en este capítulo, las escuelas del ser humano unitario y del *caring*, marcan un cambio importante. Estas escuelas reflejan un traslado del paradigma de la integración hacia el paradigma de la transformación.

Según las diversas concepciones y escuelas, los conceptos centrales de la disciplina enfermera tienen significados variados. Destaquemos que las diferentes concepciones reflejan una visión global de la persona (Smith, 1988). Esta globalidad toma dos formas principales, según se trate del paradigma de la integración o del paradigma de la transformación. La **persona** es definida, al principio, como un ser biopsicosocial integrado (escuela de las necesidades, de interacción, de los efectos deseables y de la pro-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tabla 2-1. Resumen de las principales concepciones de la disciplina enfermera

	Cuidado	*Persona*	*Salud*	*Entorno*	*Elementos clave*
Florence Nightingale	Servicio a la humanidad, basado en la observación y la experiencia, que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda restablecer o preservar su salud	Enferma o con salud, que consta de los componentes: físico, intelectual, emocional, social y espiritual	Ausencia de enfermedad y capacidad de utilizar plenamente sus recursos	Factores externos que afectan a la persona y su proceso de salud: aire, agua, luz, calor, limpieza, tranquilidad, dieta adecuada	• Leyes de vida y de salud • Entorno sano • Condiciones sanitarias
Escuela de las necesidades					
Virginia Henderson	Asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por sí misma por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos con el fin de conservar o de restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales	Ser biológico, psicológico y social que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales	Capacidad de actuar de forma independiente en relación con las catorce necesidades fundamentales	Factores externos que actúan de forma positiva o negativa	• Integridad • Dependencia e independencia en la satisfacción de las necesidades • Necesidades fundamentales y necesidades específicas
Dorothea E. Orem	Campo de conocimiento y servicio humano que tien-	Ser que funciona biológica, simbólica y socialmente y que	Estado de ser completo e integrado a sus diferentes	Todos los factores externos que afectan los autocuidados a	• Autocuidados • Agente de autocuidados

Dorothea E. Orem	Campo de conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de la persona en el ejercicio de autocuidados relacionados con su salud y reforzar sus capacidades de autocuidado	Ser que funciona biológica, simbólica y socialmente y que presenta exigencias de autocuidados universales, de desarrollo y ligados a desviaciones de la salud	Estado de ser completo e integrado a sus diferentes componentes y modos de funcionamiento	Todos los factores externos que afectan los autocuidados o el ejercicio de autocuidados	• Autocuidados • Agente de autocuidados • Déficit de autocuidados • Sistema de cuidados enfermeros
Faye Abdellah	Utilización del método de resolución de problemas con el fin de ayudar a la persona a adaptarse en sus veintiuna necesidades de salud que son de la competencia enfermera	Paciente o cliente que presenta problemas relacionados con los cuidados enfermeros	Nivel en el que no es necesaria la asistencia en la satisfacción de una necesidad: independencia en sus propios cuidados	Factores sociales de medios tales como el hospital, la casa o la comunidad que contribuyen en las necesidades de la persona	• Necesidades • Problemas
Escuela de la interacción					
Hildegard Peplau	Relación interpersonal terapéutica orientada hacia un objetivo que favorezca el desarrollo de la personalidad según un proceso en cuatro fases: orientación, identificación, profundización y resolución	Sistema compuesto de características y de necesidades bioquímicas, físicas y psicológicas; énfasis puesto en las necesidades psicológicas	Nivel productivo de ansiedad que permite una actividad interpersonal y el cumplimiento de tareas de desarrollo personal	Grupo de personas significativas con quien la persona interactúa	• Necesidad de ayuda • Relación interpersonal terapéutica

Tabla 2-1. *(Continuación.)*

	Cuidado	*Persona*	*Salud*	*Entorno*	*Elementos clave*
Ida Orlando	Interacción entre la enfermera y la persona que tiene una necesidad de ayuda; proceso que pide a la persona validar su necesidad y la ayuda recibida con el fin de mejorar su salud	Organismo humano capaz de desarrollarse, sujeto a necesidades y que está bajo la supervisión médica o tratamiento médico	Sentimiento de competencia y de bienestar; comodidad física y mental	Tiempo y espacio, es decir, contexto que rodea la situación de los cuidados enfermeros	• Necesidad de ayuda • Angustia • Relación interpersonal
Josephine Paterson y Loretta Zderad	Refuerzo de bienestar y de superación por un proceso de transacción intersubjetivo en el que las necesidades relacionadas con la salud/enfermedad son percibidas	Ser encarnado en actualización continua y en relación con otros seres humanos y con las cosas en un mundo de tiempo y espacio	Más que la ausencia de la enfermedad, la salud es el aumento del bienestar y de la superación	Mundo interno que es una realidad en actualización y mundo externo de los humanos y de las cosas en el tiempo y en el espacio	• Relación intersubjetiva • Bienestar y superación
Ernestine Wiedenbach	Mezcla deliberada de pensamientos, sentimientos, acciones y percepciones para comprender a la persona su condición, situación y sus necesidades, con el fin de mejorar sus cuidados, prevenir la reaparición del problema, ...	Ser funcional y competente que tiene la capacidad de determinar si tiene necesidad de ayuda	No ha sido definida. Los intereses de la enfermera están relacionados con la salud	Conjunto de objetos, leyes, situaciones, momentos y seres humanos que son imprevisibles y perturbadores	• Necesidad de ayuda • Relación interpersonal significativa

	cuidados, prevenir la reaparición del problema y acomodarse con su ansiedad, su incapacidad y su angustia				
Imogene King	Proceso de interacción recíproca entre la enfermera, la persona y el entorno conduciendo a transacciones y a conseguir objetivos, dirigidos a un estado funcional de salud	Sistema abierto que presenta fronteras permeables a los cambios de materia, de energía y de información con el entorno	Ajuste dinámico a los estresantes del medio interno y externo para la utilización óptima de recursos a fin de que la persona cumpla su máximo potencial en la vida cotidiana y en las funciones sociales	Sistema abierto que posee fronteras permeables y permite los cambios de materia, energía e información con la persona	• Interacción • Percepción • Comunicación • Transacción • Rol • Estrés • Crecimiento y desarrollo • Tiempo y espacio
Joyce Travelbee	Proceso interpersonal y servicio dirigido a asistir a la persona o familia a fin de prevenir la enfermedad o de acomodarse con el sufrimiento; asistir a la persona con objeto de encontrar un significado a su experiencia y darle esperanza	Organismo único biológico y social; individuo irreemplazable, diferente de los otros individuos, que está influenciado por la herencia, el entorno, la cultura y las experiencias; individuo en proceso de actualización y capaz de elegir	Estado de completo bienestar físico, mental y social; la salud no es la ausencia de enfermedad o de dolencia	No ha sido definido	• Significado de las experiencias • Percepción • Sufrimiento y enfermedad • Autoactualización • Relación interpersonal

Tabla 2-1. *(Continuación.)*

	Cuidado	*Persona*	*Salud*	*Entorno*	*Elementos clave*
Escuela de los efectos deseables					
Callista Roy	Ciencia y práctica de la promoción de la adaptación de la persona que tiende a evaluar los comportamientos del cliente y los factores que influencian su adaptación en los cuatro modos, y a intervenir modificando estos factores (estímulos focales, contextuales y residuales) con el fin de contribuir a mejorar su estado de salud, su calidad de vida o permitirle morir con dignidad	Sistema adaptativo que tiene mecanismos reguladores y cognitivos; ser biopsicosocial en constante interacción con un entorno cambiante que tiene cuatro modos de adaptación: modo fisiológico, modo «autoconcepto», modo «función según los roles» y modo «interdependencia»	Estado y proceso de ser o de llegar a ser una persona integral y unificada. El estado-salud es la adaptación en cada uno de los cuatro modos. El proceso-salud es el esfuerzo constante realizado por el individuo para alcanzar su máximo potencial de adaptación	Todas las situaciones, circunstancias e influencias susceptibles de afectar el desarrollo y comportamientos de las personas o grupos	• Mecanismos reguladores y cognitivos • Modos de adaptación • Respuesta de adaptación • Estímulos focales, contextual, residual
Lydia Hall	Acto profesional en el cual la enfermera interactúa con el cliente en un proceso complejo de enseñanza y aprendizaje, en el que la enfermera se centra en el conocimiento de los cuidados que se	Ser compuesto de tres aspectos (cuerpo, patología, persona) que busca sus propios objetivos y conseguir su máximo potencial por un proceso de aprendizaje cuya base es la toma de	La curación por la autoconciencia libera sus propias fuerzas de curación	No ha sido definido	• *Core, care, cure* • Autoconciencia y reflexión • Control de sus comportamientos • Enseñanza y aprendizaje

	se centra en el conocimiento de los cuidados que se han de prodigar al cuerpo humano, de forma que se modifiquen los procesos unidos con la patología y el tratamiento, y que se corrijan, teniendo en cuenta la personalidad del cliente	aprendizaje cuya base es la toma de conciencia de sus sentimientos y de sus comportamientos, y la clarificación de sus motivaciones			
Dorothy Johnson	Arte y ciencia que tienden a la restauración, mantenimiento y logro de un equilibrio dinámico del sistema comportamental en el grado más alto posible	Sistema de comportamientos que contienen siete subsistemas: pertenencia, dependencia, autorrealización, agresividad, ingesta, eliminación y sexualidad	Estado determinado por factores psicosociofisiológicos, valorado y compartido por los profesionales de la salud; estado de equilibrio dinámico que sobreviene durante el proceso evolutivo de la salud	Mecanismos externos de regularización que actúan sobre los comportamientos	• Subsistemas de comportamientos • Equilibrio dinámico
Betty Neuman	Intervención que se orienta hacia la integridad de la persona: que se interesa por todas las variables que tienen un efecto sobre la respuesta de la persona a los	Ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, capaz de desarrollarse: es un todo integral	Estado dinámico de bienestar o de enfermedad que está determinado por las variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales, relacio-	Entorno interno y externo: el entorno externo es todo lo que es externo a la persona; el entorno interno es el estado interno de la persona que ha trazado las variables fisiológi-	• Sistema abierto • Estructura de base • Agentes de estrés • Líneas de defensa • Líneas de resistencia • Prevención • Reconstitución • Estabilidad

Tabla 2-1. *(Continuación.)*

	Cuidado	*Persona*	*Salud*	*Entorno*	*Elementos clave*
	agentes de estrés, con el fin de reducir sus efectos		nadas con el desarrollo	cas, psicológicas, socioculturales y espirituales relacionadas con el desarrollo	
Myra Levine	Interacción humana basada en principios científicos dirigidos a conservar la energía e integridad mediante los cambios en el entorno y mediante los cuidados individualizados, según las necesidades particulares de las personas, orientados a sostener su adaptación	Organismo cambiante en constante interacción con el entorno interno y externo y que busca mantener su integridad	La salud y la enfermedad son las estructuras de cambio adaptativo de la integridad	El entorno interno es la psicología de la persona; el externo posee componentes perceptuales, operacionales y conceptuales	• Conservación de la energía • Adaptación • Integralidad
Escuela de la promoción de la salud					
Moyra Allen	Ciencia que promueve las interacciones de salud y la respuesta profesional en la búsqueda natural de una vida sana en un proceso de atención en la situación de salud	Familia y participante activo de una familia o grupo social, capaz de aprender de sus experiencias	Proceso social que reafirma los atributos interpersonales aprendidos y desarrollados con el tiempo	Contexto social en el que se efectúa el aprendizaje	• Promoción de la salud • Aprendizaje • Familia • Colaboración enfermera-cliente

Escuela del ser humano unitario

Martha E. Rogers	Promoción de la salud favoreciendo una interacción armoniosa entre el hombre y el entorno; centrado en la integralidad de los campos de energía	Campo de energía unitario y pandimensional caracterizado por los *patterns* y comportamientos en que el todo no puede ser comprendido a partir del conocimiento de las partes	Valor y proceso continuo de intercambios energéticos que favorecen la expresión de un máximo potencial de vida	Campo de energía pandimensional donde están agrupados y organizados todos los elementos exteriores del campo humano	• Campo de energía • *Patterns* • Pandimensionalidad • Principios de homeodinámica
Rosemarie R. Parse	Ciencia y arte centrados en el ser humano en tanto que unidad viviente en actualización y en la calidad de vida mediante la participación cualitativa de la persona en sus experiencias de salud	Ser abierto que tiene la capacidad de actuar en sinergia con el universo con el que comparte los límites espaciales o temporales; libre de escoger sus orientaciones	Proceso de actualización tal como es vivido por la persona	Constituye el devenir en los cambios simultáneos de energía con la persona	• Volverse coconstituido • Significación • Rítmico • Cotranscendencia
Margaret Newman	Ciencia que reconoce los *patterns* y favorece la expansión de la conciencia creando una relación mutua entre la enfermera y la persona	Conciencia: *pattern* específico; intersección entre el movimiento, el tiempo y el espacio	*Pattern* de evolución y expansión de la conciencia; importa poco la forma o dirección que toma	Campo de energía que tiene los límites espaciales o temporales comunes con el universo y que evoluciona hacia una complejidad y una creciente diversidad, manifestándose en los *patterns* rítmicos	• Salud • Conciencia • *Patterns* • Movimiento, tiempo y espacio

Tabla 2-1. *(Continuación.)*

	Cuidado	*Persona*	*Salud*	*Entorno*	*Elementos clave*
Escuela del *caring*					
Jean Watson	Arte y ciencia humana del *caring*, ideal moral y procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía «cuerpo-alma-espíritu» utilizando diez factores de cuidados	Forma viviente que crece, y que comprende cuerpo, alma y espíritu	Unidad y armonía entre el cuerpo, el alma y el espíritu	Realidad interna y externa de la persona	• *Caring* • Relación transpersonal • Factores de cuidado
Madeleine Leininger	Ciencia y arte humanista aprendidos, centrados en los comportamientos, las funciones y los procesos de cuidados personalizados dirigidos hacia la promoción y conservación de los comportamientos de salud o su recuperación, preservando, adaptando y reestructurando los cuidados culturales	Ser cultural que ha sobrevivido al tiempo y al espacio	Creencias, valores y formas de actuar reconocidas culturalmente y utilizadas con el fin de preservar y mantener el bienestar de una persona o un grupo y permitir la realización de las actividades cotidianas	Todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales, por ejemplo características físicas, ecológicas y sociales, así como las visiones del mundo	• Cuidado • Cultura • Diversidad del cuidado • Universalidad del cuidado

Inspirado y adaptado de J. J. Fitzpatrick y A. L. Whall (1989): *Conceptual models of nursing*, 2.ª ed. Norwalk, Appleton and Lange, págs. 438-443.
Hemos encontrado las definiciones y los elementos clave en los escritos de las teorizadoras o en A. I. Meleis (1991): *Theoretical nursing: development and progress*, 2.ª ed., Filadelfia, Lippincott, y A. Marriner-Tomey (1989): *Nursing theorists and their work*, 2.ª ed. St. Louis, Mosby.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

moción de la salud); después, como un campo de energía o un todo indivisible (escuelas del ser humano unitario o del *caring*). La **salud** es presentada de diferentes maneras, en continuidad con la enfermedad, como un valor, un estado, un proceso, o como el reflejo de cambios en la persona. En las diversas concepciones, el **entorno** es frecuentemente percibido como la estructura interna y las influencias externas sobre la persona, incluyendo los miembros de la familia, la comunidad y la sociedad, así como el entorno físico. En principio el entorno ha sido visto como una fuente de estrés, después, en los modelos conceptuales más recientes, como una mina de recursos.

■ EN OTRAS PALABRAS ■

Así, los modelos conceptuales reflejan la riqueza del pensamiento enfermero que está continuamente en evolución. Las diferentes escuelas ponen énfasis en diversos elementos, según las épocas en que las concepciones se han elaborado, que son guías para la práctica, la formación, la investigación y la gestión en ciencias enfermeras. Hemos presentado estas concepciones según la visión que ofrecen en relación con el cuidado, la persona, la salud, y el entorno. Seis escuelas prevalecen actualmente: la de las necesidades, la de la interacción, la de los efectos deseables, la de la promoción de la salud, la del ser humano unitario y la del *caring*. Los trabajos de las enfermeras teorizadoras permiten, cada vez más, precisar lo esencial de la disciplina enfermera. La figura 2-2 ilustra diversos niveles de conceptualización que permiten clarificar en qué consiste la disciplina enfermera. En el siguiente capítulo evidenciamos lo esencial.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

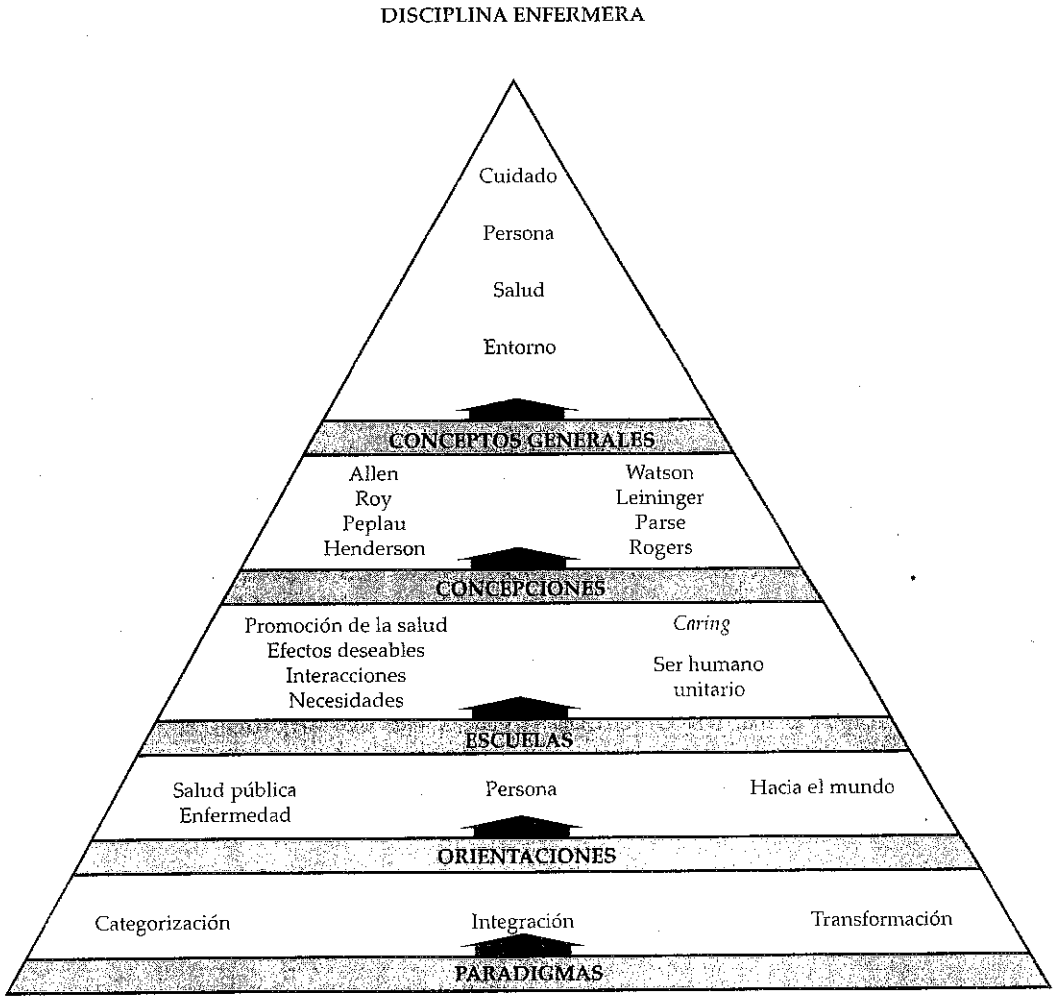
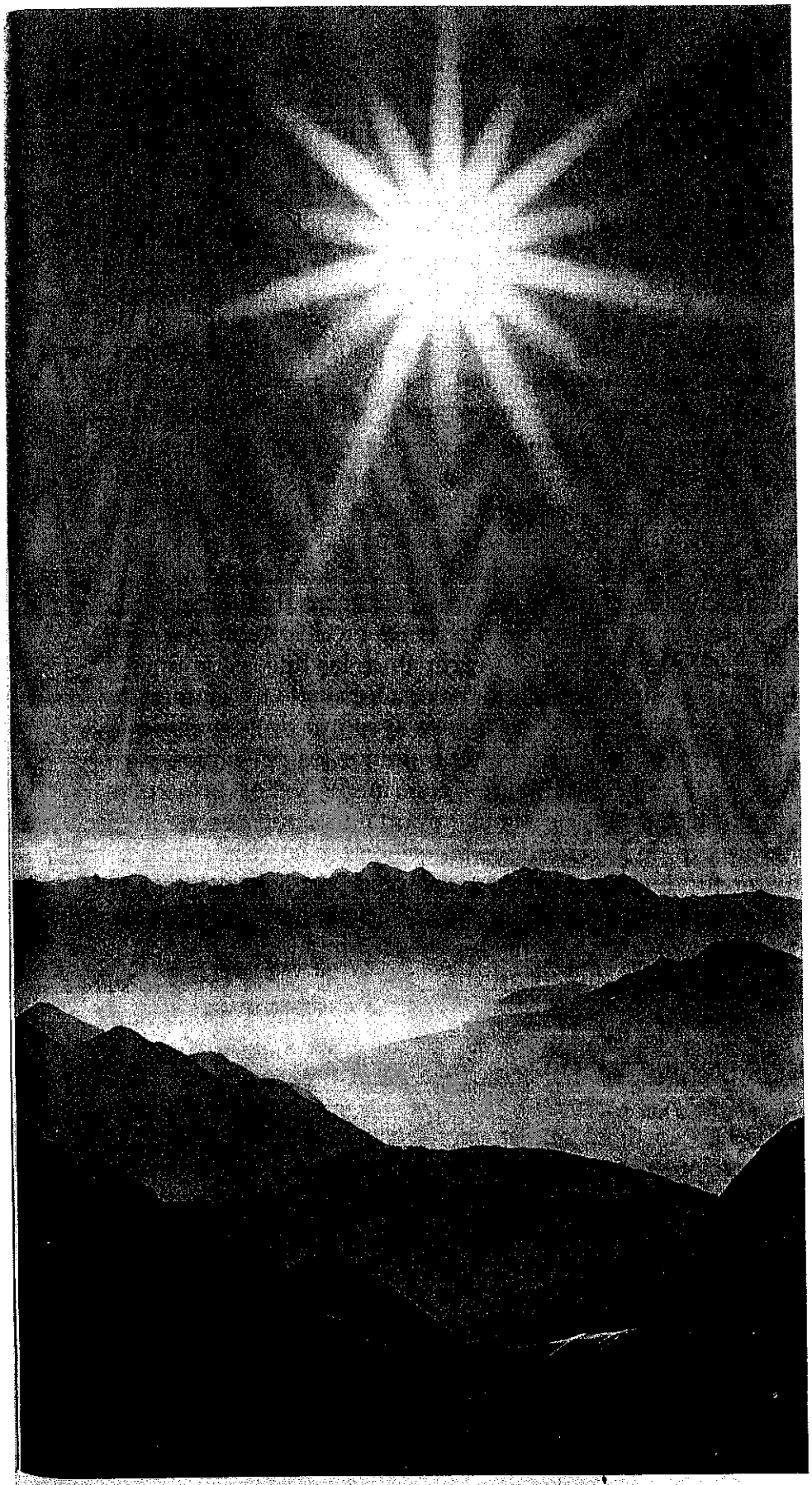


Fig. 2-2. Niveles de conceptualización.

CAPÍTULO 3

HACIA LO ESENCIAL DE LA DISCIPLINA



Hubatka-Mauritus. Réflexion Photothèque

Los primeros capítulos han permitido delimitar las grandes corrientes del pensamiento o contextos en los cuales diversas concepciones de la disciplina enfermera se han desarrollado. El desafío consiste ahora en sacar a la luz lo esencial de la disciplina enfermera, más allá de estas concepciones, describiendo el ***centro de interés*** y en extraer, a partir de nuevas tendencias, los ***principios*** que guían la acción.

Influenciados por las grandes corrientes del pensamiento y por un mundo en transformación, los cuidados enfermeros, bajo apariencias simples, se han convertido en complejos y diversificados. La enfermera asegura una presencia continua al lado de diversas clientelas y debe dar prueba, en todo tiempo, de solicitud, de saber adelantarse en acompañar a las personas tanto en situaciones felices como en el dolor, la angustia, la incapacidad y, a menudo, la muerte. Además de requerir competencias interpersonales, los cuidados enfermeros recurren a los conocimientos científicos y a la utilización de métodos sistemáticos de trabajo.

En el presente capítulo, precisamos el centro de interés de la disciplina enfermera a partir de diferentes modelos conceptuales que son el objeto del capítulo 2. Agrupamos las líneas comunes a estos modelos, de manera sucinta, bajo la forma de un enunciado que, en los escritos actuales, se refiere al centro de interés de la disciplina enfermera. Seguidamente tratamos los principios para una práctica deseada en cuidados enfermeros. Estos principios son las proposiciones, las nociones importantes, que describen la misma naturaleza de los cuidados enfermeros y que están unidos a su carácter fundamental. Estos principios permiten calificar el servicio que prestan las enfermeras a la sociedad y a la vez reflejan el arte y la ciencia inherentes a su contribución en este momento de evolución y para el futuro.

ALGUNOS ENUNCIADOS

Sarter (1990) sostiene que un consenso se desprende de diversas concepciones de la disciplina enfermera. Según un punto de vista global, la persona es considerada en su totalidad y, según un punto de vista humanista, es percibida como un ser único. Así, tal como subrayan Newman y cols. (1991), el centro de interés de la disciplina enfermera va más allá de las grandes corrientes del pensamiento que han contribuido al desarrollo del conocimiento y de las concepciones particulares de esta disciplina. La

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

relación entre los conceptos centrales de la disciplina, el cuidado, la persona, la salud y el entorno es actualmente el núcleo del campo de los cuidados enfermeros. Incluso si la precisión de la relación entre estos conceptos está por mejorar (Jennings, 1987), el enunciado de esta relación representa de hecho un primer nivel de especificidad de la disciplina enfermera.

Diversos enunciados han sido propuestos para unir los cuatro conceptos centrales de la disciplina enfermera. Se trata de enunciados de Donaldson y Crowley (1978), de Meleis (1991) y de Newman y cols. (1991).

Para Donaldson y Crowley (1978), la ciencia enfermera «estudia la globalidad o la salud de los seres humanos reconociendo que están en interacción continua con sus entornos» (traducción libre, pág. 119). Nosotras añadimos que la práctica enfermera apunta a optimizar los entornos humanos para la salud y que es un servicio humanitario en el sentido en que se interesa en preservar el respeto y la autodeterminación de la persona. Esta práctica no está restringida a limitar los deterioros de la salud, sino que igualmente sirve de fuerza para su promoción (Donaldson y Crowley, 1978).

En cuanto a Meleis (1991), une los tres grandes conceptos «persona-cliente», «salud» y «entorno» a otros conceptos, principalmente los conceptos «transición», «interacción», «procesos en cuidados enfermeros» y «terapéutica en cuidados enfermeros». Según esta teorizadora, la interacción y la transición están igualmente en el núcleo de la disciplina enfermera. La interacción concierne especialmente a dos aspectos del campo de interés de las enfermeras: las interacciones de la persona con el entorno y las interaciones de la enfermera con la persona, como lo han subrayado, entre otras, las teorizadoras de la escuela de interacción. Meleis (1991) también precisa que las enfermeras están interesadas en ayudar a las personas que viven la experiencia de una transición o que anticipan una transición. Un cambio en la salud, en los roles, en lo que uno espera de sí mismo o de los demás, en sus capacidades, constituye una transición, ya que se trata de acontecimientos unidos al desarrollo (p. ej., la transición de la infancia a la adolescencia) a situaciones de la vida (p. ej., la llegada o la pérdida de un miembro de la familia en un nacimiento o en una muerte) o a la salud (p. ej., en un accidente o una enfermedad aguda o crónica).

Meleis (1991) propone el siguiente enunciado.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

En una situación salud/enfermedad, la enfermera interactúa con un ser humano, parte integrante de su contexto sociocultural, que se encuentra en una transición o que anticipa una transición. Las interacciones enfermera-cliente están organizadas alrededor de un objetivo (gestión clínica, resolución de problemas, evaluación holística), y la enfermera utiliza alguna acción (terapéutica en cuidados enfermeros) para mejorar, facilitar y fomentar la salud (traducción libre, pág. 101).

Para Newman, Sime y Corcoran-Perry (1991), la ciencia enfermera es «el estudio del *caring* en la experiencia humana de salud» (traducción libre, pág. 3). Estas autoras especifican que el cuidado en la experiencia humana de salud es la misión social y el campo particular para el desarrollo del conocimiento. Escogen dos conceptos cada vez más presentes en los escritos: el concepto «*caring*» para designar el cuidado y la expresión «experiencia de salud» para reemplazar el concepto de «salud». Estiman que el concepto «entorno» está implícito en la expresión «experiencia humana de salud». Escogiendo los conceptos «*caring*» y «experiencia de salud» en su enunciado del centro de interés de la disciplina enfermera, Newman y cols. (1991) abren la puerta al paradigma de la transformación.

Más allá de los modelos conceptuales, pocos autores han propuesto enunciados relacionando los cuatro conceptos centrales de la disciplina enfermera. Cada uno de los enunciados presentados más arriba ilustra el centro de interés de la disciplina, tal como es percibido por sus autoras. Ahora bien, los conceptos utilizados y las relaciones que se suponen tratan de esclarecer, de una forma sucinta, lo esencial de la disciplina enfermera. En la siguiente sección, proponemos un enunciado que relaciona igualmente los conceptos centrales y refleja las similitudes entre las diversas concepciones de la disciplina. Se trata de una primera tentativa que será necesario reajustar, somos conscientes de ello, en función de la evolución del campo de los cuidados enfermeros y de su especificidad.

CENTRO DE INTERÉS

■ **La disciplina enfermera se interesa por el cuidado de la persona que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud.** ■

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A partir de las similitudes observadas entre las diversas concepciones de la disciplina enfermera, el centro de interés de la disciplina puede ser formulado así:

Por experiencias de **salud**, entendemos las situaciones vividas en relación al crecimiento, al desarrollo y a las situaciones problemáticas, incluyendo la enfermedad. La noción de **persona** engloba al individuo, a la familia, al grupo y a la comunidad. El **entorno** comprende el medio interno (genético, fisiológico, psicológico, etc.) y el medio externo (físico, social, político, económico, etc.). El **cuidado** está inspirado en los principios presentados en este capítulo.

El enunciado del centro de interés y los modelos conceptuales son así necesarios para la comprensión de la esencia de la disciplina. El centro de interés, por sí mismo, es insuficiente para clarificar la contribución o la razón de ser de las enfermeras y el objetivo del servicio que rinden a la población. Es por eso que se han propuesto concepciones claras y explícitas para la profesión enfermera. (Las hemos presentado en el cap. 2.) Estas concepciones de la disciplina enfermera precisan las características del cuidado a la persona.

Puesto que el centro de interés de la disciplina enfermera se refiere a la esencia, al corazón y al alma, o sea al **cuidado**, la disciplina enfermera se interesa por el **cuidado** de la **persona** que, en interacción continua con su **entorno**, vive experiencias de **salud**. Teniendo en cuenta el entorno, el cuidado recurre a la colaboración de varias personas, como los familiares, los amigos y otros profesionales de la salud, particularmente el personal de cuidados enfermeros, enfermeras, enfermeras auxiliares, etc. Por consiguiente, es importante despejar los elementos que deberán guiar la comprensión de la esencia de la disciplina, es decir, el **cuidado**. Es el objeto de los principios inherentes a los cuidados enfermeros.

PRINCIPIOS

Los principios que presentamos aquí no se oponen ni sustituyen a los enunciados de normas, valores o de reglas morales. Efectivamente, la profesión enfermera, como otras profesiones, está regida por códigos deontológicos que expresan los principios éticos y los deberes y obligaciones con la población (AIIC, 1991; ANA en Yeaworth, 1985; CII, 1989; OIIQ, 1991). Incluso si se su-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

perponen los principios éticos y los ***ontológicos*** (es decir, los que orientan la naturaleza y la esencia misma de una disciplina), lo que nos importa enunciar aquí son los principios que se relacionan con el cuidado, objeto vital de nuestra disciplina.

Así, los siguientes principios ponen hitos necesarios para la comprensión de lo que constituye el cuidado. Siendo de carácter general, ya que están situados más allá de las corrientes del pensamiento y de las concepciones, estos principios indican los elementos constitutivos y activos del cuidado.

■ *Principio 1*

La enfermera demuestra un compromiso personal y profesional en el acto del cuidado. ■

La enfermera reconoce la importancia de la persona en el ***acto del cuidado***, y sus interacciones están marcadas por el respeto mutuo. Su compromiso terapéutico es sensible y profundo en función de la necesidad de ayuda expresada por la persona; se caracteriza por la confianza y la compasión; refleja una auténtica comunicación y una actitud apropiada para el acto del cuidado. La enfermera hace los gestos y adopta las actitudes consecuentes con su compromiso, factor de crecimiento, a la vez, para sí misma y para la persona con la que interactúa. El compromiso se manifiesta en el interés que la enfermera tiene por las opiniones, valores y particularidades de la persona, igual que por los que acompañan a esta persona que vive experiencias de salud.

La enfermera se fija, pues, unos objetivos que testimonian los ideales de su profesión, que se inspiran en la reciente evolución de los conocimientos que conciernen al **cuidado**, en lo que atañe a las experiencias de salud de la persona.

En el acto de cuidar, la autenticidad de la presencia al lado del otro es lo que caracteriza los intercambios significativos con la persona, la familia o el grupo. ¿Quién no ha vivido la experiencia de recibir un cuidado prestado mecánicamente y sólo centrado en la función de evaluar, por ejemplo, la escucha de latido fetal en la sala de parto? ¿Quién no se acuerda de la enfermera que ha dicho palabras sosegadas o que ha tenido una actitud tranquilizadora, por ejemplo, en la espera solitaria para ir al quirófano? Tocar la mano de la persona, diciendo: «Cuando se despierte iré a visitarle», y comprometerse verdaderamente a estar presente pueden marcar toda la diferencia en el cuidado. Este compromiso

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

personal y profesional constituye un preludio de una relación de ayuda, parte integrante del cuidado.

■ *Principio 2*

La enfermera acompaña a la persona, la familia, el grupo o la comunidad en sus experiencias de salud, manteniendo la dignidad de ellos y respetando sus diferencias. ■

La enfermera se preocupa de la persona no solamente como ser único, sino también como ser global en interacción mutua con su familia, el grupo al que pertenece y su comunidad (Yura y Walsh, 1988). Durante los intercambios que vive la persona, la familia o el grupo con el entorno, se producen las experiencias de salud relacionadas con el desarrollo, situaciones de la vida o de la enfermedad (Meleis, 1991). «Acompañar» significa respetar el ritmo propio de cada persona, familia o grupo, sin imponer sus propios valores. Ante situaciones en que la enfermera debe distinguir sus valores, los de la institución en la que trabaja y los de la persona, pueden surgir varios dilemas éticos. La enfermera acompaña, es decir, contribuye a una elección que respete la dignidad de esta persona, familia, grupo o comunidad.

Mantener la dignidad reclama el reconocimiento de los valores y la promoción de los derechos de la persona. Las situaciones que amenazan la dignidad son numerosas. Llamar a los hijos de una persona anciana para acordar el tratamiento que le concierne e informarle a él sólo más tarde; enseñar a los padres cómo controlar la dieta y la glucosa sin incluir en esta enseñanza al niño diabético que tiene diez años; tutear a una persona mayor o llamarla por su nombre de pila sin su autorización; dar un baño o una ducha a una persona sin asegurar su intimidad, o forzar a una persona a participar en una actividad de grupo son otras tantas situaciones que amenazan la dignidad. Además, mantener la dignidad puede significar que se haya de esperar una respuesta, después de haber llamado a la puerta, antes de entrar en una habitación; estar dispuesto a responder a las preguntas durante la educación sanitaria; dejar escoger a la persona anciana la ropa que desea llevar; planificar con la persona el momento y el lugar en que ha de recibir determinado tratamiento, y escoger con ella a la enfermera que le prodigará este cuidado.

La enfermera sabe igualmente reconocer las diferencias que existen entre los individuos, las familias, los grupos y las comunidades, tanto si se trata de orígenes étnicos, como de afiliaciones

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

religiosas, orientaciones sexuales o formas de vida. Este reconocimiento la lleva a reconocer la forma de ser y las percepciones de cada uno. Por ejemplo, en ciertas culturas, se considera el nacimiento como una experiencia que excluye, en este preciso momento, la participación del padre, mientras que en otras culturas, se solicita su presencia. La percepción de un padre en el caso de una disminución congénita de su hijo puede también ser diferente en uno u otro caso. La disminución puede significar una limitación de actividades para el padre o el niño, una experiencia de desarrollo familiar o incluso una culpabilidad sin fin sobre el origen de la minusvalía. En el acto de cuidar, las enfermeras están llamadas a respetar estas diferencias de percepciones.

■ *Principio 3*

Por su presencia, su atención y su disponibilidad, la enfermera favorece el desarrollo del potencial de la persona que vive experiencias de salud. ■

La enfermera apoya, mantiene o realza las capacidades y particularidades de la persona, familia o grupo (Ellis, 1982). También facilita la puesta a punto de las condiciones que permitan a la persona comprender y sentirse capaz de elegir en orden a realizar un cambio en su entorno, su comportamiento o en la orientación de su vida. A fin de sentirse preparada para elegir, la persona debe ser un participante activo en la toma de decisiones que le conciernen.

Favorecer el potencial de desarrollo de una persona significa permitirle aumentar sus capacidades para obtener o utilizar los recursos pertinentes (Ellis, 1982). Por ejemplo, una enfermera puede explicar a una persona las maneras de buscar información con el objetivo de aumentar su capacidad de análisis frente a una elección ética que le concierne: ¿escogerá la quimioterapia, radioterapia, o una combinación de ambos tratamientos o ninguno de ellos? Favorecer el potencial de desarrollo de una persona significa también permitirle aumentar sus conocimientos y agudizar su toma de conciencia y su voluntad de vivir una vida en salud (Ellis, 1982).

En fin, estar presente significa abrirse a una comunicación verdadera que consista en comprender y compartir los significados, algo que va más allá de la estricta respuesta profesional. El afecto, la aceptación y la sensibilidad son esenciales para favorecer el desarrollo del potencial de la persona y apreciar sus valores. La

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

presencia está asociada a la apertura del espíritu y a la voluntad de conocer los valores, creencias, prácticas y modos de expresión de las personas. En otras palabras, estar presente es tomarse el tiempo necesario para acompañar a la persona; tomarse tiempo para escuchar, observar, apoyar o simplemente **estar con** la persona.

■ *Principio 4*

La enfermera se inspira en conocimientos específicos de la disciplina enfermera y aplica los principios específicos que guían su arte de cuidar. ■

La enfermera adquiere y desarrolla sin cesar los conocimientos a partir de un centro de interés que le es propio y de una concepción explícita de su disciplina. Sus conocimientos sostienen su intervención. La enfermera se apoya específicamente en una visión humanista y holística del ser humano, el entorno, la salud y el cuidado, así como en los conocimientos de las diversas experiencias de salud vividas por la persona, la familia o el grupo. Esta base de conocimientos permite a la enfermera priorizar y organizar sus actividades con el objetivo de proporcionar un servicio a la altura de la calidad de la vida humana.

Así, la enfermera aplica los principios científicos. De hecho, los cuidados enfermeros son a la vez una ciencia y un arte (Johnson, 1991; Parse, 1987; Rogers, 1990; Watson, 1985), y los conocimientos científicos guían el arte de cuidar. Éstos permiten a la enfermera comprender y anticiparse, planificar y evaluar la acción, concebir las maneras de ser y actuar que son creativas y adaptadas a las diversas experiencias de salud.

■ *Principio 5*

Además de los conocimientos específicos de la disciplina enfermera, la enfermera integra conocimientos de otras ciencias en la comprensión de la experiencia humana de salud. ■

La enfermera adquiere y utiliza los conocimientos de otras ciencias: a título de ejemplo, las matemáticas y la estadística; la bioquímica y la física; la psicología y la sociología; la gestión de recursos humanos y la administración, etc. Estos conocimientos refuerzan la comprensión de la experiencia humana de salud. Por ejemplo, una enfermera gestora puede leer e interpretar un infor-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

me financiero desde la óptica de responder a los imperativos de rentabilidad, pero pondrá una atención particular en las consecuencias que resultan para la calidad de vida de los seres humanos —personal y clientela— que están bajo su responsabilidad. Dicho de otra manera, los conocimientos de otras disciplinas son útiles en el sentido de que constituyen unos elementos, entre otros, que contribuyen a la comprensión de la experiencia de salud de las personas.

■ *Principio 6*

La enfermera aprovecha recursos y conocimientos con el fin de facilitar diversas transiciones vividas por la persona, familia o grupo y promover su salud. ■

La enfermera posee los conocimientos necesarios para escoger los medios de acción y las estrategias de intervención que le permitan alcanzar los objetivos de promoción de la salud (Meleis, 1991). Aprovecha sus propios recursos y conocimientos y los de los demás. Igualmente aprovecha los recursos del entorno con el fin de maximizar el valor del cuidado prodigado.

Facilitar las transiciones significa apoyar los cambios inherentes al crecimiento, al desarrollo y a las diferentes crisis de la vida, incluyendo la enfermedad, teniendo en cuenta la forma única en que cada persona vive sus transiciones. Por ejemplo, una enfermera puede guiarse por sus conocimientos de los comportamientos de una familia que vive el estrés de un embarazo de elevado riesgo. Puede comprender el significado de la situación para la familia y ayudarla en la clarificación de la elección. La enfermera facilita así el proceso de transición. Se trata de hacer disponibles los medios preventivos o terapéuticos, según las prioridades de salud de la persona, la familia o el grupo.

■ *Principio 7*

La enfermera se compromete en los procesos interactivos con el fin de promover la salud y favorecer la curación. ■

La enfermera conoce, aplica y también concibe los medios de valorar la interacción «persona y entorno» de la que ella forma parte. Estos procesos interactivos sirven para orientar los intercambios entre la persona y el entorno hacia la promoción de la salud y hacia el apoyo en la curación. La promoción de la salud y el apoyo en la curación están íntimamente unidos, ya que ambos

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

incluyen la participación de la persona para encontrar un sentido aceptable a la experiencia de salud, permitiéndole así integrarla en su vida. La curación que se produce en el plano fisiológico no puede estar disociada de una reorganización interior. Mediante los procesos interactivos la enfermera acompaña a la persona en el camino de la curación. La enfermera ayuda a la persona a reconocer las faltas de conexión interna, sus reacciones frente a los agentes de estrés, exteriores e interiores, y volverse más atenta con respecto a su cuerpo. La enfermera ayuda a la persona que busca reencontrar un nuevo equilibrio entre el cuerpo y el espíritu, lo que a menudo requiere aceptar otro modo de vida (Criddle, 1993).

La promoción de la salud y el apoyo a la curación suponen que la enfermera permite abrir o reabrir la gama de posibilidades por mediación de los procesos interactivos. Estos procesos se expresan en el *caring*, la relación interpersonal terapéutica, la educación de las personas, familias o grupos, y el *counseling*. Los procesos interactivos también se dirigen al personal de cuidados enfermeros, a los gestores y a los otros profesionales de la salud; en esta perspectiva, se expresan mediante la coordinación, la continuidad de los cuidados, la colaboración interdisciplinaria y la complementariedad de los roles. El desarrollo del conjunto de los procesos interactivos está facilitado por un contexto organizacional que preconiza la calidad de vida en el trabajo.

■ *Principio 8*

La enfermera da los cuidados individualizados en colaboración con la persona, la familia, el grupo y la comunidad, según un proceso heurístico llamado «gestión clínica». ■

Para intervenir, la enfermera considera los signos, los síntomas, el diagnóstico de una enfermedad o incluso los parámetros de una situación relacionada con el desarrollo humano en el sentido de que forman parte de la evaluación de la experiencia de salud. Igualmente determina las necesidades de cuidados a partir de la experiencia actual de salud, es decir, de la situación tal como es vivida por la persona, el grupo y la comunidad en tanto que entidad única. Esta apreciación del carácter único de la experiencia de salud es fundamental en el acto de cuidar.

Este tipo de intervención supone la adopción de un proceso ***heurístico***, es decir, una gestión clínica que recurre a la creatividad, al descubrimiento y a la transformación. Se trata del recono-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

cimiento de las necesidades de ayuda, del análisis de estas necesidades, de la intervención y de su evaluación. Esta gestión individualizada se ajusta a las múltiples realidades, complejas y dinámicas de la persona, familia o grupo. La enfermera está abierta a conocer la experiencia de salud de la persona. Recoge los datos y valida su comprensión. No cesa de aprender de la persona que está en cambio continuo. La gestión de la enfermera es un proceso caracterizado por la circularidad o la retroacción más que la linealidad.

■ *Principio 9*

La enfermera reconoce su propia competencia y la de sus colegas, que pueden proceder de otras disciplinas, y con ellas contribuye al objetivo de optimizar el valor de los cuidados prodigados. ■

La enfermera asegura el desarrollo de sus competencias y da muestras de habilidad e ingeniosidad para encontrar la destreza innovadora en la práctica enfermera y la organización de los cuidados. Colabora con las enfermeras clínicas y consulta a sus colegas, o a otros colegas que tienen competencias específicas en ciertos campos. Las enfermeras clínicas, investigadoras, educadoras y gestoras trabajan todas en estrecha colaboración con el fin de ofrecer un servicio específico a la comunidad. También trabajan en colaboración para el desarrollo de conocimientos necesarios para su común misión social. Es necesario precisar la especificidad del campo de los cuidados enfermeros para una verdadera colaboración interdisciplinaria.

■ EN OTRAS PALABRAS ■

Los nueve principios enunciados antes no tienen la pretensión de ser exhaustivos. Se podrían añadir otros. Además, estos principios no se excluyen mutuamente. Por otra parte, son coherentes con las diversas concepciones y las recientes tendencias en cuidados enfermeros.

En este momento, los lectores pueden preguntarse si hemos presentado lo esencial en la disciplina de una manera demasiado utópica y si consideramos a las enfermeras como «superpersonas». Sin embargo, las investigaciones de Benner (1984) y las de Benner y Wrubel (1989), realizadas con el objetivo de descu-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

brir los conocimientos que sostienen la práctica, indican que las enfermeras están comprometidas en el **cuidado** que apoya y transforma, y se presentan a la persona para ofrecerle su atención y consuelo, esperanza y alternativa, según la situación. Las enfermeras favorecen la curación, crean un clima de ayuda, enseñan y apoyan; supervisan las situaciones de salud, a menudo muy críticas, y hacen frente a experiencias que cambian rápidamente.

HACIA EL FUTURO

Los cambios ocurridos durante los últimos decenios nos llevan a entrever el futuro reservado a los cuidados enfermeros y a prepararnos. Una investigación doctoral, hecha recientemente por una enfermera (Johnson, 1990), ha demostrado que un cambio de paradigma se produce actualmente en los cuidados enfermeros, y que este cambio es evidente a través de los escritos profesionales y científicos de las enfermeras. Johnson (1990) sostiene que las enfermeras se orientan hacia un paradigma holístico. Es el paradigma que ha sido presentado como la gran corriente del pensamiento «de la transformación» en el capítulo 1.

Según este paradigma, la autoconciencia *(self-awereness)*, la necesidad de estar en contacto con su propia energía *(centeredness)* y el cuidado *(caring)* guían la disciplina enfermera. La relación entre la persona y la enfermera es recíproca, es decir, los dos actores se benefician de la interacción y pueden crecer hacia una mayor autoconciencia. Esta relación refuerza *(empower)* a la persona y a la enfermera, y el proceso de curación *(healing)* puede seguir su curso. Las actividades de cuidados incluyen entonces el toque terapéutico y las diferentes técnicas de control del estrés, tales como el uso de imágenes, la visualización, el «*biofeedback*», la meditación, el yoga, la terapia musical, etc. Estas actividades se añaden a las terapias tradicionales; no las reemplazan. En los escritos, se les propone para una práctica enfermera renovadora (Johnson, 1990).

Además, la promoción de la salud, la educación y el *counseling* referentes a la salud son las actividades que guían el proceso de autocuración y de crecimiento de la persona. La persona es considerada en su globalidad *(wholenes)* y la enfermera centra su atención en la persona global en proceso de autocuración. Dicho de otra manera, la espiritualidad, la conciencia, el autoconcepto, el modo de vida y el bienestar son dimensiones que la práctica

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

enfermera tiene en cuenta. La persona es responsable de su salud y de sus cuidados; cuando tiene necesidad de una ayuda terapéutica, la relación de colaboración prevalece.

En lo que se refiere a la salud, ésta es un proceso de integración y de armonía entre el cuerpo, el alma y el espíritu. Ocasión de crecimiento y de expansión de la conciencia, la experiencia de la enfermedad invita a la persona a preguntarse y a reflexionar sobre diversos aspectos de su vida y a realizar cambios que favorezcan la integración y la armonía. Es interesante constatar que las dos últimas escuelas descritas en el capítulo 2, la orientada hacia el ser humano unitario y la orientada hacia el *caring*, se acercan estrechamente a este paradigma del holismo que parece despejarse para la práctica, la investigación y la gestión de los cuidados enfermeros del futuro.

Los escritos de Sarter (1987; 1990) reflejan igualmente este paradigma del holismo. Según el análisis efectuado por esta autora, ciertas orientaciones pueden sustentar los cuidados enfermeros en un futuro próximo:

1. **Tener en cuenta el proceso**, es decir, el cambio continuo, cambio creador e innovador de naturaleza evolutiva.
2. **Reconocimiento de un *pattern* o de una estructura dinámica**, es decir, del modo en que una persona organiza el conjunto de su energía y de sus fuerzas; se trata de una estructura única, global y cambiante a medida que la persona evoluciona.
3. **Sustitución de la causalidad lineal por el cambio circular simultáneo**, es decir, el rechazo de una causa única responsable de la enfermedad y de la salud de la persona y la aceptación de un cambio constante, retroactivo y simultáneo entre la persona y su entorno.
4. **Apertura a la toma de conciencia**, es decir, una comprensión del proceso de cambio en lo que concierne a la evolución de la conciencia humana hacia una autosuperación y teniendo en cuenta las relaciones inseparables entre la persona y su entorno; la salud se refleja por esta autosuperación o la trascendencia.
5. **Apertura al proceso de desarrollo personal**, la interacción entre la persona y el entorno es esencial para este desarrollo, y es dinámica y continua.

Estas orientaciones holísticas jalonan los escritos actuales y, por lo mismo, nos influencian cada vez más. A lo largo de este capítulo, nos hemos esforzado a clarificar cada uno de los aspectos que creemos esenciales para una comprensión de la disciplina en-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

fermera. Si hubiéramos podido reducir estos aspectos a unas cuantas ecuaciones, prescripciones o ilustraciones, si «la verdad» existiese, la habríamos dicho simplemente. La situación es otra: los cuidados enfermeros se refieren a una realidad compleja, no lineal, en evolución, y las palabras para expresarla reflejan, hoy en día, el nivel de desarrollo del conocimiento en la disciplina. En este capítulo, hemos hecho hincapié en lo esencial de la disciplina enfermera, tal como la entendemos actualmente, teniendo en cuenta el estado actual de los conocimientos, de nuestros estudios y experiencias, y de una visión que de ello se deduce para el futuro. La figura 3-1 sitúa el centro de interés de la disciplina frente a la interacción circular existente entre los diversos campos de actividades de la enfermera: la práctica, la formación, la investigación y la gestión. A partir de las consideraciones precedentes que se refieren al centro de interés de la disciplina enfermera, ofrecemos en los próximos capítulos las proposiciones para la práctica, la formación, la investigación y la gestión de los cuidados enfermeros.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

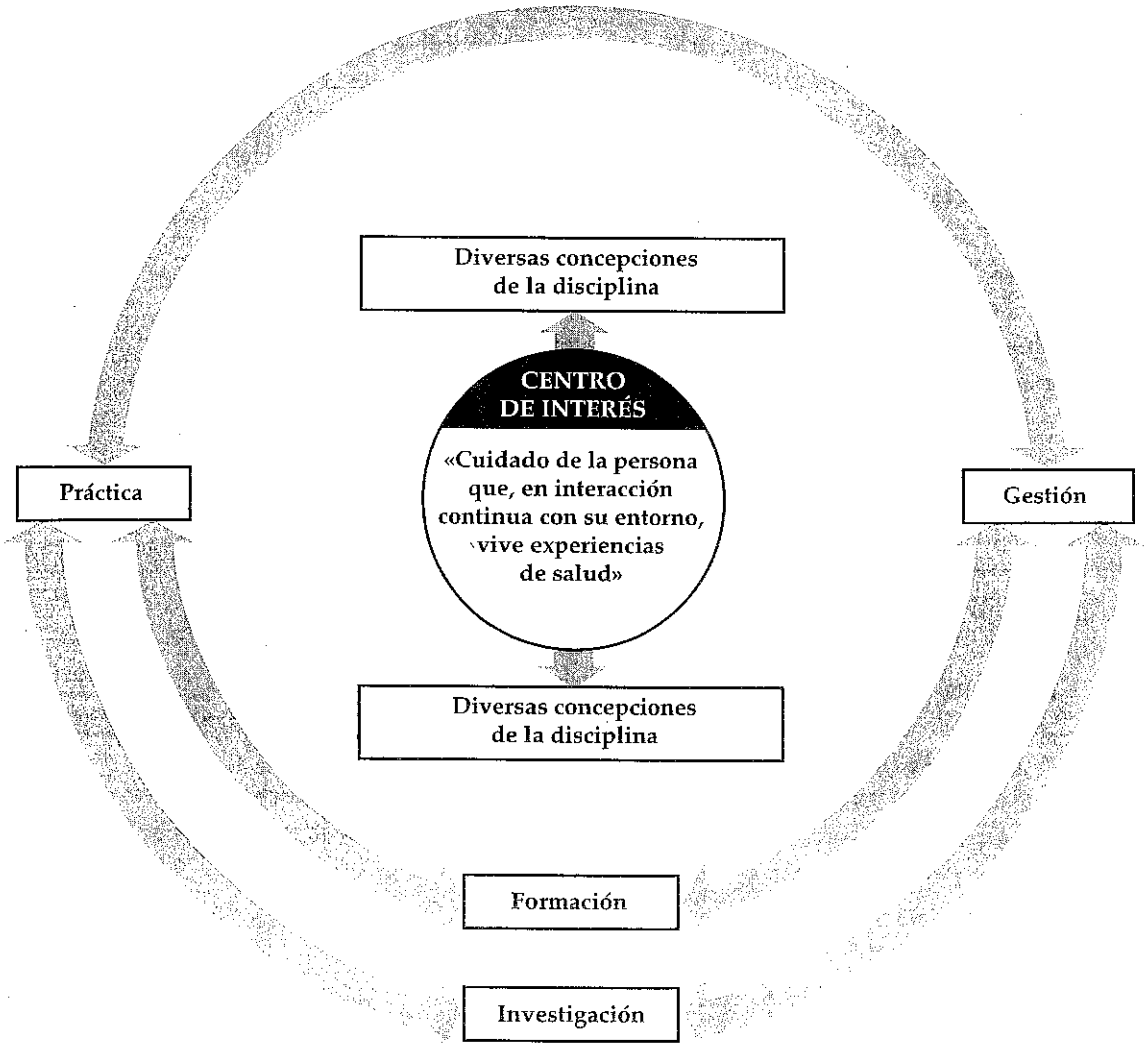
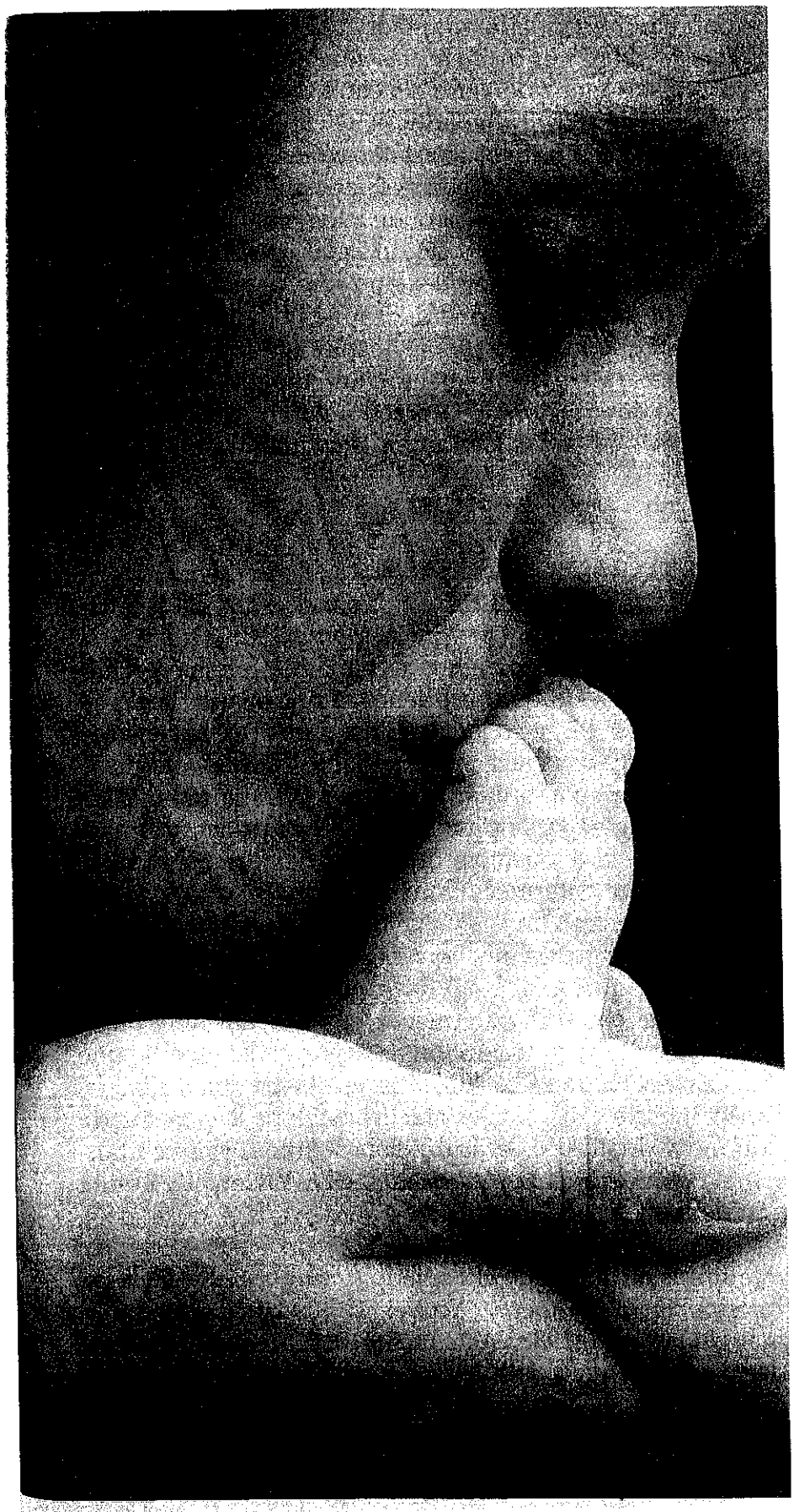


Fig. 3-1. Centro de interés de la disciplina y campos de actividades de la enfermera.

CAPÍTULO 4

PROPUESTAS PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA



Weinhaupl-Maurilus. Réflexion Photothèque

Numerosas enfermeras están comprometidas en una práctica profesional al lado de personas, familias o comunidades, y están llamadas a ofrecer un cuidado adaptado a diversas experiencias de salud. Esta realidad nos incita a presentar, para la práctica enfermera, propuestas que emergen del centro de interés de la disciplina y de los principios formulados en el capítulo 3. Sin seguir un enfoque lineal o prescriptivo, abordamos estas propuestas como formas de presentar a las enfermeras las posibilidades de comprometerse en un cuidado que responde a los constantes cambios de los contextos y las necesidades de ***cuidados de salud*** presentes y futuros. Así proponemos una reflexión sobre las principales características de la práctica enfermera, después ejemplos de situaciones clínicas en que la enfermera se inspira en una concepción de su disciplina para crear y dispensar un cuidado. Finalmente presentamos una descripción de la práctica enfermera en colaboración con diversas personas y en interdisciplinidad.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA PRÁCTICA ENFERMERA

De forma global, el centro de interés de la disciplina enfermera indica aquello sobre lo que se orienta la práctica de la enfermera, sobre lo que se dirige su juicio clínico y sus decisiones profesionales. La práctica se centra en el **cuidado** a la **persona** (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su **entorno**, vive experiencias de **salud**. Los principios inherentes al cuidado, en sí mismos, describen de forma global el «como» de la práctica enfermera.

La práctica enfermera es mucho más que el cumplimiento de múltiples tareas. Requiere una agudeza intelectual considerable que, vista desde el exterior, parece indicar ***intuición***, ya que se trata de «acertar a escoger una acción pensada, reflexionada, que responda a las necesidades particulares de la persona» (Diers, 1986; traducción libre, pág. 27). La práctica engloba la creación de un cuidado individualizado, la utilización de uno mismo en tanto que instrumento terapéutico (Peplau, 1952; Watson, 1988) y la integración de habilidades específicas.

Varias autoras afirman que el cuidado *(caring)* es la esencia de la práctica enfermera (Benner y Wrubel, 1989; Gaut y Leininger, 1991; Lynaught y Fagin, 1988; Watson, 1988). Subrayan la necesidad de dar prioridad al cuidado, que es a la vez una manera fun-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

damental de estar en el mundo y un ideal moral. Los análisis del concepto «*caring*» revelan que el cuidado comprende aspectos afectivos o humanistas relativos a la actitud y compromiso y aspectos instrumentales o técnicos, y que es importante no separar ambos aspectos (Morse, Solberg, Neander, Bottorff y Johnson, 1990; Pepin, 1992). Además, los estudios hechos a enfermeras (Benner, 1984; Benner y Wrubel, 1989), y a los miembros de la familia que ofrecen un cuidado a las personas (Bowers, 1987), realzan un tercer aspecto: el objetivo que los cuidados persiguen. Más allá de las tareas realizadas y de la manera de realizarlas, reside el significado del cuidado, la intención, la meta.

■ **La práctica enfermera puede ser concebida como un campo de experiencias donde se viven a la vez las creencias y los valores arraigados en lo esencial de la disciplina, la aplicación de conocimientos, así como el ejercicio de un juicio clínico que lleva a una intervención reflexionada.** ■

Creemos que la práctica enfermera se ocupa del ***design de cuidado***. Más allá del acto de **cuidado** que une el «que» del cuidado y el «como» de la interacción persona-enfermera, el *design* permite crear un **cuidado** que recurre a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico y la intuición. Se trata de un cuidado innovador que reúne la ***ciencia*** y el ***arte enfermeros*** y que se centra en la persona, la cual, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. La figura 4-1 ilustra nuestro propósito.

El estudio de Benner (1984), que destaca los conocimientos imbricados en la práctica clínica, da a conocer diversos grados de experiencia de la enfermera: de la principiante a la experta en el cuidado. El grado de experiencia de la enfermera se reconoce sobre todo por la grandeza que exige el compromiso, pero que también implica el poder. En el cuidado, el poder consiste en reforzar el potencial *(to empower)* de la persona. No se trata de dominar o controlar, pero sí de sostener, de transformar. Benner (1984) distingue seis características de poder asociado al cuidado: «la transformación, la integración, la defensa de los derechos *(advocacy)*, la curación, la participación/afirmación y la resolución de problemas» (traducción libre, pág. 210). La enfermera experta se compromete con el cuidado y reconoce el poder de la transformación. También es consciente de su propio centro de energía *(centered)*, es decir, que puede hacerse cargo, durante un tiempo, de la an-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

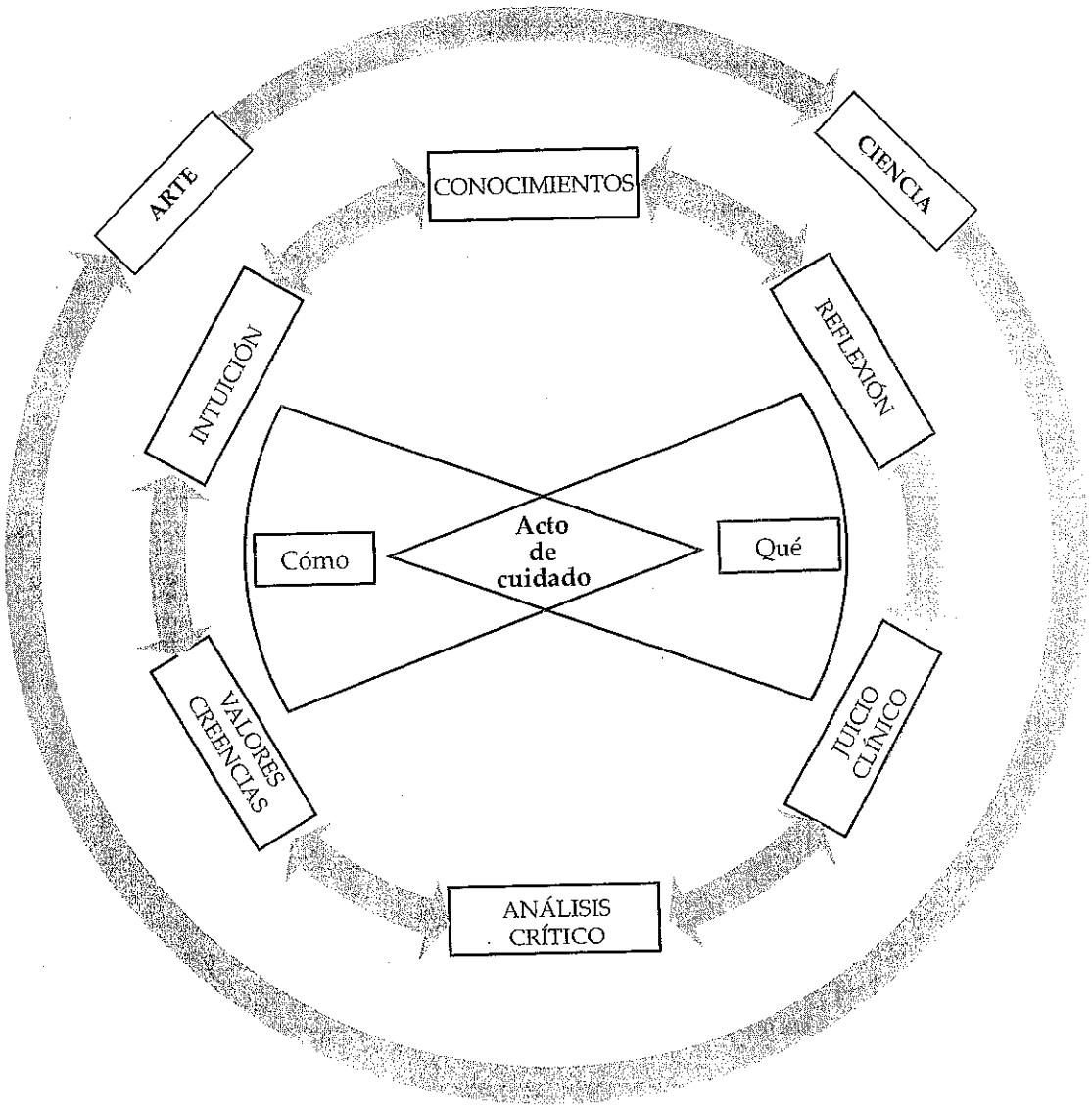


Fig. 4-1. ***Design*** **del cuidado.**

gustia de una persona o de una familia sin que su centro de energía se vea quebrantado.

En un estudio reciente, Wolf (1989) ha comparado la práctica enfermera a la práctica médica con el fin de delimitar la identidad profesional de cada una. Según este estudio, el médico demuestra cierta forma de *caring* creando una intervención que marca una diferencia en la vida de las personas, es decir, añadiendo posibilidades que provienen del exterior. Éstas se expresan bajo la forma de intervenciones quirúrgicas, tratamientos o regímenes medicamentosos. La enfermera, por su parte, crea una intervención que marca una diferencia en la vida de las personas

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

demostrando el *caring*, es decir, «permite» *(to empower)* a las personas hacer reales las posibilidades que provienen del interior y dar un sentido a sus experiencias de salud y a su vida. Estas posibilidades se expresan, por ejemplo, bajo la forma de estima y autorrespeto, de reconocimiento y de desarrollo de su potencial y de la máxima utilización de sus fuerzas creativas. A veces es menos visible contribuir a la salud de una persona mediante una intervención centrada en los recursos interiores que por una intervención que utiliza los recursos exteriores.

A menudo, el cuidado es «invisible» (Collière, 1986). Cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su camino estando presente son acciones invisibles. La enfermera invita a la persona a tomar conciencia de sus elecciones de salud, a actuar y a llevar a cabo las actividades ligadas a la salud. Según Wolf (1989), el papel (rol) de las enfermeras consiste en hacer posible la acción o la actualización de una persona. Una persona que cuida o que es cuidada «sabe» que un cuidado que marca la diferencia favorece el desarrollo y el crecimiento.

Para cuidar, es decir, para conocer a la persona y su entorno y para apoyarla hacia el logro de los objetivos que ha escogido y hacia las posibilidades que provienen del interior, la enfermera necesita algo que es escaso, el tiempo (Masson, 1985; Stelling, 1991). Un tiempo demasiado corto significa un cuidado enfermero incompleto. Se cumplirán las tareas rutinarias, pero habrá que sacrificar una parte importante del cuidado, el que exige reflexión, el que apoya y refuerza. El tiempo asignado a las tareas rutinarias es utilizado simultáneamente para conocer y «apoyar» al cliente. Sin embargo, a veces es necesario más tiempo para el cuidado y que va más allá de las tareas y que transforma.

Estas características de la práctica enfermera, el *design* del cuidado que va más allá del acto de cuidar, la experiencia para lograr un cuidado centrado en los recursos internos de la persona y lo mismo que el tiempo necesario para el cuidado que recurre a los valores, a los conocimientos y al saber específico invitan a la enfermera ante todo a asumir las responsabilidades que proceden del centro de interés de su disciplina. Por supuesto, la enfermera continúa trabajando en estrecha colaboración con sus colegas médicos y sus colegas de otras disciplinas asegurando, por ejemplo, el cumplimiento de las órdenes médicas. No obstante, se permite poner en entredicho toda nueva delegación de tareas o toda actividad que le pueda alejar de su centro de interés. Adam (1991)

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

precisa que «la enfermera asistencial ya no acepta, por ejemplo, ser secretaria-recepcionista, ayudante de laboratorio o farmacéutica. Tanto si ocupa un lugar administrativo como si es enfermera base, enfermera especializada o jefe de equipo, la enfermera asistencial cumple su misión social contribuyendo a la mejora de la salud en el medio hospitalario y comunitario» (pág. 54).

Como hemos dicho, la práctica enfermera se ocupa del *design* del cuidado. Los principales enunciados del capítulo 3 sugieren la creación de un cuidado basado en una concepción de la disciplina enfermera y orientado hacia lo que se realiza **con** la persona o **en nombre** de ella, más que lo que se hace **a** la persona o **para** ella (Fagin y Diers, 1982). Estos principios también sugieren la creación de un cuidado personalizado, es decir, adaptado a la experiencia particular de salud. Entonces el cuidado es específico, individual y contextual (Benner, 1984). Así, los planes de cuidados estandarizados, elaborados para ciertas experiencias de salud encontradas frecuentemente en un sector de actividades clínicas, pueden servir de guía, pero los planes de cuidados individualizados, adaptados a las necesidades y a las características de la persona, son imprescindibles.

La creación de un cuidado personalizado supone recoger sin cesar, y de manera dinámica, nuevos datos del cliente (individuo, familia, grupo o comunidad) sobre su experiencia de salud y su entorno. Engloba el análisis reflexivo y clarificador de los datos y su elaboración, con el cliente, de los objetivos de salud. Solamente en esta etapa y según su concepción de la disciplina, la enfermera puede formular o no un diagnóstico enfermero que resuma la respuesta del cliente o su experiencia de salud y la etiología de esta respuesta (Anderson y Briggs, 1988). Algunos autores (Adam, 1991; Hagey y McDonough, 1984; Mitchell, 1991) ponen en guardia a la enfermera contra el peligro de «etiquetar» a las personas con diagnósticos tales como «no cumplimiento» *(non compliant)*, «abandono» *(withdrawn)* o «ansioso», lo cual no será mejor que hablar de la «apendicectomía de la habitación 713». Las concepciones del paradigma de la transformación generalmente no sugieren la elaboración de tales diagnósticos, sino más bien la formulación de objetivos claros que la persona comprende y a los cuales contribuye.

La planificación de las intervenciones con relación a los objetivos formulados requiere la ciencia y el arte enfermeros. Las intervenciones escogidas pueden variar según la concepción de la disciplina enfermera, pero generalmente son guiadas por los principios inherentes al cuidado. Estas intervenciones alcanzan directamente o indirectamente a la persona. A título de ejemplo,

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

el cuidado ofrecido a una persona en un entorno donde la tecnología es cada vez más sofisticada necesita que la enfermera centre, ante todo, su atención en la persona para la que se han prescrito las medidas ultraespecializadas. Se asegura de que la persona sea realmente bien atendida y está atenta a que los aparatos tecnológicos funcionen correctamente. A pesar de un entorno amenazador, la enfermera ofrece su cuidado humano. Da prioridad a la persona antes que a las rutinas de la organización del trabajo. Si es necesario, modifica el entorno para asegurar un cuidado de calidad. En fin, la enfermera evalúa constantemente sus intervenciones en función de los objetivos propuestos, los modifica, los refuerza o, si es necesario, cambia su dirección. La enfermera crea un cuidado mediante un proceso heurístico caracterizado por su retroalimentación.

Como el conocimiento de la persona, de la familia y de la comunidad es fundamental para la práctica enfermera, la cotidianidad del trabajo de la enfermera al lado de las personas cae por su propio peso (Prescott, Dennis y Jacox, 1987). Este aspecto de los cuidados enfermeros exige idealmente que la enfermera acompañe a la persona en sus experiencias de salud a través de las diferentes estructuras del sistema de la salud y de los servicios sociales. Algunas enfermeras clínicas especializadas ya siguen este método. Una enfermera que conoce bien a la persona y sus contextos de vida puede facilitar las interacciones y decisiones conjuntas con los otros profesionales de la salud y de los servicios sociales (Le May, 1991; Prescott y Bowen, 1985).

En la perspectiva de la continuidad y de la coordinación de los cuidados, los escritos que tratan de la gestión de casos o de la gestión de episodios de cuidados son cada vez más numerosos desde mediados de los años 80. Duquette, Sandhu, Kérouac y Rouillier (1992) presentan las características de este método de prestación de los cuidados, cercanos, en algunos casos, a los ***cuidados integrales*** dirigidos a la utilización óptima de los recursos del medio y a los mejores resultados posibles para la salud de los clientes. A pesar del contexto de las restricciones financieras que motivan el enfoque de gestión de casos, las autoras plantean su potencial para optimizar los conocimientos y aptitudes de las enfermeras hacia una mayor autonomía. Sin embargo, subrayan la importancia de proporcionar a este método de prestación de cuidados unas bases filosóficas sólidas que guiarán no solamente las actividades clínicas, sino también los intercambios entre enfermeras clínicas y gestoras. «Los cuidados enfermeros deberán tener, ante todo, un carácter humano» (pág. 38), concluyen.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Otro aspecto de la práctica enfermera merece ser señalado; se trata de la colaboración intradisciplinaria que comprende la consulta entre colegas enfermeras, igual que la participación de enfermeras clínicas en el desarrollo de conocimientos y en la formación de futuras enfermeras. La colaboración intradisciplinaria puede tener un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados. Las consultas entre colegas, los conocimientos compartidos, refuerzan el potencial y la competencia del conjunto de las enfermeras mientras que los conocimientos celosamente guardados para uno mismo no contribuyen a una práctica de calidad. El punto de partida de esta colaboración es un enriquecimiento constante de sus conocimientos y habilidades. En caso de que no exista ninguna respuesta a un problema de cuidado, es oportuno para la enfermera clínica plantear este problema y trabajar en colaboración con las investigadoras de esta disciplina. La enfermera clínica ocupa un lugar privilegiado para preguntar, poner en práctica los resultados de las investigaciones, recoger nuevos datos y desarrollar sus habilidades. Otra forma de enriquecer su práctica es la participación en la formación de futuras enfermeras. Explicar su progreso en la creación de un cuidado o en el acto de cuidar favorecen la reflexión y el cuestionamiento, testimonio de una práctica profesional constantemente renovada.

Como hemos mencionado anteriormente, una concepción de la disciplina ofrece una visión más específica del centro de interés y caracteriza el cuidado a la persona, a la familia o al grupo. Guía y transforma la práctica enfermera, proponiendo formas de comprender y vivir esta práctica. Recíprocamente la práctica enfermera guía y transforma la concepción proponiendo matices y refinando el contenido (Fawcett, 1992). En la próxima sección, presentamos ejemplos de una práctica enfermera, inspirada en una concepción de la disciplina.

PRÁCTICA ENFERMERA INSPIRADA EN UNA CONCEPCIÓN DE LA DISCIPLINA

■ **La enfermera que se inspira en una concepción de su disciplina comprende e integra los postulados y los valores subyacentes en esta concepción. Se impregna de los diferentes elementos, los hace suyos. Es el objetivo propuesto por esta concepción el que guía la acción de la enfermera** ■

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

La enfermera planifica y da un cuidado individualizado, guiada por una concepción de la disciplina. Utiliza instrumentos de trabajo elaborados según esta concepción y los modifica, si es necesario, con el objetivo de optimizar el cuidado. En una unidad de cuidados o en un equipo de salud comunitaria, otro profesional puede reconocer la concepción que inspira a las enfermeras: la reflejan sus comunicaciones escritas u orales. Todas las etapas que conciernen al cuidado de la persona, de la familia o de la comunidad están redactadas en el dosier del cliente en un lenguaje claro que refleja esta concepción.

Descripciones de la práctica enfermera, inspirada en una concepción, abundan hoy día en las publicaciones. A título de ejemplo, presentamos cinco breves descripciones que reflejan diferentes escuelas de pensamiento.

Concepción de Henderson (escuela de las necesidades)

La enfermera que basa su práctica profesional en el modelo conceptual de Henderson centra su atención sobre las necesidades fundamentales de la persona. Sus intervenciones van dirigidas a conservar o restablecer la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales. El siguiente ejemplo ilustra la práctica enfermera según el modelo conceptual de Henderson.

Una enfermera prepara el ingreso en un centro de alojamiento y de cuidados de larga duración de un hombre de 83 años de edad, con deficiencias cognitivas importantes. Tiene una historia de repetidas caídas y de vagabundeo en el momento de su reciente hospitalización a causa de una anemia. Entre las catorce necesidades fundamentales, la enfermera encuentra que «la necesidad de evitar los peligros» es la prioritaria. Reconoce la interacción entre la vulnerabilidad de este hombre frente a los peligros y las manifestaciones de dependencia en otras necesidades fundamentales, tales como moverse y mantener una buena postura igual que comunicarse con sus semejantes. La interacción entre las necesidades permite a la enfermera tener una visión global de la persona. Elabora un plan de cuidados, en el cual uno de los objetivos es asegurar un entorno sano y seguro para el anciano. A continuación, elige las intervenciones según la suplencia que necesita el nuevo residente, completando lo que le falta para ser completo, entero, independiente (necesidades específicas). Finalmente, evalúa sus intervenciones con objeto de mantener el máximo grado de independencia, teniendo en cuenta su necesidad

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

fundamental de evitar los peligros y sus otras necesidades fundamentales que están en interacción con su necesidad prioritaria.

Concepción de Peplau (escuela de la interacción)

La enfermera que basa su práctica profesional en el modelo conceptual de Peplau ve el cuidado a la persona como el establecimiento y mantenimiento de una relación enfermera-cliente, que favorece el desarrollo. El cliente orienta el contenido de la relación escogiendo los motivos que le conciernen, y la enfermera orienta el proceso animándole en la exploración de estos motivos. La enfermera es consciente de que es el instrumento terapéutico de la relación interpersonal. La práctica enfermera inspirada en el modelo conceptual de Peplau exige el desarrollo de competencias en las relaciones interpersonales y la resolución de problemas, particularmente el apoyo en el aprendizaje, la utilización productiva de la energía que proviene de la ansiedad y el reconocimiento del lenguaje verbal como reflejo de las creencias y conocimientos de la persona. El siguiente ejemplo ilustra la práctica enfermera según el modelo conceptual de Peplau.

Una enfermera acompaña a una mujer de 50 años de edad, que vive, en su domicilio, una fase terminal de un cáncer (v. ejemplo presentado por Martin, Forchuk, Santopinto y Butcher, 1992). La enfermera comienza haciendo una pregunta abierta que permite a esta mujer expresar su preocupación con respeto a sus comportamientos y al de los miembros de su familia frente a su muerte inminente. Todos se apresuran a encontrar diversos tratamientos. La señora se presta a ellos voluntariamente, pero nadie, incluida ella misma, se atreve a abordar el incómodo debate sobre la muerte. Solicita la ayuda de la enfermera para hablar con los miembros de su familia. La enfermera reconoce su rol, como el de acompañarla y apoyarla después del debate con los miembros de su familia. Escuchándola, la enfermera trata de conocer su nivel de aprendizaje, su grado de ansiedad y su forma de utilizar el lenguaje. La enfermera la asiste en la evolución de las etapas de aprendizaje que son: observar, describir, analizar su problema y formularlo, validar, testar, integrar y utilizar un plan que le permita avanzar hacia su objetivo. La señora ha formulado ya su necesidad de ayuda. La enfermera hace hincapié en la expresión de los sentimientos de los miembros de la familia. Escuchándolos, la enfermera es consciente de sus propios pensamientos y emociones frente a la muerte y a la proximidad de la misma. La enfermera no está centrada únicamente en la persona, sino también en la relación interpersonal que ha desarrollado con ella.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Concepción de Roy (escuela de los efectos deseables)

La enfermera que basa su práctica profesional en el modelo conceptual de Roy ve el cuidado como estrategias de promoción de la adaptación de la persona que está en constante interacción con un entorno cambiante. El proceso de enfermería sirve de cimiento en la planificación de los cuidados y comprende en primer lugar dos niveles de evaluación: el reconocimiento de los comportamientos adaptados e ineficaces en los cuatro modos y el reconocimiento de los estímulos pertinentes que contribuyen a ellos. Las otras etapas del proceso son el enunciado de un diagnóstico enfermero basado en esta evaluación, la elaboración de objetivos en forma de comportamientos adaptados deseables, la planificación de intervenciones dirigidas a manipular los estímulos para promover la adaptación y, finalmente, una evaluación de la eficacia de las intervenciones. Este proceso es circular y continuo. El siguiente ejemplo de Thornbury y King (1992) ilustra la práctica enfermera según el modelo conceptual de Roy.

La enfermera que cuida a una persona que padece deficiencias cognitivas graves, asociadas a la enfermedad de Alzheimer, reconoce que el proceso evolutivo de la enfermedad es el estímulo focal. El medio externo (humano y físico) inmediato de la persona constituye los estímulos contextuales. El objetivo perseguido por la enfermera es promover las respuestas adaptadas. Sus intervenciones estarán centradas en la «manipulación» de los estímulos contextuales con el fin de disminuir las respuestas ineficaces de adaptación, aumentando las respuestas adaptadas. Por ejemplo, la enfermera evitará la superestimulación igual que la subestimulación. El descanso físico, en ciertos momentos del día, puede aumentar el potencial de la persona para comunicarse en otros momentos. Al planificar los cuidados, la enfermera «manipula» los estímulos contextuales, es decir, modifica los factores del entorno (puede, p. ej., disminuir el ruido) con el fin de ampliar la zona de adaptación de la persona que padece deficiencias cognitivas, a los estímulos que son significativos para ella. La evaluación de las intervenciones tendrá en cuenta los comportamientos manifestados por la persona y su integridad biopsicosocial.

Concepción de Parse (escuela del ser humano unitario)

La enfermera que basa su práctica profesional en el modelo conceptual de Parse ve el cuidado como una presencia auténtica

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

a la persona que va hacia su actualización y que, a través de sus experiencias de salud, crea conjuntamente con el entorno. La enfermera centra su atención en la calidad de la vida, tal como la persona y su familia la definen. Facilita la manifestación del sentido o del significado que la persona da a su experiencia. Para hacer esto, la enfermera se compromete en el ritmo de los movimientos cambiantes y desiguales de esta persona. Reconoce la orientación de la vida de la persona y la ayuda a ver las posibilidades más allá del momento presente. La enfermera desarrolla una relación intersubjetiva creativa con la persona que hace la experiencia de luchas paradójicas en su vida cotidiana. La práctica enfermera, según Parse, refleja la creencia según la cual cada ser humano es único y participa en la creación de su realidad a partir de su propia perspectiva. El siguiente ejemplo sirve para ilustrar la práctica enfermera según este modelo conceptual (Cody y Michell, 1992).

En un centro hospitalario de cuidados de corta duración, una persona ingresada vive la experiencia de un procedimiento invasor y recibe una noticia que trastorna su existencia. La enfermera entra en contacto con esta persona y su familia ofreciéndoles su disponibilidad y asegurando una presencia auténtica. Les permite reconocer el significado de su experiencia presente, de encontrar posibles opciones y de entrever los cambios a la luz de sus aspiraciones y valores. La enfermera puede preguntar a la persona cuáles son sus preocupaciones más importantes en este momento. Si la persona reconoce que su principal preocupación es la separación de sus familiares, el hecho de no ser capaz de trabajar o incluso la espera de los resultados de importantes pruebas, la enfermera explora este aspecto con ella y le ofrece su apoyo. Al hilo de los encuentros, la enfermera se orienta hacia las preocupaciones, los temores y las aspiraciones de la persona y de los miembros de su familia. En su práctica cotidiana, la enfermera no hace ningún diagnóstico ni ninguna gestión unidireccional, pero participa de manera auténtica en la creación de un ser único hacia su actualización.

Concepción de Watson (escuela del *caring*)

La enfermera que basa su práctica profesional en el modelo conceptual de Watson centra su atención en el cuidado humano y transpersonal con el objetivo de asistir a la persona en su búsqueda de una armonía mejor, entre el alma, el cuerpo y el espíritu. Las intervenciones esenciales para el cuidado humano están

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

agrupadas en diez factores de cuidados que proporcionan a la enfermera un marco de referencia para su práctica. La enfermera deberá desarrollar su capacidad para comprometerse en una relación transpersonal de cuidado. Cae por su propio peso que la persona debe comprometerse, a su vez, en esta relación. El siguiente ejemplo ilustra la práctica enfermera según el modelo conceptual de Watson.

Como consecuencia de un accidente de coche, un joven se ve privado de poder utilizar sus piernas. Ingresado en el servicio de rehabilitación, expresa a todos los profesionales de la salud su frustración con relación a los representantes gubernamentales y a la sociedad a quienes hace responsables de su accidente. Según los profesionales, el hecho de mantener esta frustración parece comprometer las posibilidades de readaptación. La enfermera que se inspira en la concepción de Watson y que reconoce su campo fenoménico, es decir, su realidad compuesta por la globalidad de sus experiencias, acepta que el joven exprese sentimientos negativos, ya que forman parte de sus fuerzas existenciales-fenomenológicas-espirituales. La enfermera no hará juicios acerca de estos sentimientos negativos, pero permitirá al joven tender hacia un mejor nivel de armonía entre su alma, su cuerpo y su espíritu, y lo hará gracias al desarrollo de una relación de ayuda y de confianza, a la creación de un entorno de apoyo, y a la valorización de una sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros.

Es difícil, con algunas palabras, hacer justicia a una práctica enfermera reflexiva que recurre al arte enfermero y está basada en una concepción de la disciplina. Aunque los objetivos que se persiguen varían de una concepción a otra, todas las enfermeras orientan su cuidado hacia la persona que, en constante interacción con el entorno, vive experiencias de salud. Más allá de las concepciones particulares adoptadas en un medio o en otro, todas las enfermeras coinciden por su especificidad, su centro de interés.

■ **De hecho el arte enfermero es la utilización creadora de la ciencia enfermera que está en pleno crecimiento (Rogers, 1990).** ■

Así, la enfermera está al acecho de nuevos conocimientos y habilidades en su campo. Contribuye a que aparezcan. Sus intercambios con las personas —clientes, familias, enfermeras, personal auxiliar, personal de dirección, otras profesiones de la salud—,

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

sus lecturas y sus colaboraciones en investigaciones nutren constantemente su práctica. La próxima sección describe la práctica enfermera vista desde el ángulo de la colaboración con el personal auxiliar en cuidados enfermeros y con los miembros de la familia.

PRÁCTICA ENFERMERA Y COLABORACIÓN

El centro de interés de la disciplina enfermera y los principios inherentes al cuidado invitan a la enfermera a una gran colaboración con el personal enfermero, profesional y no profesional, y con los miembros de la familia. La cuestión no es determinar quién realizará más o menos actividades relacionadas con los cuidados enfermeros, sino quién, por el momento, puede apoyar mejor a la persona en su proceso de salud, teniendo en cuenta los conocimientos de cada uno y el conjunto de las necesidades de cuidado. Las tareas mismas están vacías de sentido si no son cumplidas con esta apertura a la persona en el momento preciso de su experiencia de salud. El cuidado que aporta una contribución significativa a una persona es lo que guía a cada enfermera, en la utilización de sus conocimientos y de sus competencias, para hacer ella misma un gesto o delegar un acto de cuidado a otra persona del equipo de cuidados enfermeros.

Colaboración con el personal auxiliar en cuidados enfermeros

A lo largo de los años 1920 y 1930, debido a una falta de enfermeras y al aumento de necesidades en los cuidados, las enfermeras norteamericanas sintieron la necesidad de formar a un personal auxiliar con el fin de que éste las ayudara a prestar un servicio de cuidados enfermeros de calidad. Mientras que las enfermeras son responsables, de una forma global, de cuidados enfermeros de calidad para la población, las enfermeras auxiliares lo son de cuidados enfermeros auxiliares de calidad.

En la óptica del centro de interés de la disciplina enfermera, no es apropiado dividir, de forma estática, las tareas que forman parte del cuidado. El cuidado al lado de la persona concierne tanto a las enfermeras, como a las auxiliares. Una actividad tan íntima como el baño puede ser realizado tanto por una enfermera, como por una auxiliar. La participación en este momento privilegiado variará según la formación y la competencia específica de cada una. La enfermera puede decidir que ha de ocuparse del baño de una persona que vive los últimos momentos de su vida,

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

porque conoce el impacto del dolor o de la fragilidad de esta persona y quiere acompañarla asegurándole una auténtica presencia. Puede pedir a una auxiliar que la ayude para el baño o el cambio de sábanas en una persona que ha sufrido una operación quirúrgica importante. Del mismo modo, una auxiliar puede optar por ocuparse del baño de una persona a causa de la relación interpersonal de ayuda y de apoyo que ha establecido con ella. Por otro lado, la enfermera puede ayudar a una auxiliar en el traslado de un cliente en situación crítica, de su cama a una camilla.

Las interacciones de la enfermera con el personal enfermero auxiliar están marcadas por intercambios con el fin de buscar las formas óptimas de prodigar un cuidado. En otras palabras, la enfermera está invitada a facilitar la cohesión entre las personas que componen el equipo de cuidados enfermeros considerándolos compañeros en el acto de cuidar.

■ **Por su centro de interés y sus conocimientos especializados en su disciplina, la enfermera es responsable del conjunto del proceso de cuidar, de la recogida de datos hasta la evaluación de los cuidados, de forma circular y continua.** ■

La enfermera no puede, pues, ser reemplazada. Sin embargo, durante el proceso de cuidar, obtiene la ayuda del personal enfermero auxiliar teniendo en cuenta sus conocimientos y habilidades (Calkin, 1988). En el seno del equipo de cuidados enfermeros, encuentra a la persona más competente para cumplir una actividad en una situación particular al lado de un cliente.

Styles (1993) afirma que la motivación del personal enfermero y la calidad del cuidado logran su cima cuando existe un sentimiento de pertenecer al grupo. Esto significa que los miembros del equipo de cuidados tienen preocupaciones comunes, se comprometen y colaboran. Este sentimiento de pertenencia nace gracias a unas relaciones cuyos intercambios son interactivos más que jerárquicos y gracias a la colaboración más que al aislamiento de una práctica hermética.

Colaboración con los miembros de la familia

Como hemos mencionado anteriormente, el cuidado requiere la colaboración de varias personas. Los familiares y amigos a me-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

nudo ofrecen, en el domicilio o fuera, un cuidado que engloba actividades tales como la ayuda en los cuidados personales, la preparación de medicamentos y las acciones de orden afectivo (estar presente, escuchar, anticiparse a las necesidades). Leininger (1991b) sostiene que el cuidado humano es esencial para la supervivencia de los pueblos, para el crecimiento de los seres humanos, para la recuperación y la promoción de su salud. Añade que el cuidado ofrecido a la población en general es transmitido y aprendido en una cultura, y subraya que existen características universales en el modo de cuidar, así como numerosas características que difieren de una cultura a otra.

Tradicionalmente, las familias han ofrecido a sus miembros cuidados variados según la experiencia de vida (nacimiento, cuidado a una persona enferma, a un moribundo o a una persona con alguna deficiencia). Con el desarrollo de la ciencia médica, el lugar del cuidado ha sido gradualmente el centro hospitalario, el personal sanitario reemplaza así las familias, durante la hospitalización. En este contexto, las familias han dejado de ser reconocidas como cuidadoras y han perdido su red informal de intercambios de conocimientos.

En los últimos veinte años, el sistema de salud está en transformación, se produce un giro de situación, devolviendo a las familias la responsabilidad de su salud y de sus cuidados. Cada vez más, las personas son llamadas para ofrecer sus cuidados a un miembro de la familia, joven o anciano, que padece una enfermedad crónica o aguda. Investigadores en ciencias enfermeras y de otras disciplinas se interesan por la experiencia de estas personas cuidadoras, mayoritariamente mujeres. Los estudios revelan que muchas de ellas viven un intenso estrés e incluso una forma de angustia psicológica (Lévesque, Cossette y Ducharme, 1993; Malonebeach y Zarit, 1991; Raveis, Siegel y Sudit, 1990; Ricard y Fortin, 1993).

Un cuidado orientado hacia la familia que vive experiencias de salud ¿no implica acaso que la enfermera sostenga a las personas cuidadoras y les ayude a reconocerse en esas experiencias y a escoger lo que va mejor, no solamente para la persona ayudada, sino también por ellas mismas? Por esto, la enfermera debe familiarizarse con las descripciones precisas en la experiencia de cuidar en familias de diferentes culturas (v. p. ej., Anderson y Elfert, 1989; Bowers, 1987; Leininger, 1991b; Pepin, en prensa).

Por otro lado, según Kitson (1987), el cuidado profesional difiere del cuidado ofrecido en la familia en que el profesional ofre-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

ce un servicio especializado que va má allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas y de los demás. Escogiendo su disciplina, la enfermera ha acumulado conocimientos y ha adquirido habilidades que la llevarán a ayudar a la persona en su proceso de crecimiento con respecto de experiencias de salud, más allá de la ayuda aportada por los familiares y amigos que persiguen un objetivo parecido, pero que no tienen todos esos conocimientos y habilidades.

■ **La enfermera reconoce los conocimientos y las habilidades de los miembros de la familia y las tiene en cuenta cuando los acompaña en sus experiencias de salud. Los profesionales y miembros de la familia trabajan en complementariedad.** ■

La práctica en colaboración concierne también al trabajo con los profesionales de otras disciplinas. La próxima sección nos lleva a la práctica enfermera en interdisciplinariedad.

PRÁCTICA ENFERMERA E INTERDISCIPLINARIEDAD

La contribución de la profesión enfermera ha sido largamente percibida como la prolongación del servicio que los médicos daban a la población. Así, la mayor parte de los cuidados enfermeros parecen dedicados a las actividades derivadas de prescripciones médicas. A lo largo del tiempo, nuevos profesionales, ofreciendo servicios específicos, han venido a compartir el objetivo común de ofrecer cuidados sanitarios de calidad a la población. El logro de este objetivo ha requerido una filosofía y unas modalidades que permitan que los diversos profesionales asuman sus responsabilidades y compartan, con competencia, los grandes objetivos deseados.

La complejidad de las necesidades y de los cuidados de salud, combinados con una tecnología invasora, plantea desafíos que ninguna profesión no puede por sí sola superar. Juntos, los profesionales de la salud prestan los cuidados, respondiendo a las necesidades de la persona en materia de salud. La práctica enfermera en relación con otras disciplinas concierne a los cuidados de la salud de la persona, de la familia o del grupo en un entorno global.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Relaciones con otras disciplinas

A cada disciplina corresponde un centro de interés particular, es decir, distinto. Las disciplinas que están más relacionadas con la disciplina enfermera son las de la salud y las que ofrecen un servicio en el contexto de la salud, como el servicio social y la psicología. Estas disciplinas se reparten la responsabilidad de prodigar a la sociedad un servicio de salud de calidad (Chavigny, 1988; Steel, 1986b; Webster, 1985).

Compartir una responsabilidad con otros significa «intercambiar a lo largo del proceso de decisión y trabajar juntos con objeto de ofrecer los cuidados de salud que respondan a las necesidades de una población». Es en este momento cuando las divergencias pueden surgir. Por ejemplo, enfermeras y médicos se ponen de acuerdo en el objetivo común buscado, la salud, pero puede que no se entiendan en el sentido que dan al concepto «salud». Estas divergencias se pueden traducir en los medios que se van a utilizar para lograr el objetivo, porque sus órdenes de prioridad difieren. Los métodos y los distintos hábitos de trabajo quizá se originan en visiones diferentes para unas y otros. Así, durante mucho tiempo «salvar una vida» ha parecido más prestigioso que acompañar al enfermo o al moribundo. Gillon (1986) menciona que los objetivos morales de las enfermeras y los médicos son los mismos, pero los ángulos desde los cuales los consideran son diferentes. Para el médico, la experiencia está guiada por la importacia de lo que está en juego —la vida humana—, el impacto de su intervención y la amplitud de su responsabilidad. Para la enfermera, la experiencia está orientada hacia la persona y la integridad de su vida (Wolf, 1989).

Por otro lado, para las enfermeras, el atractivo de realizar con éxito tareas unidas a la tecnología ha sido real y ha creado confusión (Steel, 1986b). Para muchas, este aspecto del trabajo representa aún el centro de los cuidados. Fácilmente canaliza el 90 % del tiempo de la enfermera en diversos ámbitos (Prescott y cols., 1987). Sin duda, a causa del carácter invisible del **cuidado** algunas enfermeras tienden a desestimar lo que es de su incumbencia y competencia. A veces las enfermeras tienen la dificultad de traducir en palabras su particular contribución y se inclinan a ver en la adquisición de habilidades técnicas una garantía de prestigio profesional. Las concepciones de la disciplina enfermera permiten una visión nueva que trasciende el mero cuidado médico y que está orientada al cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Según Pridham y Hansen (1985), médicos y enfermeras tienen como eje devolver la salud proporcionando cuidados de calidad óptima. Teniendo en cuenta sus responsabilidades profesionales respectivas, pueden, en algún momento, interpretar y explicar la realidad de modo diferente. Sin embargo, siguen siendo complementarios, siendo el último objetivo el mismo. Es así cómo diferentes percepciones y competencias pueden ser valorizadas en un clima de compañerismo dentro del equipo de salud.

■ **Trabajar juntos significa que la enfermera y los profesionales de otras disciplinas se comprometen a alcanzar los objetivos de cuidados de salud ejerciendo su autonomía profesional, y ello, reconociendo su interdependencia.** ■

Se trata de una aceptación de las capacidades y de los límites de unos y otros en el contexto de una relación entre personas que buscan la comprensión de una experiencia de salud y el reparto de una acción interdependiente. La interdependencia no significa ni una ganancia ni una pérdida de independencia, sino más bien que uno y otro pueden acceder a un potencial de desarrollo y de enriquecimiento, no sólo para sí mismos, individualmente, sino para todos, colectivamente (Cooper, 1989). El contexto actual, sinónimo de cambios cada vez más rápidos, de apuestas complejas y de búsqueda de una calidad óptima necesita la capacidad de cada uno; de ahí, el reconocimiento de la excelencia en la práctica de los colegas de todas las disciplinas y la emulación hacia las que nos son propias (Marsden, 1990).

La capacidad, la autonomía y la responsabilidad, factores que caracterizan toda profesión, reclaman la colaboración. Colaborar requiere, por parte de todos los profesionales, la voluntad de contribuir en los cuidados de salud y significa el reconocimiento de zonas de interferencias en los roles. Estas zonas ofrecen la ocasión de poner de relieve una competencia que no emana de las prerrogativas de cada disciplina, sino que se orienta hacia un objetivo común frente a los cuidados de salud de la persona. Es necesario que la colaboración vaya más allá de la afirmación de uno mismo y de la competición, para comprometerse en una contribución auténtica en el respeto de unos y otros.

Colaboración interdisciplinaria

La práctica en colaboración *interdisciplinaria* significa que los cuidados de salud son dispensados según un modelo en el

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

que todas las personas que cuidan, incluso la que recibirá los cuidados, se reparten la autoridad. Este modelo se distingue del de la práctica tradicional, según el cual los cuidados se dispensan siguiendo un perfil lineal de autoridad (figs. 4-2 y 4-3) (Chamberlin, 1986).

La práctica en colaboración interdisciplinaria implica un reparto dinámico y flexible del estatuto y de la autoridad (Weiss, 1985). Dicho de otra manera, las responsabilidades y la influencia varían en función del grupo profesional o del individuo que tiene la competencia necesaria para una tarea particular en una situación dada. Las fuerzas y las habilidades son reconocidas y utilizadas según el potencial de cada uno.

La colaboración se basa en la apreciación de lo que es específico a cada disciplina; se apoya en la equidad (reconocimiento de la igualdad de cada disciplina) y en la paridad (reconocimiento de la diferencia de cada disciplina). En un espíritu de colegalidad, la colaboración va dirigida a proporcionar conjuntamente los cuidados de salud. Por extensión, se puede extender al conjunto de profesionales de las disciplinas concernientes a los cuidados de salud.

A título de ejemplo, Mitchell (1992) trata de la práctica enfermera en interdisciplinariedad según Parse. Siendo el objetivo de la práctica la calidad de vida tal como la persona y su familia la definen, la enfermera no intenta arreglar los problemas que ha detectado, sino que acompaña a la persona para ayudarla a lograr sus propios objetivos de actualización. Durante los cambios de información con sus compañeros, la enfermera traza el perfil de la persona que participa activamente en la creación de su salud y de su actualización; describe a la persona como un ser humano único, consciente de que su forma de vida refleja su elección de valores. Guiándose por el modelo conceptual de Parse, la enfermera aporta una contribución distinta, centrada sobre la persona que, en interacción continua con su entorno, vive una experiencia de salud de una forma única. Percibida como independiente de las demás para su salud y como poseedora de conocimientos, la persona acogerá el punto de vista de los profesionales de la salud que no se erigen como expertos, pero que la acompañarán en los avatares, a veces accidentados, de las experiencias de planificación y de realización de sus aspiraciones.

La práctica en colaboración exige un clima de confianza y de respeto entre los profesionales. Un clima así es posible si los roles

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

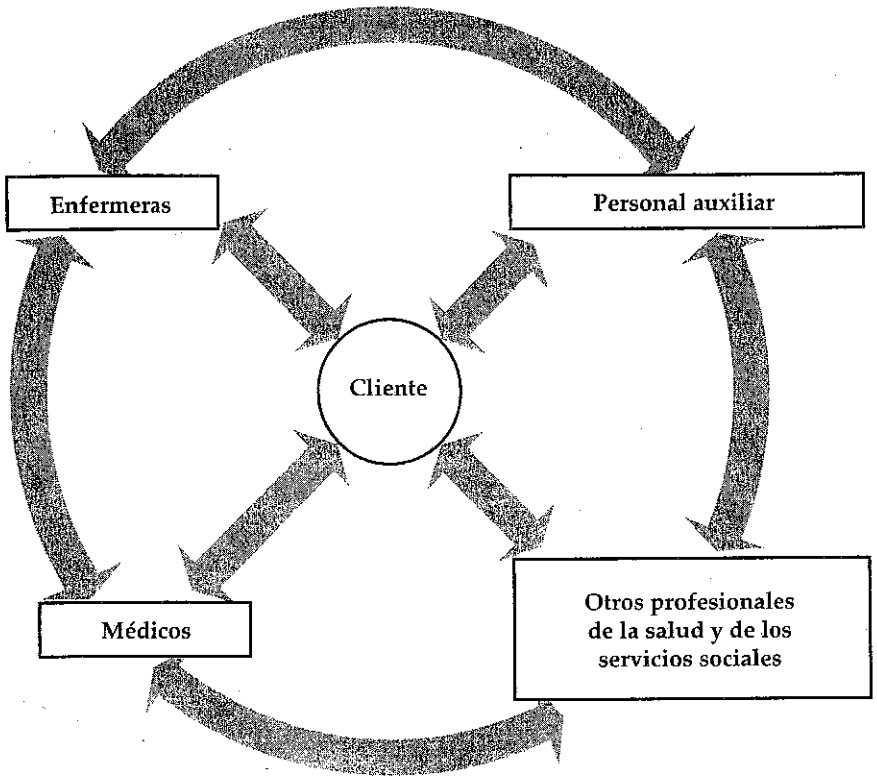


Fig. 4-2. Práctica en colaboración. (Adaptado de Chamberlin, 1986, pág. 118.)

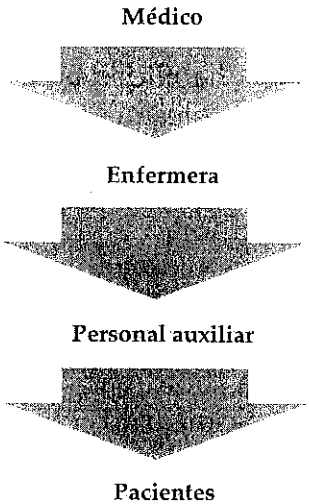


Fig. 4-3. Práctica tradicional. (De Chamberlin, 1986, pág. 118.)

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

son explícitos, definidos en un enfoque común y mutuamente complementarios. De hecho, la práctica en colaboración interdisciplinaria exige de los profesionales (autónomos, responsables y competentes) que definan sus roles y sus relaciones. Varios equipos de personas cuidadoras, principalmente en salud comunitaria, se esfuerzan en definir sus roles y sus relaciones. Ahora bien, puesto que la práctica evoluciona constantemente, es posible que estos roles y estas relaciones se deban reexaminar y volver a crear para tener en cuenta los cambios actuales y futuros (Steel, 1986a).

El trabajo en colaboración interdisciplinario implica que un grupo de profesionales trabajen en equipo. Ahora bien, los miembros de un equipo atraviesan varias etapas antes de llegar a la interdisciplinariedad abierta y dinámica. Entre el momento en que los miembros del equipo se conocen y el momento en que se comprometen a trabajar juntos y comunicarse abiertamente, existen momentos de ensayos y errores, de indecisión colectiva y de crisis en lo que concierne al liderazgo, a la toma de decisiones y al reparto de responsabilidades (Lowe y Herranen, 1981). Los miembros de un equipo evolucionan igualmente, en el plan de su práctica profesional, de la práctica individual al intercambio de información, a las consultas, a la coordinación, y a la multidisciplinariedad y, en fin, a la interdisciplinariedad (Dussault, 1990).

Según Devereux (1981b), las condiciones previas para la práctica en colaboración son la comunicación, la capacidad, la responsabilidad, la confianza y el apoyo administrativo. Por comunicación se sobrentiende que cada uno sabe lo que hace el otro, el porqué, cuándo y cómo. Supone, pues, una coordinación en la que los intercambios formales e informales sirven para poner de relieve el objetivo común. Referente a la competencia, cada profesional de cada disciplina debe ser capaz de contar con los conocimientos y las habilidades de uno y otro. En una práctica en colaboración, los profesionales de cada disciplina son legalmente responsables de una práctica adecuada de los cuidados de salud, es decir, que son capaces, teniendo en cuenta sus conocimientos, de asumir las decisiones y los actos que emanan de ellas. La confianza significa que cada uno debe poder contar con la integridad y los conocimientos de los otros. El apoyo administrativo implica que los gestores sean invitados a crear un medio favorable a la cooperación y a la coordinación de los esfuerzos de cada disciplina con el fin de alcanzar los objetivos de colaboración.

Estas condiciones previas sólo tienen sentido en la medida en que cada profesional está decidido a comprometerse personal y

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

profesionalmente en la colaboración y la ayuda mutua, pensando constantemente en la calidad de los cuidados al cliente (Marsden, 1990). En otras palabras, la práctica en colaboración interdisciplinaria requiere la capacidad de escuchar, de ser respetuoso con uno mismo y con los otros, de comprender el alcance de las convicciones de los demás, de tener la voluntad de reconocer y de aceptar las zonas de competencia únicas de los colegas y de aceptar los conocimientos específicos de los colegas, cuando sea necesario (Mailick y Ashley, 1981).

Varios autores coinciden en afirmar que los elementos de la colaboración no pueden desarrollarse sin un apoyo administrativo sistemático (Baggs y Schmitt, 1988; Devereux, 1981b; Koerner y cols., 1986; Marsden, 1990; Steel, 1986a; Temkin-Greener, 1983). Este apoyo administrativo puede tomar varias formas tales como una dirección descentralizada, la creación de un grupo de discusión sobre la práctica en colaboración, el empleo de enfermeras clínicas encargadas de la orientación, de la formación y del apoyo clínico del personal de cuidados enfermeros, la uniformización de políticas y de prácticas de cuidados, así como la redistribución de los recursos físicos y humanos (Baggs y Schmitt, 1988; Devereux, 1981b; Fagin, 1987). Prescott y Bowen (1985), por su parte, mencionan que el camino hacia la colaboración es a veces difícil y que es necesario prever los mecanismos para apoyar su desarrollo. Además de mecanismos en el plan estructural, los gestores de cuidados deben expresar su compromiso en valorar la colaboración y en facilitar la comunicación. Discutiremos estas propuestas para la gestión enfermera en el capítulo 6.

Así, la interdisciplinariedad recurre a una práctica en colaboración que exige el reconocimiento de la identidad profesional de cada disciplina comprometida en los cuidados de salud. La colaboración implica menos la preocupación de delimitar las fronteras estrictas que el objetivo de ejercer su práctica complementaria con otros con el fin de ofrecer los cuidados de salud requeridos. Las zonas que se superponen entre las diferentes disciplinas crean una zona móvil que deberá ser orientada hacia una respuesta óptima a las necesidades de salud de las personas, familias, grupos y comunidades. Estas zonas tendrán la ventaja de ser consideradas como las ocasiones, para unos u otros profesionales, de desarrollar una mejor visión de su contribución particular (Wolf, 1989). La autonomía de los profesionales es esencial para un intercambio recíproco y generador que deberá permitir el desarrollo del potencial de las personas cuidadoras. Estas podrán beneficiar así a las personas necesitadas de cuidados de salud.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

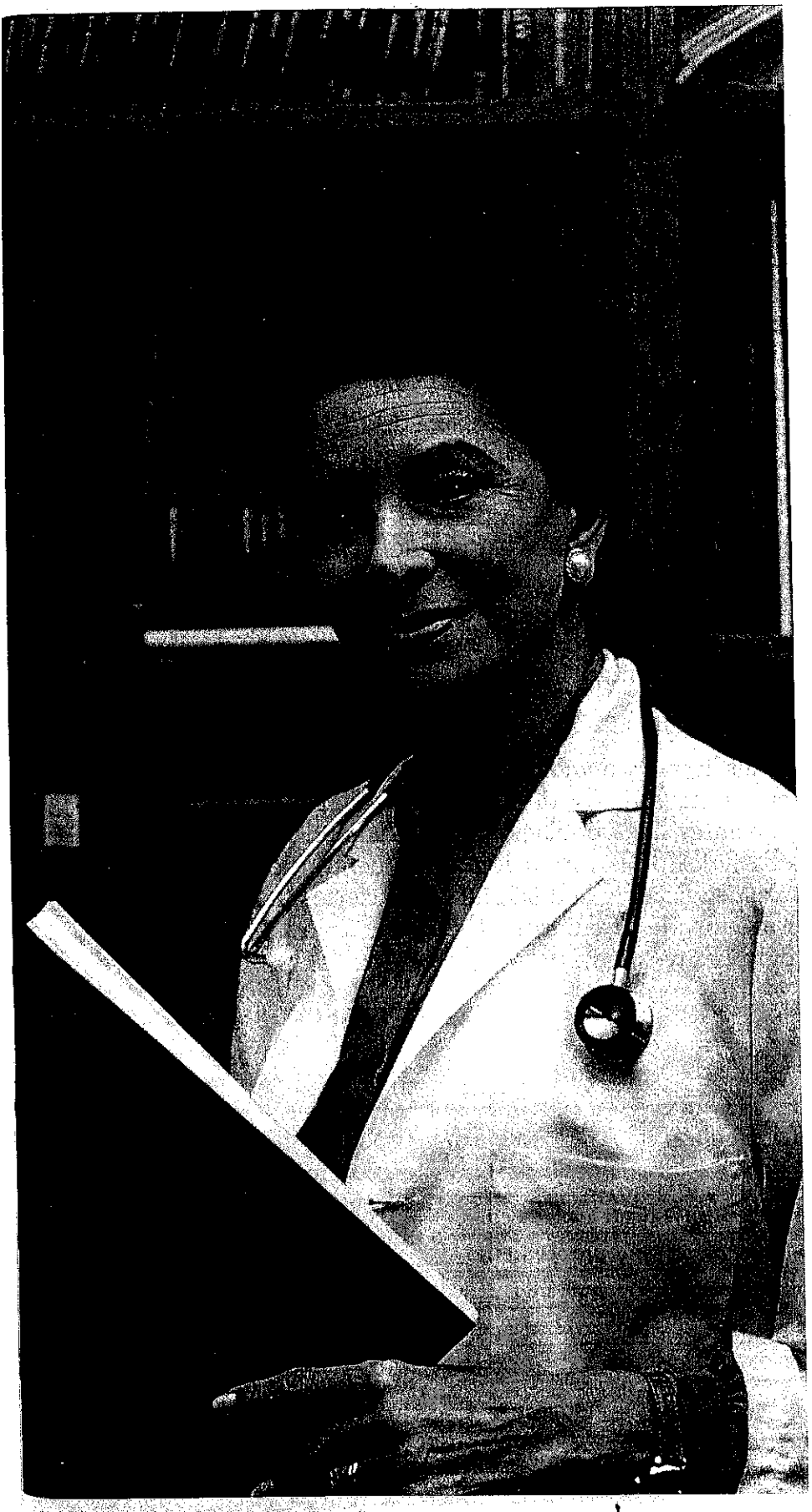
■ EN OTRAS PALABRAS ■

Hemos despejado, del centro de interés de la disciplina y de los principios que de éste se deducen, las propuestas para la práctica enfermera en colaboración con diversas personas. Sólo asumiendo, ante todo, la responsabilidad del centro de interés de la disciplina y valorizando el objeto de su práctica —el cuidado a la persona que, en interacción constante con su entorno, vive experiencias de salud—, la enfermera hará posible un cuidado óptimo y los *designs* innovadores. Para que la interdisciplinariedad sea posible y la práctica enfermera tenga un impacto real en los planes sociales y políticos, es necesario, ante todo, tener una idea clara del cuidado que se ha de crear y prodigar. Una concepción de la disciplina enfermera permite esta claridad.

En el momento en que varias enfermeras sufren agotamiento profesional, Maslach (1982) y Benner y Wrubel (1989) proponen la siguiente definición del agotamiento: la pérdida del cuidado humano *(human caring)* en la práctica de la enfermería. Estos autores subrayan que, cuando la enfermera pueda ofrecer el cuidado que ella verdaderamente desea ofrecer, utilice plenamente sus conocimientos y habilidades y sea reconocida de modo adecuado, su estrés disminuirá enormemente. El cuidado tiene un poder, el de nutrir tanto a la persona cuidadora como a la persona cuidada.

CAPÍTULO 5

PROPUESTAS PARA LA FORMACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN



Canapress

La complejidad inherente a un mundo en transformación ha acelerado considerablemente la evolución de la disciplina enfermera durante los últimos decenios. El centro de interés de la disciplina, los principios y las propuestas que de éste emanan para una práctica enfermera en colaboración interdisciplinaria han puesto de relieve la importancia de los conceptos «cuidado», «persona», «salud» y «entorno». Las relaciones que se extraen permiten concebir un **cuidado** que exprese la respuesta a las necesidades cambiantes en materia de salud de las personas, de las familias, de los grupos y de las comunidades. Es evidente que una formación adaptada a esta evolución se inspira en una trama formada por los conceptos centrales de la disciplina y por sus interrelaciones. Asegurar una respuesta óptima a las necesidades cambiantes requiere el dominio de un saber y de ***competencias*** específicas en lo que llamamos el *design* del cuidado. El *design* permite crear un cuidado con la ayuda de diversos procesos que valorizan la integración de la ciencia y del arte enfermero. Delimitar las competencias y los conocimientos esenciales del *design* del cuidado necesita la comprensión de un mundo en transformación o la visión creadora, la experimentación y la utilización de resultados empíricos permitiendo una apertura hacia el futuro. La práctica, la formación y la investigación están interrelacionadas y se enriquecen mutuamente.

En primer lugar ponemos de relieve los aspectos esenciales de la formación para el *design* de un cuidado adaptado a las necesidades cambiantes de la población. Seguidamente subrayamos los aspectos cruciales de la formación, la influencia de algunas concepciones específicas de la disciplina y de ciertos imperativos sobre la formación de la enfermera. Finalmente tratamos las propuestas para la investigación.

FORMACIÓN

Aspectos cruciales

■ **La formación enfermera está en primer lugar anclada en la esencia de la disciplina (v. cap. 3). Los conceptos centrales y sus interrelaciones se presentan como la trama de un programa de estudios que se adapta a la rápida evolución de un mundo en transformación.** ■

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Los conceptos centrales y los principios que se desprenden de ellos se perfilan como un marco de referencia flexible que permite ***conceptualizar*** las relaciones entre práctica, teoría e investigación. Los estudiantes también pueden desarrollar no sólo una comprensión de los conceptos centrales, sino que igualmente pueden profundizar en esta comprensión con la ayuda de diversas concepciones de teorizadoras que hemos presentado en el capítulo 2. Este marco de referencia también ofrece varios temas de discusión crítica para la investigación y sus aplicaciones en la práctica. En un contexto así, la investigación y su utilización están constantemente integradas en los diversos aprendizajes teóricos y prácticos.

El *design* del **cuidado** con respecto a las experiencias humanas de salud guía la orientación principal de la formación que gravita alrededor de diversos saberes: saber ser (valores, creencias, convicciones, actitudes), saber (conocimiento, comprensión, análisis crítico, síntesis) y saber hacer (habilidades relacionales, técnicas). Estos diversos saberes convergen hacia la competencia necesaria para el **cuidado** que refuerza y transforma al otro.

El saber ser es guiado por una formulación explícita de los valores de la disciplina, previa para un compromiso personal y profesional de los estudiantes. Por su naturaleza, la práctica enfermera apela a un conjunto de valores que orientan la formación. Así, la importancia dada a la persona, al entorno, a los procesos, a las interacciones, a las transiciones y al refuerzo del potencial ***(empowerment)*** en la colaboración y en la simultaneidad se sitúa en el foco de la enseñanza. Estos valores dan forma a los aprendizajes de los estudiantes y orientan el **cuidado** y la investigación. Los profesores y los estudiantes comparten y comprenden estos valores que dan un sentido a la responsabilidad social y suscitan un análisis crítico y reflexivo del contexto sociocultural y político del sistema de salud.

Los saberes y el saber hacer, por su parte, emanan de objetivos precisos y medibles teniendo como base el *design* del **cuidado**. En primer lugar, los saberes específicos de la disciplina emergen de la trama conceptual y de las interrelaciones que se derivan de ésta. El estudiante que integra lo esencial de su disciplina se sitúa más fácilmente frente a otros saberes necesarios para su formación. Entre éstos, destacamos las ciencias humanas (***filosofía***, antropología, idiomas, sociología, psicología), las ciencias naturales (biología, fisiología, bioquímica) y las artes (***estética***, música, danza). Inspirada en la historia de la disciplina, es necesario aho-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

ra dirigir la formación en función del futuro. Por ejemplo, los conocimientos artísticos, poco o nada explotados en el pasado, deberán activar la imaginación inventiva de personas destinadas a «crear» un cuidado adaptado a un mundo en transformación. Es muy deseable un equilibrio entre las humanidades y las ciencias biomédicas, incluyendo, por ejemplo, las ciencias del comportamiento y la epidemiología social. Gracias a su esencia, la formación permite a los futuros profesionales adquirir conocimientos y desarrollar habilidades fundamentales para su disciplina preparándolos para definirse de nuevo en función de las transformaciones que marcan la llegada del siglo XXI.

Las actividades de aprendizaje reflejan los valores que sostienen el programa. Durante su formación, el estudiante aprende, por ejemplo, el compañerismo: sus profesores, que son considerados como «modelos», comparten los conocimientos, suscitan el desarrollo de habilidades y favorecen el desarrollo de individuos y grupos. Los estudiantes también se aprovechan de este acompañamiento en sus procesos de «actualización en salud», es decir, aprender a administrar, a negociar y a crecer (Meleis y Jennings, 1989).

El campo de la enfermera es el **cuidado** que refuerza y permite a la persona dominar los acontecimientos ligados a su experiencia de salud y mejorar su bienestar. Según nosotras, el valor óptimo del cuidado enfermero se mide por el poder que procura una sólida formación. Sin ser dominante, este poder es una condición esencial para permitir a cualquiera «tomar el poder» de sus aspiraciones con respecto a sus experiencias de salud (Clay, 1992). Tal noción se acerca a la misma definición de la promoción de la salud, según la cual un proceso de reforzamiento del potencial *(empowerment)* permite a la persona dominar los acontecimientos de su vida y vivir plenamente sus experiencias relacionadas con la salud.

■ **La formación prepara al estudiante para el análisis crítico de los acontecimientos de una actividad profesional capaz de asumir diversos roles en un sistema de salud cambiante y para un liderazgo que le permita participar en las decisiones en materia de salud.** ■

La formación subraya igualmente la comprensión de las necesidades de la persona y de la comunidad con relación a la salud, en sinergia con otras disciplinas. Desde el inicio de su for-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

mación, estos profesionales reconocerán el valor de lo adquirido y estarán preparados para participar en el mundo en transformación de los próximos decenios.

Además, en el contexto del **cuidado** —que va más allá del centro hospitalario y se acerca según varias modalidades a la comunidad—, las necesidades cambiantes en materia de salud de la población suscitan el aprendizaje minucioso y continuo a lo largo de toda la práctica profesional. La repetición de *patterns* conocidos, por sí sola, es claramente insuficiente. Desde su formación, el estudiante entrevé que deberá perfeccionar sus conocimientos y sus habilidades durante toda su práctica, ya que las rápidas transformaciones así lo exigen.

En el contexto actual de «revolución terapéutica» (término adoptado por Jean Bernard, 1990), la sola transmisión de nuevos saberes teóricos y científicos no será suficiente para hacer frente a los desafíos y al desarrollo moral (Lambert, 1992). La noción de competencia moral reposa sobre un proceso que comporta un conjunto de habilidades tales como las capacidades de explorar y articular sus conocimientos y sus creencias, de preguntarse sobre sus orígenes y comprender su organización, de comprender los valores de los otros a partir de una perspectiva a la vez analítica y empática, de expresar sus juicios en términos que el otro pueda comprender, de estar disponible a toda información dada por otros y de ser crítico con su propia conducta. Por consiguiente, el aprendizaje de la competencia moral implica momentos y lugares en la formación de la enfermera para clarificar, comparar, justificar y proyectar las consecuencias de sus decisiones (Lambert, 1992).

El programa igualmente va dirigido a formar el espíritu crítico de los estudiantes. Las enfermeras ejercen su profesión en un medio sociocultural, económico y político con múltiples facetas, cuya visión los estudiantes deben aprender progresivamente a desarrollar. Dentro de esta óptica, los estudiantes se inician en la importancia primordial de la interdependencia y de la complementariedad de las diferentes profesiones de la salud (Adam, 1991). Las publicaciones sobre las relaciones interdisciplinarias exigiendo la colaboración en el seno de los equipos de cuidados de salud son unánimes en recomendar una base sólida de conocimientos en ciencias enfermeras. Estos conocimientos permitirán a los profesionales anticiparse a los cambios, hacer frente a situaciones paradójicas, contribuir en el proceso de toma de decisiones en equipo, articular su identidad profesional en el seno de este

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

equipo y negociar las zonas que coinciden con las de otros profesionales (Fagin, 1987; Prescott y cols., 1987).

Con el objetivo de ser compañeras en una relación de colaboración, las enfermeras desarrollan una experiencia comparable a la de sus colegas de otras disciplinas de la salud, sin alejarse en ningún momento de la esfera de la ciencia enfermera. Una mejor comprensión del entorno actual pasa por un conocimiento de la evolución de la profesión enfermera. Desgraciadamente, la historia de la disciplina y de las filosofías que han influenciado la estructura de sus conocimientos en diferentes épocas no forma siempre parte de la formación inicial (Leininger, 1978; Watson y Phillips, 1992). Si la formación sin la experiencia no puede producir la capacidad, ocurre lo mismo con la experiencia sin la formación (Wolf, 1989). Orientada en función del centro de interés de la disciplina, esta formación permite, por ejemplo, a la enfermera distinguir su contribución única de la de su interdependencia con la profesión médica (Devereux, 1981a; 1981c; Weiss, 1985).

Una relación de colaboración precisa una cierta familiaridad con la naturaleza y la extensión de las capacidades de unos y otros (Weiss, 1985). Los estudiantes en ciencias enfermeras que desarrollarán una identidad disciplinaria bien definida podrán compartir los valores propios de su disciplina que influenciarán, sin dominar, las intenciones de otros estudiantes a proporcionar cuidados de salud de calidad en el seno de un equipo (Roberts, 1990; Webster, 1988).

■ La formación invita y conduce a los estudiantes a comprender la misión social específica de la disciplina enfermera, la utilidad del servicio que la profesión presta a la sociedad y la importancia que este servicio reviste para la sociedad. ■

La formación conduce a los estudiantes a reflexionar sobre las bases conceptuales que desean para su práctica a menudo descritas como un arte y una ciencia (Adam, 1991). Efectivamente, la formación revela o contribuye a revelar la concepción que tienen las enfermeras de su función social.

Influencia de las diversas concepciones enfermeras

Las diversas concepciones enfermeras, que hemos presentado en el capítulo 2, han ejercido una influencia beneficiosa en la evo-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

lución de nuestra disciplina. Las enfermeras no han tenido recelo en proponer diversas visiones que reflejen lo esencial de la disciplina. Han considerado las áreas de posible desacuerdo como esenciales para el crecimiento y desarrollo de los conocimientos (Hayne, 1992). La calidad de la formación de profesionales capaces de responder a las exigencias de su misión social no puede más que ser provechosa.

Por otra parte, existe, en las publicaciones, una controversia concerniente al papel y a los modos de integración de los modelos conceptuales en la formación inicial de la enfermera. Adam (1991) y Chaska (1983) creen en la importancia de elaborar, para las enfermeras, programas de formación que tengan como base un modelo conceptual propio de la disciplina enfermera. Por su parte, Fawcett (1989) sostiene que los modelos conceptuales no han demostrado hasta ahora de forma explícita que puedan ser generalizables a todas las experiencias de salud. Según esta autora, es deseable que la enfermera conozca varios modelos durante su formación. En este capítulo, no hemos querido tomar partido en esta controversia, sino más bien ilustrar como una u otra de estas posibilidades puede influenciar la formación.

Según Meleis y Price (1988), una disciplina aplicada gana al inspirarse en diferentes concepciones específicas, siendo esto válido para todos los niveles de formación. Estas concepciones incitan a los estudiantes a precisar las bases conceptuales deseables en vista a una práctica de vanguardia y a asegurarse de comprender la misión social específica de su profesión. Las enfermeras ya no pueden reducir las realidades existenciales de las personas que viven experiencias de salud sólo a los diagnósticos médicos (Bevis, 1991). Los modelos conceptuales y las teorías existen para lanzar desafíos a la práctica y crear nuevos enfoques remodelando la estructura de las reglas y los principios (Chinn y Kramer, 1991). El conocimiento de diversas perspectivas conceptuales y teóricas estimula el pensamiento creativo, guía la enseñanza y la investigación, aumenta el reconocimiento de la contribución científica y facilita la colaboración interdisciplinaria.

La importancia de la utilización de bases conceptuales y teóricas en el aula, como en la práctica, es indiscutible (Meleis, 1987). Los modelos y las teorías ofrecen los términos específicos para hacer más operativos los conceptos centrales de la disciplina y guiar el **cuidado**. Según Meleis y Price (1988), desarrollar un entorno y un contexto que valoricen el pensamiento enfermero y la integración de concepciones y ***teorías*** a todos los niveles de un

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

programa de formación parece ser la forma privilegiada de unir la teoría a la práctica.

Los modelos conceptuales y las teorías pueden estar integradas en todos los niveles de la formación: el grado de complejidad y de sofisticación de la situación clínica se halla directamente unido al nivel de formación. Por ejemplo, en un primer nivel, el análisis de los datos relativos a una situación de cuidado y su interpretación según un modelo conceptual guían el **cuidado** para una o varias personas en un contexto limitado. Los datos empíricos apoyan o matizan esta interpretación, justifican la intervención y guían la evaluación. En un segundo nivel, la adquisición de nuevos conocimientos permite extender el cuidado a la familia, a los grupos o a la comunidad, y esto desde otra perspectiva (p. ej., la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad). En los estudios superiores, los estudiantes están llamados a responder a título de expertos a las necesidades de salud de mayor envergadura, a causa de su complejidad o de la gravedad de sus consecuencias. Es también en los cursos de posgrado en los que el análisis de las situaciones problemáticas conduce a la aplicación del método de investigación científica. En el doctorado, la singularidad de un tema de investigación permite generar nuevos conocimientos científicos, contribuyendo así al avance de la ciencia enfermera (Meleis, 1987).

Algunos programas de formación adoptan un enfoque ecléctico, ofreciendo un pluralismo de modelos conceptuales. Por ejemplo, en un programa determinado, el modelo conceptual de adaptación de Roy guía la enseñanza de los fenómenos de la salud del individuo en el primer año de la formación y el de los fenómenos de la salud de la familia, en el segundo año. En el tercer año, el programa subraya el componente biofísico y psicosocial de la salud y la enfermedad en el individuo y su familia. Los profesores imparten algunos cursos según el modelo de Roy, otros los dan según el modelo de Orem y algunos, según el modelo sistémico de Neuman (Fawcett, 1989).

En la Facultad de Ciencias Enfermeras de la Universidad de Fort Hays, la experiencia demuestra que una formación básica que expone a los estudiantes a diferentes modelos conceptuales facilita el aprendizaje del pensamiento crítico. Estos estudiantes se vuelven progresivamente más creadores en su reflexión y en su práctica buscando nuevas soluciones a los problemas existentes. El conocimiento de diferentes concepciones permite entrever diversos enfoques para el mismo cliente. Las enfermeras estarán,

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

pues, mejor preparadas para tolerar la ambigüedad de ciertas situaciones clínicas y asumir más fácilmente diferentes roles profesionales (Masters, 1988).

En cambio, según Adam (1991), los cursos propios de la formación enfermera deberán idealmente englobar los conceptos específicos de *un* modelo conceptual de la disciplina enfermera, modelo retenido como base conceptual en la organización de esta formación. Por ejemplo, en el caso de las formaciones basadas en el modelo de Virginia Henderson, se hará hincapié en los conceptos de globalidad, de satisfacciones de las necesidades, de independencia en las satisfacciones de las necesidades fundamentales y específicas de la persona, de suplencia, etc. En cuanto a las materias conexas, se escogerán igualmente de acuerdo con la base conceptual de la formación. En la perspectiva del modelo de Henderson, y dada la complejidad de cada necesidad fundamental, los cursos de fisiología, anatomía, antropología, sociología, psicología, filosofía y otros son esenciales para la formación. Los objetivos de la formación en cuidados enfermeros deberán orientarse específicamente a la adquisición de conocimientos del estudiante con intención de desarrollar los medios de suplencia creadores e innovadores, de adquirir la habilidad de reconocer las necesidades específicas del cliente y de aprender a establecer, mantener y terminar una relación de ayuda. Desde esta perspectiva, parece esencial formar los estudiantes para el enfoque sistemático en cuidados enfermeros y para la relación de ayuda (Adam, 1991).

El modelo de McGill permite, en un programa de estudios, insistir en las fuerzas movilizadoras y el potencial de cada familia o grupos sociales en un objetivo de promoción de la salud. Los estudiantes deben así ayudar a cada familia a movilizar sus capacidades y sus recursos y a evaluar su potencial en el momento de transiciones naturales o de desarrollo. Son inducidos a trabajar en colaboración con la familia de forma que comprendan el significado dado a un acontecimiento y puedan medir su impacto sobre los comportamientos de las personas y sobre aquellos que las rodean. El enfoque terapéutico es percibido como un episodio de colaboración en el cual la persona participa activamente en todas las etapas del **cuidado** (Ezer, MacDonald y Pugnaire Gros, 1991).

El modelo sistémico de Betty Neuman, que sustenta diferentes programas de formación en Estados Unidos, propone ciertas estrategias para la formación. Por ejemplo, los cursos están orga-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

nizados según diferentes categorías de factores «estresantes»: fisiológicos, psicológicos, socioculturales, espirituales y relacionados con el desarrollo. Además, los diferentes niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria en función del individuo, de la familia y de la comunidad orientan la secuencia de los cursos ofrecidos y la progresión en el programa de estudios (Mirenda, 1986).

Varias escuelas de formación se adhieren a una visión contemporánea de la disciplina enfermera considerando la entidad persona-entorno, la transmisión de energía y la experiencia humana de salud-enfermedad intersubjetiva. Estos modelos integran el *caring* como un imperativo moral en sus valores educacionales y éticos. Algunos autores han extraído características comunes del *caring*, tales como los descritos por los clientes: la presencia, la disponibilidad, la receptividad, la honestidad y la confianza, la responsabilidad, el tacto, la afectividad, la empatía, la asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas, la intimidad, la expresión de sentimientos, el compromiso y el respeto (Leininger, 1991b; Watson, 1988). Estas características primordiales en la relación enfermera-cliente orientan la elección de cursos y de actividades pedagógicas (Murray y Bevis, 1989).

La experiencia del Caring Center de Denver y de la Facultad de Ciencias Enfermeras de la Universidad de Colorado demuestran la articulación del modelo conceptual de Watson, tanto para la práctica como para la formación. Los estudiantes de enfermería no sólo aprenden lo que es el *caring* con la ayuda de una práctica basada en la concepción, sino que igualmente hacen la experiencia del *caring* en su ámbito de formación. «Viven el *caring* y aprenden lo que es el *caring*» (Lyne y Waller, 1990). Esta concepción apela a la utilización de uno mismo en las relaciones enfermera-cliente y profesor-estudiante. Watson mantiene que cuidar de sí mismo es una condición para cuidar a los demás; acompañar a una persona en una experiencia relacionada con su salud requiere la intersubjetividad (Watson, 1988). El programa de formación está afianzado en las ciencias humanas, las ciencias naturales y las artes. Se trata de un modelo de formación progresista y riguroso, en el cual se restablece una tradición del *caring* según modalidades específicas como los masajes, el toque terapéutico, la utilización de aceites esenciales, la visualización, la relajación, la meditación y la reflexología. Por otro lado, las ciencias biomédicas y la tecnología se compaginan bien tanto con los enfoques de gestión del estrés como con otros enfoques basados en la estética y la sinergia, tales como la música y la terapia por el movi-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

miento (Watson, 1988). Watson (1988) sugiere actitudes que se han de desarrollar en los estudiantes: la flexibilidad, la aceptación, el apoyo incondicional, el tacto, la competencia, la amistad y la capacidad de acompañar la persona en sus decisiones. El *caring* emerge de una filosofía y reside en los gestos que tienen lugar, no sólo entre la persona y la enfermera, sino también entre las enfermeras, los estudiantes, los profesores y los profesionales de otras disciplinas.

Otros imperativos

A la luz de las publicaciones americanas, el Informe del Comité de Estudios sobre el Personal Quebequés en Cuidados Enfermeros (Ministerio de Salud y Servicios Sociales, 1987) indica que en el curso de los años se ha producido una transición desde un enfoque pedagógico centrado en la acumulación de conocimientos a un enfoque que se interesa del mismo modo en la adquisición de procesos tales como el enfoque clínico, la comunicación, el compromiso profesional y la actualización de uno mismo.

El informe ha subrayado la importancia de basar la formación en el desarrollo de la autonomía individual y profesional. Esta autonomía permite, en efecto, una mayor capacidad de autoformación y de puesta al día. Uno de los objetivos importantes de la formación consiste en desarrollar las aptitudes de evaluación crítica que guían los futuros profesionales a ejercer su juicio clínico en vistas a dispensar a los clientes cuidados humanos, eficaces y de bajo coste (Newfeld y Chong, 1984).

La formación ha de permitir evitar las dificultades encontradas por las enfermeras en su práctica. Según algunas encuestas efectuadas a las enfermeras durante los últimos 15 años, estas dificultades están muy unidas al centro de interés de la disciplina y atañen, por ejemplo, a:

1. El reconocimiento de las necesidades de la clientela.
2. El método de resolución de problemas.
3. El establecimiento y mantenimiento de una verdadera relación de ayuda a la clientela.
4. La necesidad de conocimientos en deontología.
5. La intervención autónoma y la imputabilidad a la luz de los resultados.
6. El ejercicio de un rol específico en el equipo multidisciplinario (Asociación de Directores y Responsables de Cuidados En-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

fermeros de Quebec, 1993; Côté, 1979; Directrices de los Programas Universitarios de Ciencias Enfermeras de Quebec, 1982; Dulong, 1980).

Sin embargo, el aprendizaje de las técnicas de cuidados enfermeros constituye una parte importante de la formación. Según Adam (1991), estas técnicas deben ser percibidas como un medio para alcanzar la meta profesional del servicio a la sociedad. Según este punto de vista, es importante sensibilizar a los estudiantes a considerar los cuidados físicos, igual que las técnicas de cuidados, como posibilidades que permiten explorar los aspectos menos tangibles de las necesidades específicas del cliente. La formación debe llevar a los estudiantes a ver más allá de los cuidados físicos, recordando sin cesar que el ser humano constituye una entidad biopsicosocial, espiritual y cultural y que los diversos componentes interactúan continuamente. La tecnología y las técnicas complejas ocupan un lugar cada vez más grande en los cuidados de salud. Watson y Bevis (1990) precisan que los cuidados corren el riesgo de ser deshumanizados. Por consiguiente, estas autoras subrayan que es esencial formar a los estudiantes para que permanezcan atentos a los aspectos humanos e interpersonales de los cuidados con el fin de contrarrestar el creciente aspecto tecnológico.

Finalmente, Stainton, Rankin y Calkin (1989) avanzan que, si la práctica enfermera es la razón de ser de la profesión, la formación es el medio de difusión de los conocimientos necesarios para esta práctica, y la investigación, el instrumento que permite hacer progresar estos conocimientos. La formación debe contribuir a la preparación de enfermeras teorizadoras y de enfermeras investigadoras que puedan consagrarse al descubrimiento y a la organización de los conocimientos en ciencias enfermeras (Bergeron y cols., 1984).

■ EN OTRAS PALABRAS ■

Resumiendo, las enfermeras de mañana deberán dar prueba de madurez, de autonomía y de poseer los valores, las actitudes, los conocimientos y las habilidades intelectuales necesarios para la discusión de las prácticas corrientes y de sus crecientes responsabilidades frente a la sociedad (Sakalys y Watson, 1985). Estas profesionales deberán trabajar en interdisciplinariedad y con un espíritu de complementariedad, de respeto y de confianza con el personal que trabaja en el campo de los cuidados.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A la luz de las publicaciones y las concepciones actuales de los cuidados enfermeros, parece que la formación contemporánea en cuidados enfermeros insiste en la adquisición de aptitudes intelectuales como el análisis, la resolución de problemas, el juicio y el pensamiento crítico, las actitudes, los valores y los principios fundamentales de los cuidados enfermeros, lo mismo que el dominio de los procesos de intervención, más que en la adquisición de hechos y de contenidos específicos. La enfermera que será conveniente formar en el futuro sabrá aceptar las ambigüedades del moderno universo de los cuidados de la salud. Se trata de un universo complejo, un universo fértil en dilemas éticos y morales, en el cual no hay certezas ni soluciones fáciles y evidentes. No obstante, una sola certeza persiste: todo cambia simultáneamente. Transformación, complejidad y simultaneidad recurren a una capacidad de diferir, crear e inventar, de ahí la expresión *design* del **cuidado**.

INVESTIGACIÓN

Nuestra tradición en investigación es joven. Hacia la década de los años 50, las enfermeras americanas recibieron un soporte financiero importante para elaborar de modo tangible sus proyectos de investigación. Este período ha visto nacer institutos y centros de investigación, el número de enfermeras comprometidas en los estudios doctorales ha aumentado y la comunicación de los resultados de investigación ha alcanzado un progreso considerable. No es exagerado subrayar que las enfermeras americanas han marcado la tónica de esta expansión.

Más cercano a nosotros, en los años 60, la puesta a punto de programas de *master* en ciencia enfermera en algunas universidades canadienses ha contribuido a esta expansión de la investigación. Los proyectos de investigación, las subvenciones y las realizaciones de los profesores en ciencia enfermera han mantenido una trayectoria ascendente. Además, la reciente aparición de programas de estudios doctorales en ciencia enfermera da testimonio de una vitalidad y un compromiso duraderos, portadores de los avances de los conocimientos en la disciplina.

Las grandes corrientes del pensamiento y las diversas concepciones (v. caps. 1 y 2) han influenciado el desarrollo de los conocimientos en nuestra disciplina. Como hemos mencionado en el capítulo 1, el objeto de estudio y los parámetros escogidos re-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

flejan, la mayoría de las veces, una filosofía y unas convicciones, y determinan una elección metodológica. Además, las diversas concepciones específicas de la disciplina presentadas en el capítulo 2 ofrecen los marcos de referencia en el sentido en que cada uno propone un ángulo de estudio y unos términos específicos para expresar el objeto de investigación y los parámetros que de él se derivan.

■ **Inspirada en la práctica del *cuidado*, la investigación enfermera apunta al desarrollo de los conocimientos específicos de la disciplina y tiene por finalidad la salud de las poblaciones. La formación difunde los conocimientos esenciales para la práctica, y la investigación los hace progresar.** ■

La búsqueda o investigación científica reside principalmente en los conceptos del centro de interés y en las interrelaciones que de él se desprenden: el **cuidado** a la **persona** que, en interacción con su **entorno**, vive experiencias de **salud**. Por otro lado, aunque el valor científico de las investigaciones en ciencia enfermera sea reconocido, su impacto en el **cuidado** será poco determinante a causa de una difusión y de una aplicación aún modestas en la práctica (Luker, 1992).

Sólo queda constatar que la práctica, la teoría y la investigación están íntimamente unidas (v. fig. 5-1). La práctica interroga y sugiere las hipótesis; la teoría guía la conceptualización de los problemas y los temas de investigación. Los investigadores elaboran los proyectos y efectúan la investigación científica, lo que les permite perfeccionar la teoría existente o contribuir a la elaboración de nuevas teorías. Las enfermeras clínicas prueban estas teorías y, así, la práctica puede ser calificada de «catalítica». La investigación, la teoría y la práctica son, pues, interdependientes; se enriquecen mutuamente y son las fuentes de inspiración y de desarrollo (Bergman, 1990).

La importancia de la investigación efectuada en colaboración con las enfermeras que atienden en diferentes ambientes depende de que el conocimiento no es estático, sino que está unido a un contexto en constante evolución. Los conocimientos generados por la experiencia de las enfermeras constituyen, de alguna manera, la prolongación de la teoría (Benner, 1984). En cambio, la in-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

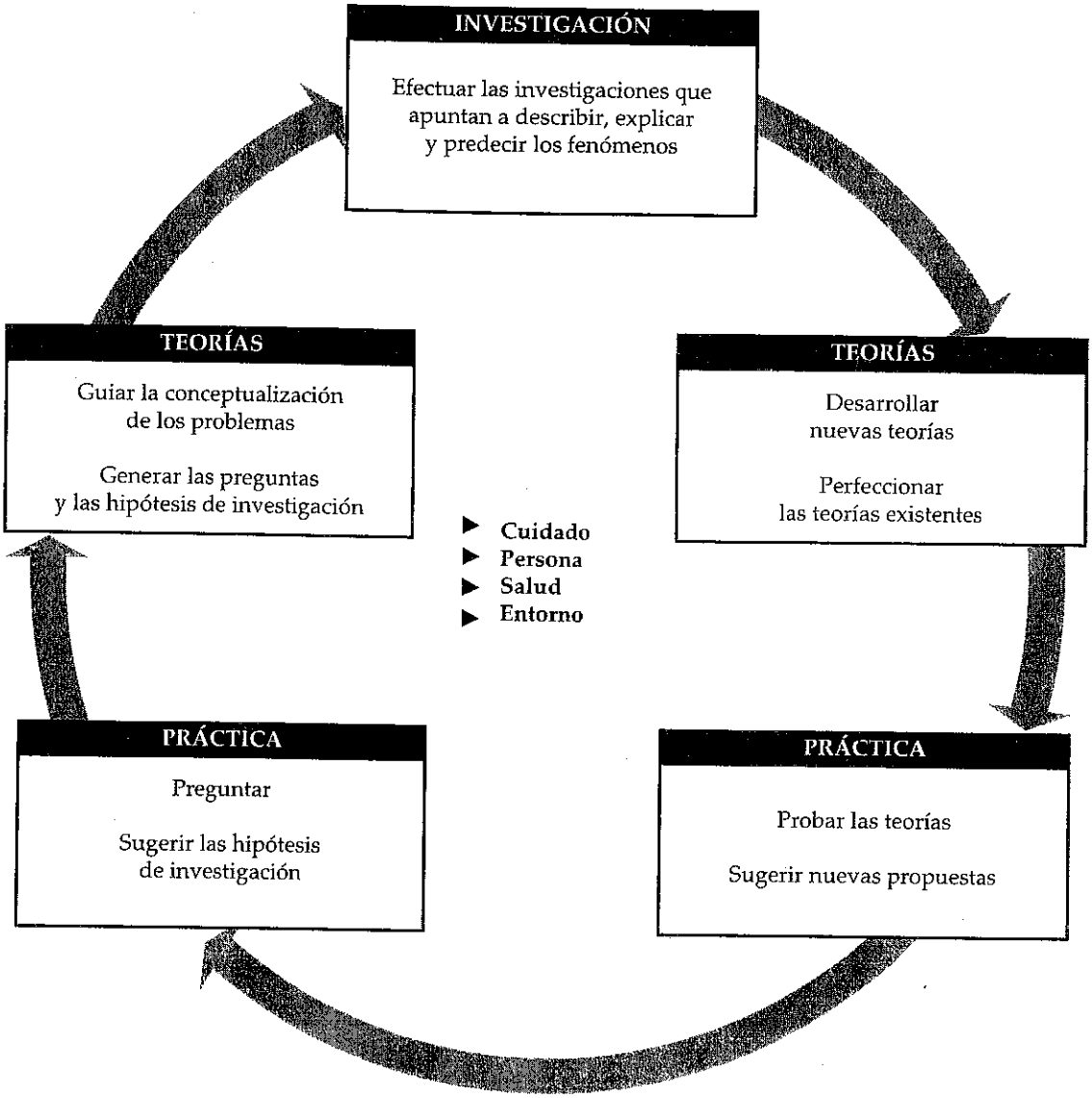


Fig. 5-1. Desarrollo de los conocimientos. (Inspirado y adaptado de L. R. J. Lutjens y M. L. Horan.)

tegración de la teoría enfermera en la investigación permite el resurgir de modelos de cuidados significativos para la práctica (Meleis, 1987). Juntas, la teoría, la práctica y la investigación contribuyen a la ciencia enfermera y sitúan la disciplina entre las disciplinas de la salud (Lutjens y Horan, 1992).

Petitat (1989) subraya la importancia del retorno de la investigación en ciencia enfermera al saber pedagógico de la disciplina (definición de nuevos programas), igual que a la organización y al cumplimiento de cuidados (modificaciones estructurales, nuevas estrategias y técnicas de cuidados, etc.).

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

*[...] la investigación enfermera puede aumentar la autonomía del saber enfermero; en la hipótesis más favorable, vendrá a legitimar las consideraciones sociales y psicológicas en el cuidado de los enfermos, por oposición a las perspectivas estrictamente médicas**.

En el capítulo 1, hemos mencionado que las enfermeras van y vienen, a menudo sin saberlo, entre los diferentes paradigmas. Cuando se trata de investigación, la influencia de las grandes corrientes del pensamiento es muy palpable. El paradigma de la categorización (fig. 1-1, pág. 19) está caracterizado por una filosofía positivista lógica que ha marcado fuertemente el desarrollo del conocimiento enfermero. Esta influencia se encuentra siempre presente. Así, Clarke y Yaros (1988) igual que Norbeck (1991) insisten sobre los métodos cuantitativos de investigación para analizar objetiva y empíricamente las variables preseleccionadas derivadas *a priori* de enunciados teóricos con el fin de determinar las relaciones medibles de causalidad entre diferentes fenómenos de cuidados enfermeros.

Hay teorizadoras que cuestionan la pertinencia de este enfoque. Así, Leininger (1985) afirma que la relación de causalidad es demasiado estrecha para permitir el descubrimiento de particularidades del ser humano y mantenerlas cuando se trata de la promoción de su salud. Lo mismo opina Phillips (1992), quien pretende que el enfoque científico esconda no solamente la globalidad de la realidad cuya existencia conocemos, sino también el espíritu creativo y bien informado de la investigadora; dicho de otra manera, lo que es necesario para la comprensión de la realidad en su conjunto. Según estos autores, el enfoque cuantitativo está limitado a las preguntas de naturaleza empírica y resulta inadecuado e insuficiente para explorar la naturaleza creadora, humanista, expresiva, subjetiva, holística e intuitiva de los cuidados enfermeros. Leininger y Phillips insisten en el descubrimiento de fenómenos y la exploración de sus relaciones según una perspectiva holística. Estos objetivos apelan a métodos que ofrecen una comprensión gestaltista de los significados de una realidad dinámica. La investigación cualitativa no es reduccionista e intenta, ante todo, captar los significados que reflejan la experiencia humana. Así, según esta perspectiva, la realidad es matizada por el contexto, de ahí la expresión *meanings-in-context* (Leininger, 1985). El objetivo de la investigación cualitativa consiste en comprender los fenómenos y generar las teorías.

*Petitat, André. *Les infirmières. De la vocation à la profession*. Les Éditions du Boréal, 1989, pág. 218.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Las definiciones dadas a los conceptos «cuidado», «persona», «salud» y «entorno» según las diversas concepciones presentadas en el capítulo 2 ejercen una influencia sobre el enfoque que la investigación quiere privilegiar. El paradigma de la categorización sugiere que la persona (suma de sus diferentes partes) intenta adaptarse a un entorno que gana al ser manipulado para mantener un equilibrio. En esta perspectiva causal de la realidad, se pone el acento sobre las relaciones entre las diferentes partes. Según este paradigma, la investigación se orienta a comprender las relaciones lineales entre las variables y a privilegiar el control de los factores contextuales. Por otro lado, el paradigma de la integración requiere enfoques de investigación que tienen en cuenta las relaciones que implican numerosos factores unidos a la persona y a su entorno.

En cuanto al paradigma de la transformación, las investigaciones que se sugieren privilegian el significado, para la persona, de la salud en tanto que experiencia y los diversos factores que están relacionados con ella. Según este paradigma, el ser humano es diferente de la suma de sus partes; es una entidad caracterizada por los *patterns* y los cambios mutuos con el entorno (Parse, 1987; Rogers, 1990). Las investigaciones se realizan en un sistema abierto con las menos presuposiciones posibles, ofreciendo así una perspectiva libre de relaciones de causa y efecto, como compresión de la realidad. Doering (1992) mantiene que otras visiones filosóficas no cesan de influenciar a los investigadores en ciencia enfermera. Estas filosofías valorizan la interrelación de los fenómenos naturales y los fenómenos humanos, los conocimientos del holismo y de la intuición así como la calidad de la experiencia humana. El conocimiento intuitivo, como la inferencia cognitiva, la intuición gestaltista y la función precognitiva, se apoya en los elementos no cuantificables de la relación enfermera-cliente.

El valor del conocimiento intuitivo para la ciencia enfermera reposa en la capacidad de predecir los comportamientos basados en los datos a menudo ambiguos y la capacidad de prever las consecuencias (Doering, 1992).

En la disciplina enfermera, la presencia de varios modelos conceptuales es un triunfo envidiable, que ofrece varios ángulos de estudio o varios puntos de partida para la investigación (Adam, 1985). En este sentido, Fawcett (1991) subraya que los modelos conceptuales proponen los fenómenos que se van a investigar. Por ejemplo, una investigadora inspirada por el mode-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

lo sistémico de Dorothy Johnson se preguntará sobre los factores susceptibles de influenciar una alteración de la movilidad física de una persona anciana que vive en un centro de acogida. Guiada por el modelo de Levine, otra investigadora se preguntará sobre los medios que favorecerán el logro de los objetivos fijados para esta persona anciana. Influenciada por el modelo del «ser-hacia-su-actualización» de Parse, otra se preguntará el significado dado por esta persona anciana a la alteración de la movilidad física, y esto, en un momento de la vida en que los esfuerzos para mantener la independencia están valorizados en nuestra cultura. Los modelos conceptuales de la disciplina enfermera ofrecen así las «lentillas» particulares para cada investigación.

Recientes publicaciones se entretienen en discutir la elección de los métodos de investigación que contribuyen al mayor enriquecimiento de los conocimientos en la disciplina enfermera. Más allá de este dilema, queremos subrayar que, en este momento de su evolución, la investigación enfermera puede aprovecharse de una diversidad de opciones, teniendo en cuenta, por ejemplo, el centro de interés y los principios formulados en el capítulo 3. Escoger un método de investigación es más que una elección técnica: es una actividad intelectual, ideológica y política. Como ha subrayado Hayne (1992), creemos que la práctica enfermera es siempre, hasta cierto punto, empírica, pragmática, intuitiva y artística. Es importante actuar en sinergia a pesar de diferentes métodos de investigación, de saborear esta flexibilidad apreciando las paradojas y la sana diversidad que caracteriza la evolución del conocimiento enfermero. La diversidad engendra, a menudo, lo excelente (Hayne, 1992).

EN OTRAS PALABRAS

La investigación enfermera llega a la madurez en el sentido en que se vuelve progresivamente más apta para describir, analizar y explicar los fenómenos unidos a su centro de interés y a los principios que se derivan de éste.

Para aceptar estos desafíos, las investigaciones continúan desarrollando los conocimientos en la base de nuestra disciplina y guiando la práctica de los cuidados humanistas y holísticos. En

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

este sentido, en su análisis epistemológico de la ciencia enfermera, Carper (1978) ha subrayado cuatro tipos de saber. Al saber empírico o científico, la autora añade el saber estético (arte, el personal (de uno mismo y de los demás) y el ético (aspecto moral), vistos como esenciales para la elaboración del conocimiento. Por consiguiente, estos modos de saber unen la práctica y la investigación. Una práctica basada en los conocimientos validados por la investigación contribuirá al reforzamiento del potencial *(empowerment)* deseado (Hayne, 1992). Además, las investigadoras que se inspiran de la práctica recurren a una diversidad de postulados y de métodos que pueden enriquecer el cuerpo de conocimientos en ciencias enfermeras. Es así que las investigaciones orientadas hacia los conceptos centrales y sus interrelaciones contribuyen a la elaboración de *la* ciencia enfermera o al conjunto de saberes empíricos, estéticos, personales y éticos que caracterizan la disciplina misma y constituyen, para el futuro, sus títulos de nobleza.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CAPÍTULO 6

PROPUESTAS PARA LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS

Mélanie Carr-Zeph, Réflexion Photothèque

En este capítulo presentamos las propuestas para la ***gestión de los cuidados enfermeros*** que emergen de las consideraciones precedentes sobre las concepciones y el centro de interés de la disciplina enfermera. Destinamos este texto a toda persona deseosa de conocer lo esencial de la gestión de los cuidados y, en particular, a las numerosas enfermeras que asumen un rol y unas funciones de gestión en los diferentes centros de salud. Queremos acercarnos a la enfermera gestora que tiene responsabilidades de mando jerárquico o de mando asesor, como la directora de cuidados enfermeros o su adjunta, la coordinadora de unidades de cuidados, la coordinadora de evaluación de los cuidados o la de formación continuada, la enfermera-jefe o la jefe de unidad y su asistente, la jefe de equipo o de módulo y, por último, la enfermera gestora de casos.

Tratamos principalmente de los fundamentos dirigidos a mantener y a promover el **cuidado** de la persona, y esto en el contexto de la práctica de la gestión. Las enfermeras gestoras encontrarán elementos esenciales para una práctica administrativa orientada hacia la salud de la persona y del entorno de los cuidados enfermeros. Primeramente proponemos una definición de la gestión de cuidados y seguidamente presentamos las principales características del contexto de la gestión. Igualmente ofrecemos una serie de descripciones dirigidas a mostrar cómo diversas concepciones de la disciplina enfermera pueden guiar la acción de la gestora en cuidados enfermeros. Finalmente, concluimos con una reflexión sobre los enfoques innovadores de gestión centrados en la persona y la transformación de los entornos y de las organizaciones de salud.

DEFINICIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS

Generalmente se reconoce que el rol de una gestora consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de atender, con la mejor eficacia posible, los objetivos de la organización. Este rol también se aplica a la enfermera gestora como a todo otro gestor. La gestora guía su actividad a partir de los conocimientos extraídos de las ciencias de la organización, de la gestión, de la economía y de la política. Las teorías y los principios inherentes a estas disciplinas son, pues, necesarios para la práctica administrativa en cuidados enfermeros. Por otro lado, la enfermera gestora tiene valores, actitudes y comportamientos que traducen una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Meleis y Jen-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

nings (1989) sostienen que la gestión de los cuidados se ejerce no solamente en función de teorías administrativas o prestadas de otras disciplinas, sino igualmente en relación a concepciones propias de la disciplina enfermera; es el **cuidado** de la persona, centro del servicio enfermero, que lo exige. Definimos la especificidad de la gestión de los cuidados en el siguiente recuadro.

■ **La gestión de los cuidados enfermeros es un proceso heurístico dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con intención de mantener y favorecer el *cuidado* de la *persona* que, en interacción con su *entorno*, vive experiencias de *salud*.** ■

La salud y el bienestar de la persona, tanto sea ésta un enfermo, un miembro de la familia, un empleado o un cuidador, están en el centro mismo de la actividad de gestión de cuidados enfermeros. El rol de la enfermera gestora consiste entonces en apoyar al personal cuidador comprometido en los procesos de cambio y de cuidados centrados en las experiencias de salud de los clientes. Dicho de otra manera, la gestión de los cuidados va dirigida a alcanzar el objetivo que busca la práctica enfermera, a través de la acción del personal cuidador. Esta gestión se ejerce según un proceso heurístico, proceso que recurre a la creatividad, a la exploración y a la transformación. Son las concepciones de la disciplina enfermera las que mejor pueden sostener el proceso de gestión dirigido a la movilización del potencial del personal y de los recursos del entorno.

La contribución de la enfermera gestora es única; representa una fuerza indispensable para asegurar los servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de óptima utilización de los recursos disponibles. La enfermera gestora se enfrenta con un gran desafío, el de ejercer su actividad en un entorno marcado por numerosas contrariedades y que presenta diversos obstáculos para un enfoque de gestión dirigido a mantener el **cuidado** de la persona que vive experiencias de salud.

GESTIÓN DE LOS CUIDADOS Y ENTORNO

Administrar cuidados enfermeros requiere, primero, el conocimiento de las múltiples facetas del entorno en el que se sitúa la acción de la gestora y la de las personas cuidadoras. A partir de la década de 1970, con la manifestación de nuevas fuerzas que

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

surgieron de un entorno en rápida evolución, la complejidad de la gestión de los centros de salud no cesa de crecer. La racionalización de los recursos humanos y financieros, los cambios de prioridades, las nuevas leyes y reglamentos, las exigencias de los consumidores más instruidos y más comprometidos, los cambios demográficos y los nuevos perfiles de las necesidades de salud de la población caracterizan nuestro entorno. Por añadidura, la eficacia, rentabilidad, productividad y estabilidad económica forman parte de los objetivos prioritarios de las orientaciones políticas contemporáneas. Todos estos datos constituyen un gran desafío frente a los valores humanos que sostienen la práctrica de los cuidados enfermeros (Chaska, 1983; Christensen, 1988; Miller, 1987; Ray, 1989).

La casi totalidad del personal en cuidados enfermeros trabaja en el seno de un centro de salud, tal como los centros hospitalarios, los centros de acogida y de cuidados de larga duración y los centros de salud comunitaria. Estos centros están administrados según una «mecánica administrativa» a veces muy compleja. A menudo, la estructura social de estos centros gravita alrededor de los principios de la burocracia, como la racionalidad, la impersonalidad, la especialización, la división de las tareas, la elaboración de reglas, de políticas y de procesos administrativos. Estas estructuras pueden ser muy jerárquicas, comprendiendo hasta siete u ocho niveles de autoridad jerárquica. Las relaciones son a menudo de tipo «superior-subordinado» y «dominante-dominado». Algunos autores añaden que se trata de una organización patriarcal y autoritaria (Blair, 1989; Brown, 1991; Dunham, 1989). A menudo, la estructura de la organización y la división del trabajo son establecidas según el enfoque médico del diagnóstico y del tratamiento. Las unidades de cuidados están entonces divididas en función de las especialidades médicas, tales como las unidades de medicina, cirugía, obstetricia, psiquiatría, etc. Igualmente nos damos cuenta de que la práctica médica es generalmente ejercida por hombres y la práctica enfermera, por mujeres (Jennings y Meleis, 1988). Destaca el hecho de que la mayoría de los centros de salud están organizados según el enfoque de la categorización en que las unidades de trabajo están divididas en categorías comprendiendo varios elementos definidos, medibles y ordenados.

■ **La actual estructura de la organización de la mayoría de los centros de salud contrasta con una gestión de cuidados orientada hacia la persona y la transformación.** ■

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Además de la estructura de la organización, múltiples fuentes de poder —los gestores, los médicos, los sindicatos y diversos grupos de profesionales— caracterizan los centros de salud. Este contexto reflejando una «burocracia profesional» presenta el riesgo de conflictos de orden personal y profesional. Numerosos problemas de reconocimiento, estatuto, autonomía, responsabilidad e imputabilidad pueden surgir y agravar las actividades del personal cuidador. Las enfermeras gestoras están destinadas a trabajar en estrecha colaboración con el equipo interdisciplinario, el equipo médico, el equipo de dirección y otros servicios del centro de salud. Relaciones de profesionalidad basadas en la confianza mutua, el respeto y la comprensión del rol de cada uno son esenciales para mantener al personal cuidador y crear el medio favorable para la calidad de los cuidados y la calidad de la vida en el trabajo. La colaboración interdisciplinaria, puesto que es inherente a la práctica enfermera, resulta indispensable para el **cuidado** de la persona que vive experiencias de salud. Las enfermeras gestoras están llamadas a expresar su compromiso con el fin de valorizar la colaboración interdisciplinaria y facilitar la comunicación. Están igualmente llamadas a crear modalidades y prever los mecanismos a fin de mantener la cooperación y la coordinación necesarias para los cuidados de salud dispensados en el equipo intradisciplinario e interdisciplinario. La ausencia de un apoyo administrativo concreto puede diluir todo esfuerzo de trabajo en colaboración (Temkin-Greener, 1983).

En este contexto, añadimos las particularidades del personal de los cuidados enfermeros y la complejidad relativa a su trabajo: un personal numeroso, con predominio femenino, cuyo estatuto está, en gran parte, calcado del estatuto de la mujer en nuestras sociedades; un personal enfrentado a múltiples roles sociales a los que se pueden añadir, a la vez, responsabilidades de esposa, madre, empleada, cuidadora y profesional; equipos de trabajo que a menudo están caracterizados por una gran inestabilidad principalmente en razón del trabajo a tiempo parcial, tasas de movilidad, rotación y absentismo; equipos de trabajo muy heterogéneos con respeto a la formación del personal cuidador, por ejemplo, enfermeras que tienen una formación universitaria avanzada y personal de cuidados con una formación más restringida; una cultura profesional que gravita alrededor de valores humanos como el altruismo, la ayuda, el apoyo, el servicio y el cuidado a los demás; un medio de trabajo donde el personal frecuentemente debe hacer frente a la situación de clientes cuya condición es imprevisible y marcada por crisis físicas y emocionales que a menudo se asocian a la angustia y el dolor; en fin, un per-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

sonal de cuidados enfermeros que trabaja en un medio altamente tecnificado y donde surgen numerosos problemas éticos. (A este propósito, se prevé que los hospitales del siglo XXI serán inmensas unidades de cuidados intensivos [Fagin, 1987; Parse, 1992b] y habrá, según fuentes americanas, un aumento del 22 % de camas de cuidados intensivos entre 1990 y 2000 [Whitw, 1990].)

Lo cierto es que el personal en cuidados enfermeros es el principal recurso de cuidados en los centros de saud y que la gestión de los cuidados requiere la utilización del potencial de cada persona cuidadora para dispensar, lo más eficazmente posible, los cuidados dirigidos a la salud de las diversas clientelas y, por extensión, los de la comunidad. Igualmente nos damos cuenta de que el rol de la enfermera gestora gravita alrededor del liderazgo y de la motivación, dos procesos esenciales para la gestión del entorno social.

El liderazgo permite a la enfermera gestora influir en la acción de las personas cuidadoras en relación a su compromiso personal y de respeto a las personas. Con el fin de promover la aceptación y el respeto del personal, la enfermera gestora está destinada a encarnar y transmitir los valores de cuidados enfermeros. Está destinada igualmente a manifestar los comportamientos de apoyo para con el personal y a reducir los obstáculos para ayudarles a trabajar de manera eficaz. Además, mantiene relaciones de trabajo caracterizadas por la confianza y el respeto de las ideas del personal y por la consideración de sus valores y creencias. Finalmente, la enfermera gestora está llamada a definir y estructurar claramente su rol, igual que el del personal. Estas clarificaciones del rol son necesarias para alcanzar los objetivos de los servicios de cuidados enfermeros.

Se mide la motivación del personal por su participación, por su autonomía y por su «responsabilización». En efecto la motivación y la satisfacción en el trabajo requieren, a su vez, el compromiso, la participación y la acción concertada de las gestoras y del personal cuidador. La enfermera gestora está, pues, llamada a crear un clima de trabajo favorable y constructivo. Posee varios medios a su alcance: hacer participar al personal en las decisiones, pedir la opinión del grupo, mostrarse receptiva a las demandas del personal, reconocer el trabajo bien hecho, compartir la información, diversificar las tareas que se han de cumplir, favorecer la creatividad, promover el espíritu de equipo, fomentar la autonomía y estimular la participación en las actividades de perfeccionamiento (Lalonde y Duquette, 1990). La motivación del personal cuidador parece esencial a un entorno social propicio al **cui-**

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

dado de la persona. La enfermera satisfecha y estimulada por su trabajo podrá comprometerse mejor en los procesos interactivos y terapéuticos dirigidos a favorecer la curación y a promover la salud de las personas.

Resumiendo, el entorno en el que se sitúa la acción de las enfermeras gestoras presenta numerosos desafíos. Pensemos, por ejemplo, en la conciliación de situaciones que pueden parecer paradójicas: la supervivencia financiera del centro y los valores humanos de los cuidados enfermeros, la continuidad de los cuidados y la inestabilidad de los equipos de trabajo, la autoridad jerárquica y la autonomía del personal cuidador, las luchas de poder y la colaboración intra e interprofesional, la estandarización y el respeto a la diversidad, igual que la burocracia y la participación, la impersonalidad de las estructuras y el compromiso hacia la persona, en fin, la tecnología y los valores humanos. De hecho, las enfermeras gestoras actúan en un entorno que, en diversos aspectos, parece lejos del centro de interés de la disciplina enfermera. Varias autoras mantienen, por otro lado, que la cultura organizativa de los centros de salud no es propicia para la práctica de los cuidados enfermeros (Brallier, 1991; Brown, 1991; Dunham, 1989; Gardner, Kelly, Johnson, McCloskey y Maas, 1991; Miller, 1987; Ray, 1989).

■ **Utilizando los recursos disponibles y contemporizando con los límites y contrariedades del entorno, la enfermera gestora está llamada a crear los medios favorables al *cuidado* de la persona y a la calidad de vida del personal.** ■

La gestión de los cuidados está, pues, orientada hacia la **persona**: el cliente, su familia, el personal enfermero y los equipos interdisciplinarios. La gestión se define como un proceso humano y social que gravita alrededor de la infuencia interpersonal y del liderazgo, de la motivación y de la participación, de la comunicación y de la colaboración. La especificidad de la gestión de los cuidados reside, en lo esencial, de la disciplina, es decir, el centro de interés que emerge de las concepciones de la disciplina enfermera.

CONCEPCIONES ENFERMERAS PARA LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS

Las concepciones de la disciplina enfermera son también una consideración útil para las enfermeras gestoras. Sirven de guía para las actividades de la dirección de los cuidados en orden a

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

una contribución única al equipo de dirección del centro. Utilizando el pensamiento enfermero, la enfermera gestora favorece una cultura organizadora centrada en el **cuidado** de la persona. Las concepciones enfermeras sirven de base para una práctica administrativa específica y exclusiva de la gestión de los cuidados (Jennings y Meleis, 1988; Meleis y Jennings, 1989).

En el equipo de dirección de un centro de salud, la dirección de cuidados enfermeros ocupa una posición estratégica. Meleis sostiene que la dirección de los cuidados debe tener una visión clara y explícita de la disciplina enfermera con el fin de contribuir, de manera distinta, a la solución de problemas relativos a los cuidados, a los clientes y al personal. Añade que la dirección de los cuidados tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados según un enfoque conceptual propio de la disciplina enfermera. Efectivamente, la dirección de los cuidados ocupa una posición determinante en la selección de prioridades, la elaboración de políticas, la elección del personal que tenga una formación avanzada en cuidados enfermeros, la implantación de un modelo conceptual para guiar la práctica enfermera, etc. De hecho, la dirección de los cuidados ejerce una influencia considerable sobre la evolución de los cuidados enfermeros en un centro.

Meleis propone a la enfermera gestora diversas estrategias en orden a promover la utilización de concepciones claras y explícitas de la disciplina enfermera. Por ejemplo, la dirección está llamada a suscitar ocasiones para discutir con su personal los valores, los paradigmas, los conceptos y los objetivos de los cuidados enfermeros. La gestora no debe sólo comprender, sino igualmente ayudar a los otros a comprender la contribución de una concepción enfermera para una excelente práctica clínica. Desde esta óptica, la dirección de los cuidados es requerida a apoyar los principios inherentes al **cuidado** de la persona. Así, la intervención terapéutica de la enfermera puede, por ejemplo, utilizar más tiempo que una intervención médica, porque la «tecnología» enfermera difiere de la tecnología médica. La enfermera utiliza la interacción, la relación de ayuda y sus recursos personales; evalúa la globalidad de la situación del cliente, más que restringir sus análisis sólo a los problemas inmediatos.

La dirección de cuidados está llamada a promover los enfoques centrados en la salud más que los centrados en la enfermedad, lo que modificará la elección del sistema de prestación de cuidados, las calificaciones y el número de personal cuidador, las

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

descripciones del puesto de trabajo, las normas y los criterios de calidad de los cuidados, los programas de orientación y de formación continuada, el sistema de promoción y las afectaciones presupuestarias.

La dirección de los cuidados está llamada a estimular y a apoyar la implantación de una concepción de la disciplina enfermera para la práctica enfermera. La utilización de un lenguaje, de símbolos y de conceptos comunes en la práctica clínica contribuye a reforzar el potencial, el compromiso y la identidad profesional de la enfermera.

■ **La adopción de una concepción de la disciplina enfermera para guiar la práctica clínica debe ir acompañada de una práctica administrativa fundamentada en las mismas bases. Es deseable que las enfermeras gestoras y las que trabajan al lado de los enfermos utilicen el mismo lenguaje, los mismos conceptos y la misma visión de los cuidados enfermeros.** ■

Varias teorizadoras han mostrado que las concepciones de la disciplina enfermera se aplican tanto en la práctica administrativa como en la clínica. Mantienen, por lo tanto, que la gestión de los cuidados es una parte integrante de la disciplina enfermera y la práctica administrativa es una de las especialidades de la práctica enfermera. Es por ello que las enfermeras asistenciales y las gestoras están llamadas a utilizar las concepciones de la disciplina enfermera para promover la comunicación y la colaboración en la prestación de los cuidados (Meleis, 1991).

En la siguiente sección, describimos cómo las concepciones de la disciplina enfermera pueden servir de fundamento para la práctica administrativa. Proponemos nuevos caminos para una gestión guiada por el **cuidado** de la persona que vive experiencias de salud.

Recordemos que las concepciones de la disciplina enfermera pueden ser agrupadas en seis escuelas: la escuela de las necesidades, de la interacción, de los efectos deseables, de la promoción de la salud, del ser humano unitario y del *caring*. Describimos cómo las concepciones de Orem, King, Roy, Rogers y Leininger pueden guiar la actividad de la enfermera gestora.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Concepción de Orem

A semejanza de Meleis (1991), hemos clasificado la concepción del autocuidado de Dorothea Orem en la escuela de las necesidades (v. cap. 2). En 1989, Orem habla de su concepción en el contexto de la práctica administrativa. Estipula, en un principio, que la gestión de los cuidados comporta dos dimensiones, la de la gestión y la del cuidado. La dimensión del cuidado requiere que la gestora conozca bien las necesidades de salud de las poblaciones según una perspectiva enfermera y que determine, de una forma continua, las necesidades de salud en lo que concierne a los déficit de autocuidado. En lo referente a la dimensión de la gestión, Orem estipula que la gestora debe asegurar la disponibilidad de los recursos para dar los cuidados específicos a la condición de los clientes. La gestora deberá establecer la calidad y la cantidad de personal y de recursos necesarios para dispensar los cuidados según cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, educar y procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona.

La concepción de Orem podrá guiar igualmente la gestión del personal enfermero. La gestora podrá, por ejemplo, utilizar un enfoque centrado en las necesidades de salud del personal que tenga dificultades o incapacidades con respecto a sus autocuidados asociados al proceso de crecimiento y desarrollo. Además, la gestora podrá prever una estructura de organización, de sistemas de prestación de cuidados y un liderazgo compatibles con un entorno de trabajo favorable al desarrollo de actitudes responsables frente al autocuidado.

■ Orem mantiene que ciertas condiciones son esenciales para una gestión de cuidados basados realmente en una perspectiva enfermera. Las enfermeras gestoras deben tener no solamente un conocimiento renovador de cuidados enfermeros, sino que igualmente deben integrar una visión relativa a los cuidados enfermeros en su práctica. ■

Así, un centro que hace suya la concepción de cuidados enfermeros de Orem en su práctica clínica está igualmente llamado a tener en cuenta los elementos de esta concepción en los instrumentos de gestión. Se puede tratar de la filosofía de cuidado y de gestión, de las prioridades, de las metas u objetivos del servicio de cuidados enfermeros, de las políticas y de los

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

procedimientos de cuidados, lo mismo que de los instrumentos de evaluación de los cuidados y de la calidad del personal enfermero.

Concepción de King

Imogène King, teorizadora de la escuela de la interacción, mantiene que su concepción puede ser muy útil para la práctica administrativa. Para King (1989), las organizaciones constituyen una parte importante del entorno de cada persona. De hecho, este entorno influye sobre los comportamientos del individuo y, a su vez, el individuo influye sobre el entorno. Este postulado se aplica de entrada al rol de la enfermera gestora. Administrar los cuidados enfermeros requiere un conocimiento profundo de los diversos sistemas que componen el entorno y, en particular, del conjunto de las necesidades de salud de los clientes igual que del funcionamiento óptimo de las unidades de cuidados enfermeros.

■ King invita a las gestoras de cuidados a promover la salud de los entornos donde son dispensados los cuidados. Según esta concepción, la salud presupone que las acciones, reacciones, interacciones y transacciones tienen lugar en los tres sistemas: el sistema personal, el interpersonal y el social. ■

King propone tres sistemas interactivos, el sistema personal, interpersonal y social. La percepción, el conocimiento de sí mismo y de los demás, el crecimiento, la autoimagen, los valores y las necesidades de la persona caracterizan el sistema personal. Una percepción coherente entre la enfermera y el cliente o entre el empleado y la gestora facilita la comunicación y la motivación para alcanzar los objetivos de salud. El sistema interpersonal, se define por la interacción, la comunicación y la transacción. Un conocimiento profundo de estos conceptos lleva a la enfermera gestora a comprometerse eficazmente en un proceso de cambio con los diversos actores de los medios de salud. Finalmente, el sistema social concierne al poder, a la autoridad, al control, al estatuto y a la organización. Esta perspectiva social permite a la gestora tomar decisiones acertadas con vistas a una organización de cuidados centrados en la salud y el bienestar de las personas.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Concepción de Roy

Callista Roy (Roy y Anway, 1989), teorizadora de la escuela de los efectos deseables, propone un modelo para la práctica administrativa, el RAMA (Roy Adaptation Model in Administration), inspirándose en su modelo de adaptación para la práctica clínica. Roy postula que una organización está compuesta de subsistemas estimulados por fuerzas internas y externas *(stimuli)*. La organización es considerada como un sistema de adaptación complejo en interacción con el entorno.

Según Roy, la gestión de los cuidados consiste en asegurar la prestación de servicios de calidad a los clientes. Para esto, la enfermera gestora está llamada a promover la adaptación de los sistemas de organización y de sus recursos. La adaptación se produce en cada uno de los cuatro sistemas (modos de adaptación), sea el sistema físico, el sistema del rol, el sistema interpersonal y el sistema interdependiente. Cada sistema agrupa un conjunto de elementos o de fenómenos pertinentes para la práctica administrativa. La gestora entonces evalúa cada uno de los elementos y fija las prioridades. El modelo ayuda a la enfermera gestora a delimitar los problemas de gestión y a proponer las intervenciones específicas y eficaces.

Roy explica que la organización es un sistema de adaptación que recurre a dos fuentes de adaptación: los mecanismos estabilizadores y los mecanismos innovadores. La organización persigue así un doble objetivo, la estabilidad y el cambio. La estabilidad está asegurada por la estructura de la organización, los valores de las enfermeras y las actividades cotidianas para prodigar los cuidados. Cuando los mecanismos estabilizadores funcionan bien, la estabilidad de la organización es mantenida. El cambio, por otra parte, se efectúa para la planificación estratégica igual que para las estrategias dirigidas a afrontar las reacciones cognitivas y emotivas frente al cambio. Cuando los mecanismos innovadores funcionan bien, nuevos objetivos emergen y el crecimiento y desarrollo de la organización están asegurados.

■ **Roy propone una síntesis de las teorías de la adaptación y de los sistemas, que aplica a las organizaciones en cuidados enfermeros. Según Roy, la supervivencia y el crecimiento de la organización están asegurados por la capacidad de adaptación de esta organización a los estímulos internos y externos generadores del cambio.** ■

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

En los medios donde se utiliza el modelo de adaptación de Roy para la práctica clínica, las enfermeras gestoras son invitadas a recurrir al RAMA en su práctica administrativa. Un lenguaje común y una sinergia de pensamiento favorecen la comunicación, la participación y la motivación: éstos son los elementos esenciales para la promoción del bienestar y de la calidad de vida en el trabajo.

Enfermeras canadienses han relatado la experiencia de un centro hospitalario donde el modelo de Roy ha sido implantado a la vez para la práctica clínica y la práctica administrativa (Rogers, Jones-Paul, Clarke, Mackay, Potter y Ward, 1991). En este centro, toda la estructura administrativa ha sido pensada a la luz de los valores, las creencias, los postulados y las metas del modelo de Roy. Así, se han integrado los conceptos y la visión de Roy en los documentos y en los procesos siguientes: la filosofía de los cuidados enfermeros, el enunciado de la misión del servicio de los cuidados enfermeros, los estándares de la práctica enfermera, las descripciones del puesto de trabajo de todos los empleados del servicio de cuidados enfermeros, el proceso y el formulario para la evaluación de la calidad de los empleados y, en fin, el sistema para la evaluación de la calidad de los cuidados. Estos cambios han conducido a un sistema integrado para la práctica enfermera, tanto la de la gestora como la de la enfermera que está al lado del enfermo. Inspirada en la concepción de Roy, la enfermera gestora integra y une explícitamente los conceptos **cuidado, persona, salud** y **entorno** en todos los aspectos de la gestión.

Concepción de Rogers

■ **Según Rogers, la salud de los entornos de cuidados puede ser descrita como la expresión de la armonía y de la sinfonía entre los campos de energía «clientes», «personal cuidador», «gestoras» y «organización».** ■

La concepción de Martha Rogers se sitúa en la escuela del ser humano unitario. Algunos autores (Ference, 1989; Hall-Gueldner, 1989; Raile-Alligood, 1989) sostienen que esta concepción tiene consecuencias importantes en la gestión de los cuidados. La idea central de la concepción de Rogers es la interacción entre el campo de energía «persona» y el campo de energía «entorno».

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Según esta concepción, el primer rol de la enfermera gestora es actuar sobre diversos componentes de la organización, es decir, el entorno en el que ejerce su práctica administrativa. El entorno es descrito como un sistema abierto y un campo de energía en cambio continuo. Este campo de energía está en interacción continua con los campos de energía «personas», «clientes» y «personal». Según los tres principios de la homeodinámica de Rogers, es decir, la resonancia, la helicidad y la integralidad, la enfermera gestora puede favorecer los cambios en el entorno y en los comportamientos de las personas.

Utilizando el principio de la resonancia, que se relaciona con el cambio continuo hacia las más altas frecuencias, la enfermera gestora reconoce las características *(patterns)* de los campos de energía que reflejan el bienestar de los clientes y del personal. Según la concepción de Rogers, el bienestar hace referencia a la realización de uno mismo, a la actualización y al desarrollo humano.

El principio de la helicidad es particularmente útil para la gestión de los cuidados. La autora describe la helicidad como la diversidad creciente y continua de los campos de energía «persona» y «entorno» que se manifiesta por los *patterns* nuevos, innovadores y creadores. La diversidad, la creatividad y el cambio constituyen fenómenos de importancia en la gestión; aseguran el crecimiento, el desarrollo y la vitalidad de la organización. La noción de poder puede igualmente formar parte del principio de helicidad. Entonces el poder es descrito como la participación consciente en el cambio, ejerciéndose la participación en un contexto de información, de libertad, de elección, de compromiso, de responsabilidad y de coraje. Según la perspectiva de Rogers, se supone que cada individuo tiene la capacidad de crear cambios positivos que pueden afectarle a él y afectar a los demás. Esta visión de poder incita a la gestora a crear un clima y un entorno propicio a los cambios positivos; de ahí la importancia de favorecer la información, la formación, la participación, el apoyo y la apertura a los demás.

Finalmente, el principio de globalidad igualmente puede guiar la gestión. La globalidad designa la interacción constante entre los campos de energía «persona» y «entorno». Esto implica, por ejemplo, la existencia de cambios mutuos y recíprocos entre la gestora y la enfermera. Cuando concepciones diferentes guían a la enfermera que está al lado del enfermo y a la gestora, pueden surgir sentimientos de inoportunidad, de incomprensión y

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

de incompatibilidad. Se puede decir que los campos de energía no son de la misma frecuencia o no se sitúan en el mismo espacio-tiempo. Es importante recordar que debe haber coherencia entre el lenguaje y la visión de las gestoras y las personas cuidadoras.

Concepción de Leininger

Recordemos que la concepción del cuidado transcultural de Madeleine Leininger se relaciona con la escuela del *caring*. Según Leininger (1989) el cuidado *(caring)* es la esencia, el fenómeno central, el concepto mayor de los cuidados enfermeros. El cuidado debe ser valorizado, tanto en la práctica clínica como en la práctica administrativa. Leininger afirma que su concepción del cuidado transcultural puede guiar a la enfermera gestora tanto en su actividad cotidiana como en la evaluación sistemática de los resultados esperados de un servicio de cuidados. La práctica enfermera, ya sea clínica o administrativa, favorece entonces los procesos de curación y promueven el bienestar y la salud de las personas. La enfermera gestora es llamada a apoyar la intervención de las personas cuidadoras que se ejerce según tres modos: la conservación, la acomodación y el remodelaje de los cuidados culturales. La enfermera gestora está igualmente requerida a ejercer un liderazgo traduciendo los valores y las actitudes propias del *caring*. Será atenta, respetuosa y solícita con el personal.

La concepción de Leininger incluye igualmente los elementos de diversidad cultural y universalidad. Estas nociones pueden servir para reconocer y evaluar la cultura organizacional de un centro de salud y actuar sobre ella y con ella. Leininger estipula que son necesarios nuevos valores así como nuevos enfoques y estructuras administrativas para mantener y enriquecer nuestras percepciones de realidades multiculturales en los centros de salud. La enfermera gestora es llamada a crear un contexto y un entorno de trabajo favorables para la prestación de cuidados adaptados a la cultura de los clientes y del personal. Esta propuesta incorpora, por otro lado, uno de los principios inherentes al **cuidado** de la persona, el principio relativo a la dignidad y al respeto de la persona.

Según el pensamiento de Leininger, la salud del entorno de cuidados podría ser descrita por los valores, las creencias y las prácticas de cuidados dirigidos a la coherencia cultural.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

■ **Parece que hay dos tipos distintos de gestoras en cuidados enfermeros: «la enfermera gestora» y la «gestora» que ha sido enfermera. Lo que distingue a estos dos grupos es una visión del cuidado enfermero, es decir, un enfoque de *caring* y de actitudes humanistas (Evans, 1991).** ■

Algunas enfermeras aseguran igualmente que las concepciones de la escuela del *caring* pueden guiar la práctica administrativa (Brown, 1991; Miller, 1987; Nyberg, 1989). El *caring* se presenta como la piedra angular de una filosofía que las enfermeras gestoras están llamadas a adoptar. Esta filosofía reconoce el potencial de autonomía, de crecimiento, de desarrollo y de actualización de uno mismo y de los demás. Es un modo de pensar orientado hacia los valores humanistas. La persona «tiene cuidado» de sí misma y de los otros, adoptando comportamientos de confianza, respeto, apoyo, ayuda y empatía. De hecho, la enfermera gestora es requerida a «tener cuidado» tanto del cliente y del personal cuidador como de sí misma. Se trata aquí de un nuevo tipo de «liderazgo» que no sólo puede modificar las actitudes de las personas cuidadoras en consideración a los clientes y favorecer solamente la calidad del **cuidado**, sino también el bienestar de la persona cuidadora y la supervivencia económica del centro de salud.

Añadimos que una práctica de gestión basada en una concepción enfermera produce incidencias no solamente en los valores, las creencias y las convicciones de las enfermeras gestoras, sino también en la actividad de las personas que componen el equipo de dirección de un centro de salud.

ENFOQUES DE GESTIÓN INNOVADORES

■ **En ellos, los parámetros cuantitativos conocidos como la carga de trabajo, la determinación de los efectivos, los ratios «costes-eficacia» parecen insuficientes para lograr los objetivos del centro de salud. Por esta razón importa tener en cuenta el potencial prometedor de las concepciones de la disciplina enfermera que abren la vía a una filosofía de gestión orientada hacia la persona y hacia la transformación de los entornos de trabajo.** ■

Inspirándonos en el centro de interés y en los principios inherentes al cuidado enfermero, presentamos, en la presente sec-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

ción, los caminos innovadores para una gestión de cuidados orientados hacia el **cuidado** de la persona y hacia la transformación de los entornos donde son dispensados los cuidados.

La gestión de los cuidados se inscribe en una constelación de fenómenos y acontecimientos. La característica de la mayoría de centros de salud, las actuales estructuras de la organización, las múltiples fuentes de poder, igual que los valores cuantitativos centrados en la productividad parecen, hoy en día, inadaptados al crecimiento y desarrollo de la organización de los cuidados enfermeros. Numerosos signos de ahogo se hacen sentir. Los recursos financieros que parecen a menudo insuficientes, el personal desmotivado e insatisfecho, las tasas de absentismo y de movilidad creciente y el agotamiento del personal cuidador caracterizan nuestros servicios de salud costosos, pero deshumanizados, centrados en la técnica y la enfermedad. ¿Hemos olvidado a la persona, al cliente, a su familia y a la persona cuidadora? ¿Cuáles son los entornos que pueden apoyar mejor el respeto y la dignidad de las personas, igual que el compromiso y la presencia de la enfermera al lado de las personas que viven experiencias de salud? ¿Cuáles son los medios de cuidados que favorecen los procesos interactivos y terapéuticos dirigidos a mantener, recobrar y promocionar la salud? ¿Cuáles son los enfoques de gestión que, al mismo tiempo, pueden asegurar mejor la calidad del **cuidado** y la vitalidad de la organización.

Los modelos tradicionales de la organización, de la gestión de la economía y de la política deben enriquecerse con las concepciones recientes orientadas hacia la persona, concepciones que se relacionan con el liderazgo, la motivación, la colaboración y la participación. Los conocimientos procedentes de estos modelos se consideran necesarios para la práctica administrativa en cuidados enfermeros.

Aunque necesarias, estas concepciones administrativas son insuficientes; deben ir acompañadas de concepciones de la disciplina enfermera. Es importante un enfoque nuevo que presente una visión de la gestión según una perspectiva enfermera para responder a las necesidades de las personas y de las organizaciones de salud (Neidlinger y Miller, 1990; Roy y Anway, 1989; Smith, 1993). Es el arrumaje del pensamiento enfermero al pensamiento administrativo lo que está en el centro de una gestión enfermera innovadora (Anderson, 1989; Blair, 1989; Gardner, Kelly, Johnson, McCloskey y Maas, 1991). Las enfermeras teorizadoras han propuesto nuevas vías para una gestión guiada por una con-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

cepción explícita de cuidados enfermeros. Estas concepciones sirven de base para una práctica administrativa centrada en el crecimiento de la persona y la mejora de los ámbitos de cuidados. La salud de las personas y de su entorno son el principal centro de interés. De ese modo, la actividad de la enfermera gestora está centrada en la interacción entre la persona y el entorno; va dirigida a mantener y a promover los contextos favorables para el **cuidado** de la persona. El entorno actúa sobre los comportamientos del individuo y, a su vez, el individuo influye sobre el entorno. La enfermera gestora es llamada a utilizar un enfoque heurístico orientado hacia la transformación del entorno y la movilización del potencial y de los recursos de las personas. Varios medios están a su alcance.

Además, es deseable que haya coherencia entre los valores, la filosofía y la visión de los gestores y de las personas cuidadoras. Las enfermeras asistenciales y las gestoras están llamadas a compartir un lenguaje, unos símbolos y unos conceptos comunes. Es importante que las concepciones de la disciplina enfermera sirvan de base a los instrumentos de gestión, tales como los enunciados de la filosofía y de la misión, las políticas, y los procedimientos de cuidados, las descripciones del puesto de trabajo y los formularios de evaluación. La acción de la enfermera gestora puede gravitar alrededor de mecanismos que aseguren a la vez la estabilidad y el cambio necesarios para la adaptación, para el crecimiento y para la salud de los entornos donde son dispensados los cuidados. Su tarea puede igualmente consistir en reconocer los *patterns* de los campos de energía que reflejan el bienestar de los clientes y del personal y para actuar, si es necesario, en ellos y con ellos. Saber ver el potencial de autonomía, de desarrollo y de actualización suyo y de los demás. Con respecto al personal, mantiene comportamientos que inspiran la confianza, la atención, el respeto, el apoyo, la ayuda y la empatía. Es también por su capacidad de trabajar en colegialidad y de apoyar la colaboración de los diversos grupos comprometidos en los cuidados que la enfermera gestora podrá crear ámbitos de cuidados favorables al desarrollo de la persona y a la promoción de la salud.

■ EN OTRAS PALABRAS ■

Hoy en día, se solicita ampliamente a la enfermera gestora que sea eficaz en su gestión de los recursos humanos, financieros y técnicos. Por otro lado, ella interviene en un entorno que,

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

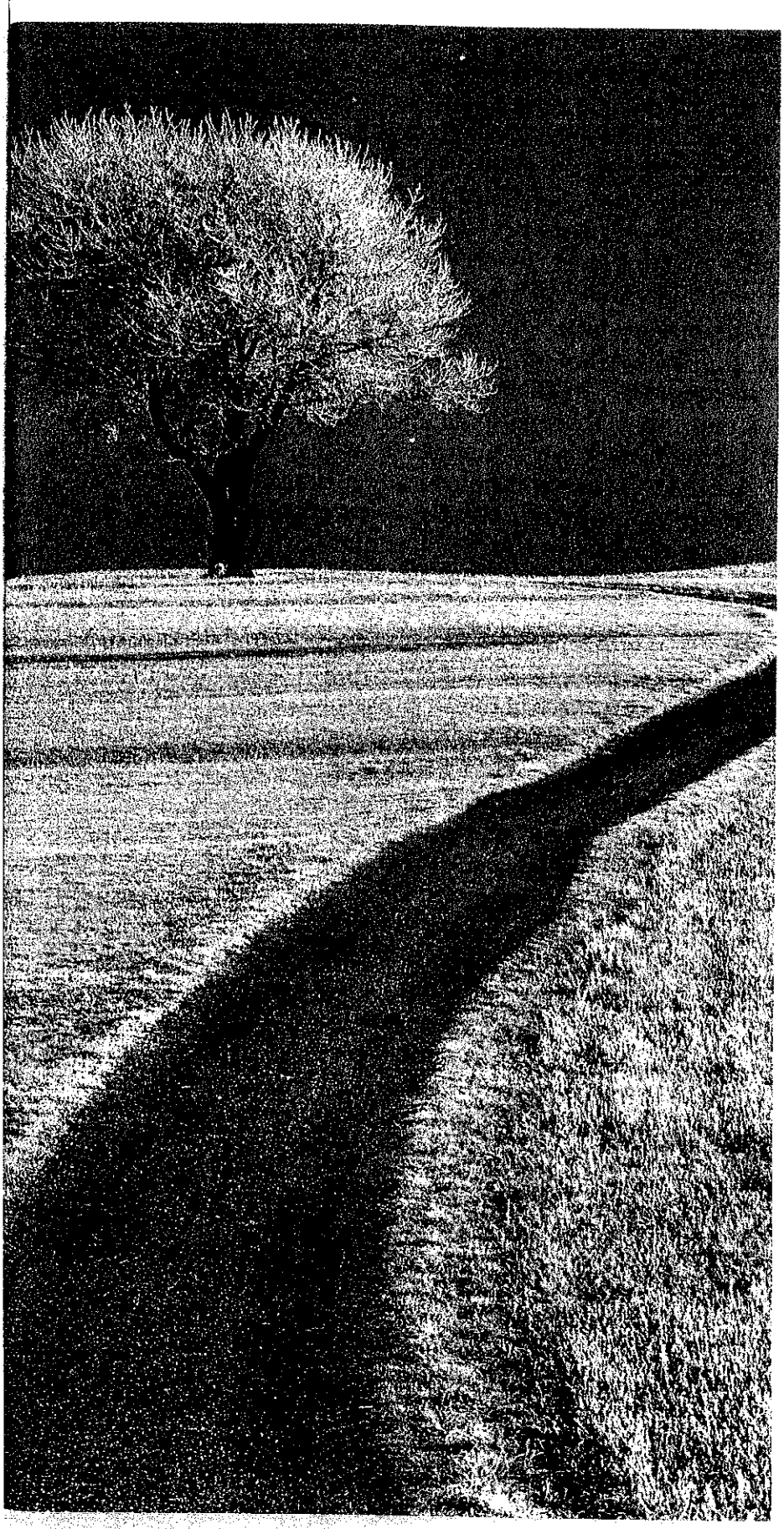
en varios aspectos, está lejos del centro de interés de los cuidados enfermeros. La enfermera gestora está, por consiguiente, llamada a apoyar cambios importantes. Una acción inspirada en una visión explícita de los cuidados enfermeros, en las actitudes y en los comportamientos humanos es la condición que permite crear un medio propicio para el compromiso del personal cuidador y los procesos interactivos y terapéuticos centrados en las experiencias de salud de las personas.

■ **A ejemplo de Florence Nightingale, la enfermera gestora está llamada a responder al desafío de crear entornos de salud nutriéndose de los valores, los conocimientos, la formación y la investigación enfermera.** ■

Sus capacidades de decisión, su apertura a los cambios, su compromiso frente a la salud de las personas y sus enfoques de gestión innovadores son la prueba de un futuro prometedor para el **cuidado** de la **persona** que, en interacción continua con su **entorno**, vive experiencias de **salud**.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

REFLEXIÓN



Gruber-Maurritus, Réflexion Photothèque

El sueño de la casa de salud nos parece no solamente realizable, sino que posee igualmente, según nosotras, el potencial de reflejar una práctica inspirada en el centro de interés de la disciplina enfermera. Explicado simplemente en algunas frases, apela a los valores relacionados con las preocupaciones fundamentales de una disciplina dotada de objetivos socioprofesionales. Es así que las enfermeras han llevado su interés hacia el **cuidado** a la **persona** que, en interacción continua con su **entorno**, vive experiencias de **salud**. Algunos principios extraídos de este centro de interés reflejan a la vez la ciencia y el arte de la disciplina y ofrecen propuestas para la práctica, la formación, la investigación, al igual que para la gestión.

A fin de que nuestro sueño se vuelva realidad, ensalzamos el saber, el compromiso, el reparto, la apertura, la creación y el «poder» del cuidado. El paso del sueño a la realidad descansa en nuestra voluntad de innovar con toda conciencia y de crear un efecto de atracción entre los colegas. A nosotras toca realizar este sueño. Es tarea nuestra innovar en el futuro, en colaboración con la persona, en los entornos favorables a la salud.

Plenamente comprometidas con un paradigma de transformación, nada tiene por qué concluir. ¡Es a nosotras, a quienes corresponde labrar el futuro de nuestra disciplina! ¿Qué será, pues, el cuidado el día de mañana?

El espacio que queda por atravesar no es el mar.
Ninguna ruta es el camino que he de seguir.
Nada, ni el retorno me acoge, ni la partida me libera.
*No es el día siguiente el mismo día que fue ayer.**

*Claudel, Paul. Vers d'exil. *Oeuvre poétique*. Éditions Gallimard.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

GLOSARIO

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Acto de cuidar. Expresión que representa el «qué» y el «cómo» del cuidado. Es el cuidado tal como se da a la persona.

Alma-Ata. Cabo de Kazakhstan, al sur del lago Balkhach, donde tuvo lugar, en 1978, una conferencia internacional organizada por la OMS. En esta conferencia se presentó una declaración sobre la filosofía de los cuidados de salud primarios.

Área. Es lo que abarca una ciencia, un arte, un sujeto, una materia, una especialidad o una competencia.

Arte enfermero. Utilización creadora de la ciencia enfermera que engloba la relación interpersonal, el *design* del cuidado, la manera de ser de la enfermera y el recurso a la estética.

Caring. El término inglés *caring* engloba, a la vez, los aspectos científicos, humanistas, instrumentales y expresivos, así como un significado, elementos todos inseparables unos de otros, en el acto de cuidar.

Categorización. En la evolución de las grandes corrientes del pensamiento, la categorización considera que los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos.

Centro de interés. Campo de estudio propio de la disciplina enfermera explicada según las relaciones entre los conceptos centrales: cuidado, persona, salud y entorno. En la literatura, el campo de estudio hace referencia a la expresión «metaparadigma enfermero».

Ciencia enfermera. Conjunto de saber empírico, estético, personal y ético, resultado de diferentes enfoques metodológicos utilizados para profundizar en el campo del estudio de la disciplina enfermera.

Compasión. Sentimiento y actitud de consuelo y de asistencia frente a las enfermedades manifestadas por otra persona. La compasión y el cuidado son inseparables (Leininger, 1988, página 23).

Competencia. Conocimiento profundizado y reconocido que proporciona un sentimiento de dominio, habilidad para actuar en la complejidad y capacidad de planificar y decidir.

Concepción. Operación por la cual la mente forma una idea o/y un concepto aplicados a un campo (J. Russ: *Diccionario de filosofía*. Bordas, París, 1991). Las concepciones enfermeras describen la disciplina enfermera y precisan así los lazos entre los conceptos «cuidado», «persona», «salud» y «entorno». Presentan los modos de expresar el servicio específico que las enfermeras dan a la sociedad.

Concepto. Representación intelectual, general y abstracta de un fenómeno (objeto, propiedad, acontecimiento), formado de un conjunto de atributos percibidos por la mente. Los conceptos son los componentes de la base de una teoría.

Conceptualización. Formación y organización de ideas y de explicaciones relacionadas con un fenómeno o un grupo de fenómenos. Por ejemplo, la diferencia horaria puede ser conceptualizada por reacciones físicas, como una pérdida de apetito, un cambio de humor o perturbaciones en los hábitos de sueño, observadas en las personas que viajan de un continente a otro (Meleis, 1991).

Cuidados de salud. Se dice del conjunto de las actividades de cuidados dispensados por diferentes profesionales de la salud en respuesta a las necesidades de la persona en materia de salud.

Cuidados integrales. Método de prestación de cuidados según el cual la enfermera es responsable 24 horas por día del conjunto de cuidados prodigados al cliente, desde la admisión hasta su vuelta al domicilio.

Design del cuidado. Más allá del acto de cuidar, el *design* del cuidado es la utilización de diversos procesos, como la reflexión, la integración de creencias y de valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico y la intuición, que permiten crear el cuidado.

Disciplina. Campo de investigación marcado por una perspectiva única, es decir, una manera distinta de ver los fenómenos. Una disciplina profesional recomienda (se refiera a, reivindica) maneras de intervención para la práctica (ciencias enfermeras, medicina, ciencias sociales, etc.) contrariamente a una disciplina teórica que describe o analiza los fenómenos a partir de modelos precisos (filosofía, sociología, etc.), sin intervenir.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Empowerment. La expresión inglesa *empowerment* nos remite al poder que tiene la persona de reforzar su potencial, de concienciarse y de transformarse, y esto en una perspectiva de crecimiento.

Estética. Ciencia de lo bello en la naturaleza y el arte; una de las formas del saber enfermero que corresponde al arte (Carper, 1978).

Ética. Rama de la filosofía que se interesa por los principios fundamentales y los conceptos de base que están o deberían estar en el pensamiento y la actividad humanos unidos a un campo particular; una de las formas de saber enfermero que corresponde al conocimiento moral (Carper, 1978).

Fenómeno. Representación de una realidad (situación, proceso o grupo de acontecimientos) percibidos o sentidos de manera consciente, y bajo varias facetas.

Fenomenología. Enfoque y método de investigación que permite explorar y describir un fenómeno que aparece en la conciencia de la persona que realiza la experiencia. El investigador toma conciencia de lo que es tenido como experiencia con relación al fenómeno y la coloca entre paréntesis con el fin de tener acceso a su esencia y significado.

Filosofía. Orientación, manera habitual de abordar la vida: posición general con relación a la naturaleza de las cosas y del mundo; disciplina teórica que comprende la axiología (ética y estética), la epistemología (estudio del conocimiento), la metafísica (ontología y cosmología) y la lógica. La filosofía de una ciencia guía los valores que son la base del desarrollo de una disciplina (Meleis, 1991).

Gestión centralizada. En el contexto de una unidad de cuidados, la gestión centralizada significa que una sola persona, circunstancialmente la supervisora, ejerce el poder de decisión y control de todas las actividades de cuidados.

Gestión de casos. Método de prestación de los cuidados según el cual la enfermera tiene la total responsabilidad de coordinar todos los cuidados dispensados a un grupo pequeño de pacientes desde su admisión hasta su seguimiento en la comunidad.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Gestión de cuidados enfermeros. Proceso heurístico dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con el propósito de sostener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción continua con su entorno, vive la experiencia de la salud.

Heurístico. Proceso que recurre a la creatividad, al descubrimiento y a la transformación en la integración de los diversos elementos de una situación; la gestión clínica es un proceso heurístico.

Humanismo. Movimiento intelectual que ha caracterizado el Renacimiento y que ahora se considera como un principio según el cual las dimensiones subjetivas de la experiencia humana son esenciales para el conocimiento de la persona y su valorización.

Integración. En la evolución de las grandes corrientes del pensamiento, la integración reconoce los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integra el contexto específico en el cual se sitúa este fenómeno.

Interdisciplinario. Calificativo que designa el compromiso hacia el logro de objetivos comunes por parte de las personas que intervienen desde diversas disciplinas y trabajan en colaboración. Los miembros de un equipo evolucionan desde la multidisciplinariedad, es decir, un interés compartido por varias disciplinas, hasta la interdisciplinaridad.

Intuición. Forma de conocimiento no fundamentado sobre la inferencia; capacidad de prever las consecuencias y descubrir los comportamientos a partir de datos generalmente ambiguos.

Lineal. Calificativo dado a un fenómeno cuyos elementos se siguen los unos a los otros, en una secuencia ordenada.

Metaparadigma. Perspectiva de conjunto de una disciplina. El metaparadigma enfermero precisa los conceptos centrales de la disciplina e intenta explicar sus relaciones (v. *Centro de interés*).

Metateoría. La metateoría es la discusión de los aspectos generales de una o varias teorías con el objetivo de aclarar su posible contribución al desarrollo de la ciencia enfermera. Las enfermeras metateorizadoras discuten el desarrollo del conocimiento en ciencias enfermeras.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Modelo conceptual. Representación abstracta que explica una perspectiva de la disciplina enfermera, es decir, una concepción que guía la práctica, la investigación, la formación y la gestión de los cuidados. El modelo conceptual clarifica la contribución o razón de ser de las enfermeras y el objetivo del servicio que prestan a la población (Adam, 1991).

Ontología. Calificación que se refiere a la naturaleza, al corazón y a la misma esencia de un fenómeno o de la existencia. Los principios ontológicos de la disciplina son los que reúnen su centro de interés.

Paradigma. Corriente de pensamiento y manera de ver y comprender el mundo que influyen en el desarrollo del saber y de la habilidad en el seno de las disciplinas.

Pattern. Reacciones, comportamientos, manifestaciones o acontecimientos que tienden a volver de manera repetitiva y según una secuencia designada, en un lapso de tiempo.

Postulado. Proposición reconocida como verídica sin demostración.

Principio. Aspecto fundamental y primera noción que describe, en parte, la esencia de un fenómeno y que ha trazado su carácter original.

Profesión. Servicio especializado, caracterizado por la competencia, la autonomía, la responsabilidad y la colaboración, y que responde a los objetivos sociales.

Sistema de equipo. Método de prestación de cuidados enfermeros basado en una división de las tareas según las competencias y las habilidades de los miembros del equipo compuesto por auxiliares de enfermería y enfermeras bajo la responsabilidad de una enfermera nombrada jefe de equipo.

Sistema funcional. Método de prestación de los cuidados enfermeros que pone el acento en la especialización de la tarea y fragmenta los cuidados en varias tareas repartidas entre el personal de enfermería.

Sistema modular. Método de prestación de cuidados enfermeros que postula los cuidados individualizados prodigados a un pequeño grupo de clientes por un personal de cuidados tam-

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

bién poco numeroso, en un sector geográfico llamado módulo. Un módulo puede agrupar de 6 a 12 clientes.

Taylorismo. Método de organización racional del trabajo industrial llamado también «trabajo en cadena» instaurado por Frederick Taylor (1856-1915), ingeniero y economista americano. Este método está caracterizado por la división de las tareas, la especialización y la supresión de gestos inútiles.

Teoría. Conjunto de enunciados y proposiciones, formados por conceptos y relaciones entre estos conceptos, organizados de manera coherente y sistemática que tiende a describir, explicar o predecir un fenómeno. Las teorías enfermeras tienden a describir, explicar y predecir los fenómenos de interés para la disciplina.

Transformación. En la evolución de las grandes corrientes del pensamiento, la transformación considera que un fenómeno es único, en interacción recíproca y simultánea con el mundo que lo envuelve y que, por eso mismo, lo puede transformar.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

BIBLIOGRAFÍA

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Adam, E. (1985). «Toward More Clarity in Terminology: Frameworks, Theories and Models», *Journal of Nursing Education*, 24(4), p. 151-155.

Adam, E. (1991). *Être infirmière. Un modèle conceptuel*, 3e éd., Montréal, Études Vivantes.

Adler, A. (1935). *The Fundamental Views of Individual Psychology*, dans L. Ansbacher, R. R. Ansbacher (Eds.), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, New York, Harper.

Allan, J. D., Hall, B. A. (1988). «Challenging the Focus on Technology: A Critique of the Medical Model in a Changing Health Care System», *Advances in Nursing Science*, 10(3), p. 22-34.

Allen, D., Benner, P., Diekelman, N.L. (1986). Three Paradigms for Nursing Research: Methodological Implications, *in* P.L. Chinn (Ed.) *Nursing Research Methodology: Issues and Implementation*, p. 23-38, Rockville, MD: Aspen Publication.

Anderson, J. E., Briggs, L. L. (1988). «Nursing Diagnosis: A Study of Quality and Supportive Evidence», *Image*, 20(3), p. 141-144.

Anderson, J. E., Elfert, H. (1989). «Managing Chronic Illness in the Family: Women as Caregivers», *Journal of Advanced Nursing*, 14, p. 735-745.

Anderson, R. (1989). «A Theory Development Role for Nurse Administrators», *The Journal of Nursing Administration*, 19(5), p. 23-29.

Association des directeurs et responsables des soins infirmiers du Québec (1993). *L'évolution des soins infirmiers au Québec: pour une dynamique d'amélioration continue*. Montréal.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (1991). *Code de déontologie de la profession infirmière*, Ottawa, AIIC.

Baggs, J. G., Schmitt, M. H. (1988). «Collaboration Between Nurses and Physicians», *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20(3), p. 145-149.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*, New Jersey, Prentice-Hall.

Barnard, K. E. (1980). «Knowledge for Practice: Directions for the Future», *Nursing Research*, 29(4), p. 208-212.

Barrett, E. A. M. (1988). «Using Rogers's Science of Unitary Human Beings in Nursing Practice», *Nursing Science Quarterly*, 1(2), p. 50-51.

Barrett, E. A. M. (1990). *Rogers's Science-Based Nursing Practice*, dans E. A. M. Barrett (Ed.), *Visions of Rogers's Science-Based Nursing*, New York, National League of Nursing (Nº 15-2285) p. 31-44.

Benner, P. (1984). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, Don Mills, Ont., Addison-Wesley.

Benner, P., Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*, Don Mills, Ont., Addison-Wesley.

Bergeron, F., Bouchard, L., Ducharme, F., Kérouac, S., Pepin, J., Taggart,

MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

M. E., Thibaudeau, M. F. (1984). *Après 50 ans de formation infirmière universitaire: le point*, Montréal, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Bergman, R. (1990). *Interrelations Between Nursing Theory, Research, Practice and Education*, dans *International Nursing Research Round Table Proceedings Book*, Utrecht, University of Utrecht.

Bernard, J. (1990). *De la biologie à l'éthique*, Paris, Buchet, Chastel.

Bevis, O. (1991). A *Symphony of Caring: Shared Visions and Eloquent Futures for Nursing Education and Practice*, dans P. L. Chinn (Ed.), *Anthology on Caring*, New York, National League of Nursing, p. 81-97.

Blair, E. (1989). «Nursing and Administration: A Synthesis Model», *Nursing Administration Quarterly*, 13(2), p. 1-11.

Bowers, B. J. (1987). «Intergenerational Caregiving: Adult Caregivers and Their Aging Parents», *Advances in Nursing Science*, 9, p. 20-31.

Boyd, C., Mast, D. (1989). *Watson's Model of Human Care*, dans J. J. Fitzpatrick, A. L. Whall (Eds.), *Conceptual Models of Nursing: Analysis and Application*, 2e éd., Norwalk, Appleton & Lange, p. 371-383.

Brallier, M. F. (1991). «Concept and Theory Identification in Nursing Service Administration», *Nursing Administration Quarterly*, 15(3), p. 79-80.

Brooks, J. A., Kleine-Kracht, A. E. (1983). «Evolution of a Definition of Nursing», *Advances in Nursing Science*, 5(4), p. 51-85.

Brown, C. L. (1991). *Caring in Nursing Administration: Healing Through Empowering*, dans D. A. Gaut, M. M. Leininger (Eds.), *Caring: The Compassionate Healer*, New York, National League of Nursing, N° 15-2401, p. 123-133.

Calkin, J. D. (1988). *Specialization in Nursing Practice*, dans A. J. Baumgart, J. Larsen (Eds.), *Canadian Nursing Faces the Future*, St. Louis, The C.V. Mosby Company, p. 279-285.

Capra, F. (1982). *The Turning Point: Science, Society and the Rising Culture*, New York, Simon & Schuster.

Carper, B. A. (1978). «Fundamental Patterns of Knowing in Nursing», *Advances in Nursing Science*, 1(1), p. 13-23.

Chamberlin, R. T. (1986). *Peer Review: Definitions*, dans J. E. Steel (Ed.), *Issues in Collaborative Practice*, Orlando, Grune & Stratton Inc., p. 113-125.

Chaska, N. L. (1983). *Theories of Nursing and Organizations: Generating Integrated Models for Administration Practice*, dans N. L. Chaska (Ed.), *The Nursing Profession: A time to Speak*, New York, McGraw-Hill, p. 720-731.

Chavigny, K. H. (1988). «Coalition Building Between Medicine and Nursing», *Nursing Economics*, 6(4), p. 179-183, 204.

Chick, N., Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*, dans

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

P. L. Chinn (Ed.), *Nursing Research Methodology. Issues and Implementation*, Rockville, MD, Aspen Publication, p. 237-257.

Chinn, P. L. (1989). «Nursing Patterns of Knowing and Feminist Thought», *Nursing and Health Care*, 10(2), p. 71-75.

Chinn, P. L., Kramer, M. K. (1991). *Theory and Nursing*: A *Systematic Approach*, 3e éd., St. Louis, The C.V. Mosby Company.

Christensen, P. J. (1988). «An Ethical Framework for Nursing Service Administration», *Advances in Nursing Science*, 10(3), p. 46-55.

Church, O. M. (1990). *New Knowledge From Old Truths*: *Problems and Promises of Historical Inquiry in Nursing*, dans J. C. McCloskey, H. K. Grace (Eds.), *Current Issues in Nursing*, 3e éd., St. Louis, The C.V. Mosby Company, p. 94-98.

Clarke, P. N., Yaros, P. S. (1988). «Commentary: Transitions to New Methodologies in Nursing Science», *Nursing Science Quarterly*, 1(4), p. 147-149.

Clay, T. (1992). «Education and Empowerment: Securing Nursing Future», *International Nursing Review*, 39(1), p. 15-18.

Cody, W. K., Mitchell, G. J. (1992). «Parse's Theory as a Model for Practice: The Cutting Edge», *Advances in Nursing Science*, 15(2), p. 52-65.

Collière, M. F. (1980). «Les soins de santé primaires... une expression à la mode?... ou une option sociale, économique et politique?», *Ouvertures*, 20(4), p. 1-9.

Collière, M. F. (1986). «Invisible Care and Invisible Women as Health Care-Providers», *International Journal of Nursing Studies*, 23(2), p. 95-112.

Conseil international des infirmières (1989). *Code de l'infirmière. Principes déontologiques appliqués aux soins infirmiers*, Genève, Suisse, CII.

Conseil provincial des affaires sociales (1987). *Colloque du Conseil provincial des affaires sociales sur l'avenir des prêposé-e-s aux bénéficiaires, infirmières et infirmiers auxiliaires, infirmières et infirmiers. Document d'appui et Rapport-synthèse des ateliers. Centre Sheraton*, Montréal, 23-24-25 novembre 1987.

Cooper, M. C. (1989). «Gilligan's Different Voice: A Perspective for Nursing», *Journal of Professional Nursing*, 5(1), p. 10-16.

Côté, M. (1979). *Les infirmières et infirmiers québécois: leurs attitudes, leurs attentes et leur satisfaction professionnelle*, Montréal, Secor Inc.

Criddle, L. (1993). «Healing From Surgery: A Phenomenological Study», *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 25(3), p. 208-213.

Cull-Wilby, B. L., Pepin, J. I. (1987). «Towards a Coexistence of Paradigms in Nursing Knowledge Development», *Journal of Advanced Nursing*, 12(4), p. 515-521.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Devereux, P. M. (1981a). «Essential Elements of Nurse-Physician Collaboration», *The Journal of Nursing Administration*, 11(5), p. 19-23.

Devereux, P. M. (1981b). «Does Joint Practice Work?», *The Journal of Nursing Administration*, 11(6), p. 39-43.

Devereux, P. M. (1981c). «Nurse/Physician Collaboration: Nursing Practice Considerations», *The Journal of Nursing Administration*, 11(9), p. 37-39.

Dictionnaire du français plus (1988). Montréal, Centre Éducatif et Culturel.

Diers, D. (1986). «To Profess-To Be a Professional», *Journal of Nursing Administration*, 16(3), p. 25-30.

Directrices des programmes universitaires de sciences infirmières du Québec (1982). *La formation infirmière au Québec* (mémoire présenté au ministre de l'Éducation du Québec).

Doering, L. (1992). «Power and Knowledge in Nursing: A Feminist Post Structuralist View», *Advances in Nursing Science*, 14(4), p. 24-33.

Dolan, J. A., Fitzpatrick, M. L., Herrmann, E. K. (1983). *Nursing in Society: A Historical Perspective*, 15e éd., Philadelphia, W. B. Saunders Company.

Donaldson, S. K., Crowley, D. M. (1978). «The Discipline of Nursing», *Nursing Outlook*, 26(2), p. 113-120.

Dufresne, J. (1992, 23 mai). «Le sommet de la Terre (3): vivre avec la Terre», *La Presse*, p. B3.

Dulong, C. (1980). *Description actuelle et prévisible de la fonction de travail de l'infirmière. Rapport de consultation*, Québec, Direction générale de l'enseignement collégial au ministre de l'Éducation.

Dunham, J. (1989). «The Art of Humanistic Nursing Administration: Expanding the Horizons», *Nursing Administration Quarterly*, 13(3), p. 55-66.

Duquette, A., Sandhu, B. K., Kérouac, S., Rouillier, L. (1992). «La gestion de cas. Questions de soins ou de coûts?», *Nursing Québec*, 12(5), p. 31-37.

Durozoi, G., et Roussel, A. (1987). *Dictionnaire de philosophie*, Paris, Nathan.

Dussault, G. (1990). «Les déterminants de l'efficacité de la multidisciplinarité», *Le Gérontophile*, 12(2), p. 3-6.

Ellis, R. (1982). «Conceptual Issues in Nursing», *Nursing Outlook*, 30(7), p. 406-410.

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and Society*, 2e éd, New York, W.W. Norton.

Evans, C. (1991). *Teaching Care as the Essence of Nursing Administration*, dans D. A. Gaut, M. M. Leininger (Eds.), *Caring: The Compassionate Healer*, New York, National League of Nursing, N° 15-2401, p. 167-176.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Ezer, M., MacDonald, J., Pugnaire Gros, C. (1991). «Follow-up of Generic Master's Graduates: Visibility of a Model of Nursing in Practice». *The Canadian Journal of Nursing Research*, 23(3), p. 9-20.

Fagin, C. M., Diers, D. (1983). «Nursing as a Metaphor», *The New England Journal of Medicine*, 309(2), p. 116-117.

Fagin, C. M. (1987). «The Visible Problems of an "Invisible" Profession: The Crisis and Challenge for Nursing», *Inquiry*, 24(2), p. 119-126.

Fawcett, J. (1984). «The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements», *Image: The Journal of Nursing Scolarship*, 16(3), p. 84-89.

Fawcett, J. (1989). *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*, 2e éd., Philadelphia, F. A. Davis.

Fawcett, J. (1991). «Approaches to Knowledge Development in Nursing», *The Canadian Journal of Nursing Research*, 23(4), p. 23-34.

Fawcett, J. (1992). «Conceptual Models and Nursing Practice: The Reciprocal Relationship», *Journal of Advanced Nursing*, 17(2), p. 224-228.

Ference, H. M. (1989). *Nursing Science Theories and Administration*, dans B. Henry, C. Arndt, M. DiVicenti, A. Marriner-Tomey (Eds.), *Dimensions of Nursing Administration: Theory, Research, Education, Practice*, Boston, Blackwell Scientific Publications, p. 121-131.

Ferguson, M. (1981). *Les enfants du Verseau: pour un nouveau paradigme*, Paris, Calmann-Lévy.

Flaskerud, J. H., Halloran, E. J. (1980). «Areas of Agreement in Nursing Theory Development», *Advances in Nursing Science*, 3(1), p. 1-7.

Flew, A. (Ed.) (1984). *A Dictionary of Philosophy (Revised Second Edition)*, New York, St. Martin's Press.

Fontaine, L. (1984). «Les soins à la population, une nouvelle approche s'impose», *Nursing Québec*, 4(6), p. 16-21.

Fulton, J. S. (1987). «Virginia Henderson: Theorist, Prophet, Poet», *Advances in Nursing Science*, 10(1), p. 1-9.

Gardner, D. L., Kelly, K., Johnson, M., McCloskey, J. C., Maas, M. (1991). «Nursing Administration Model for Administrative Practice», *Journal of Nursing Administration*, 21(3), p. 37-41.

Gaut, D. A., Leininger, M. M. (Eds.) (1991). *Caring: The Compassionate Healer*, New York, National League of Nursing, Nº 15-2401.

Gillon, R. (1986). «Nursing Ethics and Medical Ethics», *Journal of Medical Ethics*, 12(3), p. 115-116, 122.

Gortner, S. R. (1983). «The History and Philosophy of Nursing Science and Research», *Advances in Nursing Science*, 5(2), p. 1-8.

MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Gottlieb, L., Rowat, K. (1987). «The McGill Model of Nursing: A Practice-Derived Model», *Advances in Nursing Science*, 9(4), p. 51-61.

Hagey, R. S., McDonough, P. (1984). «The Problem of Professional Labeling», *Nursing Outlook*, 32(3), p. 151-157.

Hall-Gueldner, S. (1989). *Applying Rogers's Model to Nursing Administration: Emphasis on Client and Nursing*, dans B. Henry, C. Arndt, M. DiVicenti, A. Marriner-Tomey (Eds.), *Dimensions of Nursing Administration: Theory, Research, Education, Practice*, Boston, Blackwell Scientific Publications, p. 113-119.

Hayne, Y. (1992). «The Current Status and Future Significance of Nursing as a Discipline», *Journal of Advanced Nursing*, 17, p. 104-107.

Helson, H. (1964). *Adaptation-Level Theory: An Experimental and Systematic Approach to Behavior*, New York, Harper & Row.

Henderson, V. (1964). «The Nature of Nursing», *American Journal of Nursing*, 64(8), p. 62-68.

Henderson, V. (1966). *The Nature of Nursing: A Definition and its Implications for Practice, Research and Education*, New York, Macmillan.

Henderson, V., Nite, G. (1978). *Principles and Practice of Nursing*, 6e éd., New York, Macmillan.

Henry, B., Woods, S., Nagelkerk, J. (1990). «Nightingale's Perspective of Nursing Administration», *Nursing and Health Care*, 11(4), p. 201-206.

Huffman-Splane, V. (1984). «Fashioning the Future», *Nursing Papers*, 16(3), p. 12-25.

Jennings, B. M. (1987). «Nursing Theory Development: Successes and Challenges», *Journal of Advanced Nursing*, 12(1), p. 63-69.

Jennings, B. M., Meleis, A. I. (1988). «Nursing Theory and Administrative Practice: Agenda for the 1990's», *Advances in Nursing Science*, 10(3), p. 56-69.

Johnson, J. L. (1991). «Nursing Science: Basic, Applied, or Practical? Implications for the Art of Nursing», *Advances in Nursing Science*, 14(1), p. 7-16.

Johnson, M. B. (1990). «The Holistic Paradigm in Nursing: The Diffusion of an Innovation», *Research in Nursing and Health*, 13(2), p. 129-139.

Johnston, R. L. (1989). *Orem's Self Care Model for Nursing*, dans J. J. Fitzpatrick, A. L. Whall (Eds.), *Conceptual Models of Nursing: Analysis and Application*, 2e éd., Norwalk, CT, Appleton & Lange, p. 165-184.

Kérouac, S., Duquette, A., Sandhu, B. K. (1990). «Les systèmes de prestation des soins», *L'Infirmière Canadienne*, 86(6), p. 39-42.

Kérouac, S., Duquette, A., Sandhu, B. K. (1992). *Système pour dispenser*

MASSON. S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

des soins infirmiers, Montréal, Faculté des Sciences Infirmières, Université de Montréal.

King, I. M. (1989). *King's Systems Framework for Nursing Administration*, dans B. Henry, C. Arndt, M. DiVicenti, A. Marriner-Tomey (Eds.), *Dimensions of Nursing Administration: Theory, Research, Education, Practice*, Boston, Blackwell Scientific Publications, p. 35-45.

Kitson, A. L. (1987). «A Comparative Analysis of Lay-Caring and Professional (Nursing) Caring Relationship», *International Journal of Nursing Studies*, 24, p. 155-165.

Koerner, B. L., Cohen, J. R., Armstrong, D. M. (1986). «Professional Behavior in Collaborative Practice», *Journal of Nursing Administration*, 16(10), p. 39-43.

Kravitz, M., Frey, M. A. (1989). *The Allen Nursing Model*, dans J. J. Fitzpatrick, A. L. Whall (Eds.), *Conceptual Models of Nursing: Analysis and Application*, 2e éd., Norwalk, Appleton & Lange, p. 313-329.

Kuhn, T. S. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*, 2e éd., Chicago, The University of Chicago Press.

Lalonde, M., Duquette, A. (1990). «La motivation du personnel soignant, programme d'intervention», *Nursing Québec*, 10(5), p. 42-46.

Lambert, C. (1992). «L'acquisition des compétences morales», *Nursing Québec*, 12(3), p. 65-69.

Leininger, M. M. (Ed.) (1981). *Caring: An Essential Human Need*, New Jersey, Charles B. Slack.

Leininger, M. M. (1985). *Qualitative Research Methods in Nursing*, Orlando, FL, Grune & Stratton.

Leininger, M. M. (1988a). «Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality», *Nursing Science Quarterly*, 1(4), p. 152-160.

Leininger, M. M. (1988b). *The Phenomenon of Caring: Importance, Research Questions and Theoretical Considerations*, dans M. M. Leininger (Ed.), *Caring: An Essential Human Need*, Detroit, Wayne State University, p. 3-15.

Leininger, M. M. (1988c). *Care*, Detroit, Wayne State University Press.

Leininger, M. M. (1989). *Cultural Care Theory and Nursing Administration*, dans B. Henry, C. Arndt, M. DiVicenti, A. Marriner-Tomey (Eds.), *Dimensions of Nursing Administration: Theory, Research, Education, Practice*, Boston, Blackwell Scientific Publications, p. 19-34.

Leininger, M. M. (1991a). «Transcultural Care Principles, Human Rights, and Ethical Considerations», *Journal of Transcultural Nursing*, 3(1), p. 21-23.

Leininger, M. M. (1991b) (Ed.). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*, New York, National League of Nursing, N° 15-2402.

MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Le May, S. (1991). *Facteurs reliés aux attitudes et comportements d'infirmières à l'égard de la collaboration infirmière-médecin* (mémoire de maîtrise non publié), Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Le Petit Larousse illustré (1994). Paris, Larousse.

Lévesque, L., Cossette, S., Ducharme, F. (1993). «La santé mentale de conjoints âgés québécois: comparaison entre aidants naturels et non-aidants», *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 12, p. 111-125.

Lowe, J. I., Herranen, M. (1981). «Understanding Teamwork: Another Look at the Concepts», *Social Work in Health Care*, 7(2), p. 1-11.

Luker, K. A. (1992). «Research and Development in Nursing», *Journal of Advanced Nursing*, 17, p. 1151-1152.

Luna, L., Cameron, C. (1989). *Leininger's Transcultural Nursing*, dans J. J. Fitzpatrick, A. L. Whall (Eds.), *Conceptual Models of Nursing: Analysis and Application*, 2e éd., Norwalk, Appleton & Lange, p. 227-239.

Lutjens, L. R. J., Horan, M. L. (1992). «Nursing Theory in Nursing Education: An Educational Imperative», *Journal of Professional Nursing*, 8(5), p. 276-281.

Lynaught, J. E., Fagin, C. M. (1988). «Nursing Comes of Age», *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), p. 184-190.

Lyne, B. A., Waller, R. P. (1990). «The Denver Nursing Project in Human Caring: A Model for Aids Nursing Care and Professional Education», *Family Community Health*, 13(2), p. 78-84.

Mailick, M. D., Ashley, A. A. (1981). «Politics of Interprofessional Collaboration: Challenge to Advocacy», *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, 62, p. 131-137.

Malonebeach, E. E., Zarit, S. H. (1991). «Current Research Issues in Caregiving to the Elderly», *International Journal of Aging and Human Development*, 32, p. 103-114.

Marriner-Tomey, A. (1989). *Nursing Theorists and Their Work*, 2e éd., St. Louis, The C.V. Mosby Company.

Marsden, C. (1990). «Ethics of the "Doctor-Nurse Game"», *Heart and Lung*, 19(4), p. 422-424.

Martin, C. (1984). «Les soins de santé primaires... une notion à déchiffrer», *Nursing Québec*, 4(6), p. 8-13.

Martin, C. (1986). *Les soins de santé primaires. Conférence à la Corporation des infirmières et infirmiers de la région de Montréal* (document inédit).

Martin, M., Forchuk, C., Santopinto, M., Butcher, H. K. (1992). «Alternative Approaches to Nursing Practice: Application of Peplau, Rogers, and Parse», *Nursing Science Quarterly*, 5(2), p. 80-85.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Maslach, C. (1982). *Burnout – The Costs of Caring*, Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall.

Maslow, A. H. (1943). «A Theory of Human Motivation», *Psychological Review*, 58, p. 378-396.

Maslow, A. H. (1954). *Motivation and Personality*, New York, Harper & Row.

Masson, V. (1985). «Nurses and Doctors as Healers», *Nursing Outlook*, 33(2), p. 70-73.

Masters, M. (1988). «Nursing Theory: An Eclectic Approach in Baccalaureate Education», *The Kansas Nurse*, déc., p. 1-2.

Meleis, A. I. (1987). «Revisions in Knowledge Development: A Passion for Substance», *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 1(1), p. 5-19.

Meleis, A. I. (1991). *Theoretical Nursing: Development and Progress*, 2e éd., Philadelphia, Lippincott.

Meleis, A. I., Jennings, B. M. (1989). *Theoretical Nursing Administration: Today's Challenges, Tomorrow's Bridges*, dans B. Henry, C. Arndt, M. DiVicenti, A. Marriner-Tomey (Eds.), *Dimensions of Nursing Administration: Theory, Research, Education, Practice*, Boston, Blackwell Scientific Publications, p.7-18.

Meleis, A. I., Price, M. J. (1988). «Strategies and Conditions for Teaching Theoretical Nursing: An International Perspective», *Journal of Advanced Nursing*, 13, p. 592-604.

Miller, K. L. (1987). «The Human Care Perspective in Nursing Administration», *The Journal of Nursing Administration*, 17(2), p. 10-12.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1987). *Comité d'étude sur la main-d'œuvre en soins infirmiers*, (CEMOSI). Québec: Gouvernement du Québec.

Mirenda, R. M. (1986). *The Neuman Systems Model: Description and Application*, dans P. Winstead-Fry (Ed.), *Case Studies in Nursing Theory*, New York, National League of Nursing.

Mitchell, G. J. (1990). «Struggling in Change: From the Traditional Approach to Parse's Theory-Based Practice», *Nursing Science Quarterly*, 3(4), p. 170-176.

Mitchell, G. J. (1991). «Diagnosis: Clarifying or Obscuring the Nature of Nursing», *Nursing Science Quarterly*, 4(2), p. 52.

Mitchell, G. J. (1992). «Parse's Theory and the Multidisciplinary Team: Clarifying Scientific Values», *Nursing Science Quarterly*, 5(3), p. 104-106.

Morse, J. M., Solberg, S. M., Neander, W. L., Bottorff, J. L., Johnson, J. L. (1990). «Concepts of Caring and Caring as a Concept», *Advances in Nursing Science*, 13(1), p. 1-14.

MASSON. S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Murray, J., Bevis, E. (1989). *Caring: Process and Practice*, dans E. Bevis (Ed.), *Curriculum Building in Nursing: A Process*, New York, National League of Nursing.

Neidlinger, S. H., Miller, M. B. (1990). «Nursing Care Delivery Systems. A Nursing Administrative Practice Perspective», *Journal of Nursing Administration*, 20(10), p. 43-49.

Newfeld, V. R., Chong, J. P. (1984). *Problem-Based Professional Education in Medicine*, dans S. Goodlad (Ed.), *Education for the Professions: Quis custodiet...?*, Survey, England, SRHE & NFER-Nelson, p.249-256.

Newman, M. A. (1983). *Newman's Health Theory*, dans I. Clements, F. Roberts (Eds.), *Family Health: A Theoretical Approach to Nursing Care*, New York, John Wiley & Sons, p. 161-175.

Newman, M. A. (1986). *Health as Expanding Consciousness*, St. Louis, The C.V. Mosby Company.

Newman, M. A. (1992). «Prevailing Paradigms in Nursing», *Nursing Outlook*, 40(1), p. 10-13, 32.

Newman, M. A., Sime, A. M., Corcoran-Perry, S. A. (1991). «The Focus of the Discipline of Nursing», *Advances in Nursing Science*, 14(1), p. 1-6.

Nicoll, L.H. (1978). *Perspectives on Nursing Theory*, Boston, Little Brown.

Nightingale, F. (1859/1969). *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*, New York, Dover Publications Inc. (publication originale: 1859).

Nightingale, F. (1885). *Nursing the Sick*, dans R. Quain (Ed.), *A Dictionary of Medicine*, 9e éd., New York, Appleton, p. 1043-1046.

Norbeck, J. S. (1991). «The Merging of Agendas for Education, Research and Practice», *Communicating Nursing Research*, 24, p. 3-14.

Nyberg, J. (1989). «The Element of Caring in Nursing Administration», *Nursing Administration Quarterly*, 13(3), p. 9-16.

O'Brien, P. (1987). «"All a Woman's Life Can Bring": The Domestic Roots of Nursing in Philadelphia, 1830-1885», *Nursing Research*, 36(1), p. 12-17.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1987). *Les outils complémentaires de soins*, Montréal, OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1991). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, Québec, Éditeur officiel.

Orem, D. (1989). *Nursing Administration: A Theoretical Approach*, dans B. Henry, C. Arndt, M. DiVicenti, A. Marriner-Tomey (Eds.), *Dimensions of Nursing Administration: Theory, Research, Education, Practice*, Boston, Blackwell Scientific Publications, p.55-62.

Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*, 4e éd., St. Louis, The C.V. Mosby Company.

MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Organisation mondiale de la Santé (1978). *Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires*, Alma Ata (URSS), 6-12 septembre 1978.

Parse, R. R. (1981). *Man-Living-Health. A Theory of Nursing*, New York, John Wiley & Sons.

Parse, R. R. (1987). *Man-Living-Health Theory of Nursing*, dans R. R. Parse (Ed.), *Nursing Science: Major Paradigms, Theories and Critiques*, Philadelphia, W. B. Saunders Company, p. 159-180.

Parse, R. R. (1989). *Parse's Man-Living Health Model and Administration of Nursing Service*, dans B. Henry, C. Arndt, M. DiVicenti, A. Marriner-Tomey (Eds.), *Dimensions of Nursing Administration: Theory, Research, Education, Practice*, Boston, Blackwell Scientific, p. 69-74.

Parse, R. R. (1990a). *Parse's Theory: A Way of Living Nursing* (conférence présentée au Queen Elizabeth Hospital, Nursing Division), Toronto, Ontario.

Parse, R. R. (1990b). «Health: A Personal Commitment», *Nursing Science Quarterly*, 3(3), p. 136-140.

Parse, R. R. (1992a). «Human Becoming: Parse's Theory of Nursing», *Nursing Science Quarterly*, 5(1), p. 35-42.

Parse, R. R. (1992b). «Nursing Knowledge for 21st Century: An International Commitment», *Nursing Science Quarterly*, 5(1), p. 8-12.

Pelland, J. (1992). «Soins de santé primaires: une connaissance accrue de l'univers», *Nursing Québec*, 12(4), p. 15-18.

Pepin, J. I. (1992). «Family Caring and Caring in Nursing», *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 24(2), p. 127-131.

Pepin, J. I. (en cours). *Adult Children's Understanding of Their Parent-Caring Experiences* (thèse doctorale), School of Nursing, University of Rochester, N.Y.

Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*, New York, G. P. Putnam's Sons.

Peplau, H. E. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*, London, Macmillan Education LTD.

Petitat, A. (1989). *Les infirmières. De la vocation à la profession*, Montréal, Les Éditions du Boréal.

Phillips, J. R. (1990). *Changing Human Potentials and Future Visions of Nursing: A Human Field Image Perspective*, dans E. A. M. Barrett (Ed.), *Vision of Rogers's Science-Based Nursing*, New York, National League of Nursing, N° 15-2285, p. 13-25.

Phillips, J. R. (1992). «Search in Research», *Nursing Science Quarterly*, 5(2), p. 50-51.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Polit, D. F., Hungler, B. P. (1991). *Nursing Research: Principles and Methods*, 4e éd., Philadelphia, PA, Lippincott.

Prescott, P. A., Bowen, S. A. (1985). «Physician-Nurse Relationships», *Annals of Internal Medicine*, 103(1), p. 127-133.

Prescott, P. A., Dennis, K. E., Jacox, A. K. (1987). «Clinical Decision Making of Staff Nurses», *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 19(2), p. 56-62.

Pridham, K. F., Hansen, M. F. (1985). «Nursing and Medicine: Complementary Modes of Thought and Action», *Public Health Nursing*, 2(4), p. 195-201.

Prigogine, I., Allen, P. M., Herman, R. (1977). *Long-Term Trends and the Evolution of Complexity*, dans E. Laszlo, J. Berman (Eds.), *Goals in a Global Community: The Original Background Papers for Goals for Mankind*, New York, Pergamon Press, p. 1-63.

Raile-Alligood, M. (1989). *Rogers's Theory and Nursing Administration: A Perspective on Health and Environment*, dans B. Henry, C. Arndt, M. DiVicenti, A. Marriner-Tomey (Eds.), *Dimensions of Nursing Administration: Theory, Research, Education, Practice*, Boston, Blackwell Scientific Publications, p. 105-111.

«Rapport Brown» (1948). *American Journal of Nursing*, 48, p. 736-742.

Rapport Goldmark (1923). *Nursing and Nursing Education in the United States. Committee for the Study of Nursing Education*, New York, Macmillan.

Rapport Weir (1932). *Survey of Nursing Education in Canada*, Toronto, University of Toronto Press.

Raveis, V. H., Siegel, K., Sudit, M. (1990). *Psychological Impact of Caregiving on the Caregiver*, dans D. E. Biegle, A. Blum, *Aging and Caregiving: Theory, Research and Policy*, Newbury Park, Sage, p. 53-75.

Ray, M. A. (1989). «The Theory of Bureaucratic Caring for Nursing Practice in the Organizational Culture», *Nursing Administration Quarterly*, 13(2), p. 31-42.

Reed, P. G., Johnston, R. L. (1989). *Peplau's Nursing Model: The Interpersonal Process*, dans J. J. Fitzpatrick, A. L. Whall (Eds.), *Conceptual Models of Nursing: Analysis and Application*, 2e éd., Norwalk, CT, Appleton & Lange, p. 49-67.

Reed, P. G., Zurakowski, T. L. (1989). *Nightingale Revisited: A Visionary Model for Nursing*, dans J. J. Fitzpatrick, A. L. Whall (Eds.), *Conceptual Models of Nursing: Analysis and Application*, 2e éd., Norwalk, CT, Appleton & Lange, p. 33-47.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Ricard, N., Fortin, F. (1993). *Étude des déterminants du fardeau subjectif et de ses conséquences sur la santé de soignants naturels d'une personne atteinte d'un trouble mental* (rapport de recherche), Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Robert, P. (1988). *Petit Robert 1. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris, Société du Nouveau Littré.

Roberts, J. E. (1990). «Uncovering Hidden Caring», *Nursing Outlook*, 38(2), p. 67-69.

Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*, Boston, Houghton Mifflin.

Rogers, M. E. (1970). *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*, Philadelphia, J. A. Davis.

Rogers, M. E. (1972). «Nursing: To Be or not To Be», *Nursing Outlook*, 20(1), p. 42-46.

Rogers, M. E. (1983). *Science of Unitary Human Beings: A Paradigm for Nursing*, dans I. W. Clements, F. B. Roberts (Eds.), *Family Health: A Theoretical Approach to Nursing Care*, New York, John Wiley & Sons, p. 219-228.

Rogers, M. E. (1989). «Creating a Climate for the Implementation of a Nursing Conceptual Framework», *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 20(3), p. 112-116.

Rogers, M. E. (1990). *Nursing: Science of Unitary, Irreducible, Human Beings: Update* (1990), dans E. A. M. Barrett (Ed.), *Visions of Rogers's Science-Based Nursing*, New York, National League of Nursing, N° 15-2285, p. 5-11.

Rogers, M. E. (1992). «Nursing Science and the Space Age», *Nursing Science Quarterly*, 5(1), p. 27-34.

Rogers, M., Jones-Paul, L., Clarke, J., Mackay, C., Potter, M., Ward, W. (1991). «The Use of the Roy Adaptation Model in Nursing Administration», *Canadian Journal of Nursing Administration*, 4(2), p. 21-26.

Roy, C. (1970). «Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing», *Nursing Outlook*, 18(3), p. 42-45.

Roy, C. (1986). *Introduction aux soins infirmiers: un modèle de l'adaptation*, traduction de *Introduction to Nursing: An Adaptation Model* (1984) par Louise Berger, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.

Roy, C. (1988). «An Explication of the Philosophical Assumptions of the Roy Adaptation Model», *Nursing Science Quarterly*, 1(1), p. 26-34.

Roy, C., Andrews, H. A. (1991). *The Roy Adaptation Model: The Definitive Statement*, Norwalk, Appleton & Lange.

Roy, C., Anway, J. (1989). *Roy's Adaptation Model: Theories for Nursing Administration*, dans B. Henry, C. Arndt, M. DiVicenti, A. Marriner-Tomey

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

(Eds.), *Dimensions of Nursing Administration: Theory, Research, Education, Practice*, Boston, Blackwell Scientific Publications, p. 75-88.

Runk, J. A., Quillin, S. I. M. (1989). *Henderson's Comprehensive Definition of Nursing*, dans J. J. Fitzpatrick, A. L. Whall (Eds.), *Conceptual Models of Nursing: Analysis and Application*, 2e éd., Norwalk, Appleton & Lange, p. 109-121.

Russ, J. (1991). *Dictionnaire de la philosophie*, Paris, Bordas.

Sakalys, J. A., Watson, J. (1985). «New Directions in Higher Education: A Review of Trends», *Journal of Professional Nursing*, 1(5), p. 293-299.

Sarter, B. (1987). «Evolutionary Idealism: A Philosophical Foundation for Holistic Nursing Theory», *Advances in Nursing Science*, 9(2), p. 1-9.

Sarter, B. J. (1990). *Philosophical Foundations of Nursing Theory: A Discipline Emerges*, dans N. L. Chaska (Ed.), *The Nursing Profession: Turning Points*, St. Louis, The C.V. Mosby Company, p. 223-229.

Smith, M. C. (1993). «The Contribution of Nursing Theory to Nursing Administration Practice», *Image*, 25(1), p. 63-67.

Smith, M. J. (1988). «Perspectives of Wholeness: The Lens Makes a Difference», *Nursing Science Quarterly*, 1(3), p. 94-95.

Société française de philosophie (1962). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, Presses Universitaires de France.

Stainton, M. C., Rankin, J. A., Calkin, J. D. (1989). «The Development of a Practicing Nursing Faculty», *Journal of Advanced Nursing*, 14(1), p. 20-26.

Steel, J. E. (1986a). *Collaborative Practice: An Overview*, dans J. E. Steel (Ed.), *Issues in Collaborative Practice*, Orlando, FL, Grune & Stratton, p. 3-14.

Steel, J. E. (1986b). *Future*, dans J. E. Steel (Ed.), *Issues in Collaborative Practice*, Orlando, Grune & Stratton, p. 163-167.

Stelling, J. (1991). «But Is It Nursing?», *Nursing Québec*, 11(4), p. 64-69.

Styles, M. M. (1993). «Macrotrends in Nursing Practice: What's in the Pipeline», *Journal of Continuing Education in Nursing*, 24(1), p. 7-12.

Sullivan, E. J., Decker, P. J. (1992). *Effective Management in Nursing*, California, Addison-Wesley.

Temkin-Greener, H. (1983). «Interprofessional Perspectives on Teamwork in Health Care: A Case Study», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 61(4), p. 641-658.

Thornbury, J. M., King, L. D. (1992). «The Roy Adaptation Model and Care of Persons With Alzheimer's Disease», *Nursing Science Quarterly*, 5(3), p. 129-133.

von Bertalanffy, L. (1968). *General Systems Theory*, New York, Braziller.

MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Watson, J. (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*, 2e éd., Boulder, Colorado, Associated University Press (publication originale: Little, Brown & Co, 1979).

Watson, J. (1988). *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*, New York, National League of Nursing N° 15-2236 (publication originale: Appleton Century Crofts, 1985).

Watson, J., Bevis, E. O. (1990). *Nursing Education: Coming of Age for a New Age*, dans N. L. Chaska (Ed.), *The Nursing Profession: Turning Points*, St. Louis, The C.V. Mosby Company, p. 100-106.

Watson, J., Phillips, S. (1992). «A Call of Educational Reform: Colorado Nursing Doctorate Model as Exemplar», *Nursing Outlook*, 40(1), p. 20-26.

Webster, D. (1985). «Medical Students' Views of the Role of the Nurse», *Nursing Research*, 34(5), p. 313-317.

Webster, D. (1988). «Medical Students and Nurses: A Nurse Looks at Medical Students Looking at Nurses», *Nursing Outlook*, 36(3), p. 130-135.

Weiss, S. J. (1985). «The Influence of Discourse on Collaboration Among Nurses, Physicians, and Consumers», *Research in Nursing and Health*, 8(1), p. 49-59.

White, S. K. (1990). «Reach for the Sky», *Hearth & Lung*, 19(3), p. 28A, 30A-31A, 34A, 36A-37A, 39A.

Wolf, B. B. (1989). *Nursing Identity: The Nursing-Medicine Relationship* (thèse doctorale non publiée), University of Colorado Health Sciences Center, Colorado.

Yeaworth, R. C. (1985). «The ANA Code: A Comparative Perspective», *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 17(3), p. 94-98.

Yura, H., Walsh, M. B. (1988). *The Nursing Process: Assessing, Planning, Implementing, Evaluating*, 5e éd., Norwalk, Appleton & Lange.

ÍNDICE ALFABÉTICO DE MATERIAS

A

Acto cuidado, 64.
Actuar con, 10.
Adaptarse, 36.
Alma-Ata, 13.
Apertura al mundo, 13, 20-21.
– proceso desarrollo personal, 72.
– toma conciencia, 72.
Área, 3.
Arte enfermero, 77.

C

Campo, 2.
Caring, 42, 43, 62, 69, 72, 76, 78, 79, 108-109, 133, 134.
Categorización, 3, 19, 114.
Centro interés, 60, 62, 73, 74.
Ciencia enfermera, 61, 77.
Colaboración, 91, 94, 95.
– interdisciplinar, 91.
Compañerismo, 102.
Compasión, 4.
Competencia, 100.
– moral, 103.
Concepción, 24, 47, 125-127, 135.
Concepto, 20, 42, 61.
Conceptualización, 57, 58, 101.
Conocimiento, 110.
Coping, 38.
Counseling, 69.
Cuidado, 2, 5, 6, 10, 16, 20, 28, 30, 32, 35, 37, 40, 41, 43, 44, 45, 48-56, 58, 62, 63, 64, 71, 76, 92, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 111, 112, 113, 120-121, 123, 124, 126-127, 131, 133-137, 140.
– enfermero, 11, 40, 45.
– integral, global, 17, 81.
– salud, 76.
– – primario, 14.
Cuidar, 79.

D

Desing cuidado, 76-78, 100, 101, 111.
Dirección cuidados, 126.
Disciplina, 2.
– enfermera, 2, 18, 57, 58.

E

Empowerment, 101.
Enfermera gestora, 121-125, 136-137.
Entorno, 2, 5, 7, 16, 20, 29, 31, 33, 36, 38, 40, 42, 45, 46, 48-56, 57, 58, 63, 76, 112, 113, 121, 131, 137, 149.
Escuela, 47.
– *caring*, 42, 56, 86-87.
– efectos deseables, 34, 52-54, 85, 130-131.
– interacción, 31, 49-51, 84, 129.
– necesidades, 26, 48-49, 83.
– promoción salud, 36, 54.
– ser humano unitario, 38, 55, 85-86, 131-133.
Estar con, 16, 67.
Estética, 101.
Estímulo, 34.
Experiencia, 90.

F

Factor cuidado, 44.
Fenómeno, 3.
Fenomenología, 39.
Filosofía, 13, 15, 101.
Formación, 21, 108, 109.

G

Gestión, 21.
– caso, 17.
– centralizada, 9.
– cuidados, 120, 125, 130.
Globalidad, 132.

H

Helicidad, 41, 132.
Heurística, 69.
Homeodinámica, 132.
Humanismo, 34, 134.

I

Integración, 9, 19.
Interacción, 61.
Interdisciplinar, 91-94.
Interdisciplinaridad, 94.
Intervenir, 10, 16.
Intradisciplinar, 82.
Intuición, 76.
Investigación, 21, 111-113, 116.
– cualitativa, 114.

L

Lineal, 3.

M

Mecanismo adaptación, 35.
– cognitivo, 35.
– regulador, 35.
Metateórica, 2.
Modelo adaptación, 34, 130-131.
– autocuidado, 29-31, 128-129.
– conceptual, 24, 116.
– independencia, satisfacción cuidados fundamentales, 28-29.
– proceso interpersonal, 32-33.
– promoción salud familia, 36.
– ser hacia su actualización, 41.
– sistémico, 107.
Modo adaptación, 35.
Motivación, 124.
– personal, 124.

O

Ontológico, 64.
Organización, 130.
Orientación, 20.
– a la enfermedad, 6, 20-21.
– – – persona, 9, 20-21.
– – – salud pública, 4, 20-21.

P

Paradigma, 3.
– categorización, 3, 19, 115.
– holístico, 71.
– integración, 9, 19.
– transformación, 3, 12, 13, 19, 115.
Patrón, 40, 72.
Pattern. V. *Patrón*.
Persona, 2, 5, 7, 9, 14, 16, 20, 29, 30, 33, 35, 37, 40, 41, 44, 46, 47, 48-56, 58, 63, 76, 112, 113, 125, 131, 137.
Poder, 77.
Postulado, 25.
Práctica, 21, 94, 95, 112, 113.
Principio, 60, 63-70.
Proceso, 72.
– heurístico, 69.
– interactivo, 68.

R

Relación interpersonal terapéutica, 33.
Resonancia, 41, 132.

S

Saber, 100, 117.
– hacer, 101.
– ser, 101.
Salud, 2, 5, 7, 10, 14, 16, 20, 29, 31, 33, 36, 38, 39, 40, 42, 45, 46, 48-56, 57, 58, 63, 76, 112, 113, 131, 140.
– pública, 5.
Sistema equipo, 12.
– funcional, 9.
– interactivo, 129.
– modular, 17.

T

Taylorismo, 9.
Teoría, 25, 105, 112, 113.
– cuidado humano, 43.
– – transcultural, 45.
– general sistemas, 15.
Transformación, 12, 13, 19, 115.
Transición, 61.

V

Veritivité, 34.