Facultad de Ciencias Médicas UNR

Escuela de posgrado

MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE ENFERMERIA

MODELOS Y TEORÍA DE ENFERMERÍA

RECOPILACIÓN Y ADAPTACION DEL LIBRO:

"Teorías y Modelos de Enfermería "-

Martha Raile Alligood

PROF. MG. OLINDA GODOY

2023

Teorías y Modelos de Enfermería

1859
Florence Nightingale
Teoría del Entorno

1952
Modelo de Relaciones interpersonales
Hildegard Peplau

1955
Virginia Henderson
Teoría necesidades humanas

1962
Modelo del Núcleo, el Cuidado y la Curación
Lydia Hal

1966
Myra Levine
Modelo de la Conservación

1969
Modelo de Sistemas Conductuales
Dorothy Johnson

1970
Martha Rogers
Modelo de los Procesos Vitales

1971
Teoría del logro de metas
Imogene King

1972
Betty Neuman
Modelo de Sistemas

1976
Modelo de Adaptación
Callista Roy

Dorian Roxana Miranda Orozco
3799-13-10941

EL SUJETO COMO SISTEMA CONDUCTUAL, E INTERACCIÓN CON EL ENTORNO Y LA SALUD COMO PROCESO DINÁMICO

PROCESO DEL DESARROLLO DE LAS TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA

LA ENFERMERÍA MODERNA – FILOSOFÍA

Florence Nightingale (1820-1910)

Nació en Florencia (Italia), fue una ferviente católica que escribió en sus diarios que 1837, recibió una llamada divina que le pidió que le sirviera. No paso mucho tiempo para darse cuenta que quería ser enfermera, completando su formación en Alemania en 1851 (Kaiserwerth)en una comunidad religiosa protestante que disponía de un hospital, haciendo una pasantía de 3 meses. Retorna a Inglaterra y sen la contrata como supervisora de Hospitales, reformatorios e Instituciones de Caridad, siendo dos años después superintendentes del Hospital for Invalid Gentlewomen de Londres.

Durante la Guerra de Crimea, se le asigna conjuntamente con otras enfermeras (34), la atención de los soldados británicos heridos. Las enfermeras elegidas deben cumplir con sus requisitos para las enfermeras profesionales; debían ser jóvenes de clase media, con educación general básica

Recién llegada comenzó resolviendo los problemas del ENTORNO (falta de higiene-suciedad), escasos orinales, agua no potable cercanos a pozos negros desbordados, ropa de cama contaminada.

En general las patologías más frecuentes eran la hipotermia, las infecciones parasitarias, infecciones de las heridas y otras enfermedades oportunista, que llevaban a las bajas por mutilaciones o muerte evitables.

Para disminuir y evitar estas condiciones Flores Nigthingale, realizaba rondas de vigilancia de noche, asumiendo el nombre de la DAMA DE LA LÁMPARA, apoyando a los soldados emocionalmente, contrajo fiebre hemorrágica, enfermando gravemente.

Al finalizar la guerra volvió a Inglaterra, recibió honores. Como resultado se le asignaron fondos y fundó dos Escuelas de Enfermería una en el St. Thomas Hospital y en el King´s College Hospital de Londres, esto se replicó a todo el mundo, reconociendo a Florence Nigthingale como la Fundadora de la Enfermería Moderna

Sus esfuerzos fueron dedicados a la reforma sanitaria del ejército, las funciones de los Hospitales militares, medidas higiénicas en la India y la atención sanitaria y medidas higiénicas de los pobres en Inglaterra Escribió numerosas obras que reflejaban su preocupación por estos temas.

FUENTES TEÓRICAS PARA EL DESARROLLO DE LA TEORÍA

Nightingale identificó los cambios sociales de su época y el impacto de la salud en la población Si nos situamos cronológicamente, comienza la era industrial en Inglaterra, constituyéndose nuevas clases sociales, enfermedades y nuevos problemas sanitarios.

Como dama de la aristocracia estuvo relacionada con líderes políticos, intelectuales, escritores, reformadores sociales y otras personas aristocráticas de la sociedad, permitieron desarrollar su pensamiento filosófico, que aparece en su Filosofía y Teoría de la Enfermería

La afiliación y creencias religiosas, definió su trabajo como una "llamada religiosa", impulsada por sus convicciones apoyaba con fuerza la educación de las personas como medio para desarrollar sus potencialidades, la educación era un factor crítico para establecer la profesión enfermera. Los conflictos religiosos en la época victoriana, se piensa que influyo en la fuerte creencia que la Enfermería debería ser laica.

Un concepto que Nigthingale sostenía, ubicándonos en la época, es que la enfermedad es un proceso reparador y que la naturaleza se esfuerza por remediar. En esa época se consideraba que" la enfermedad era un castigo"

Su compromiso fue con la EDUCACIÓN, redactando un manual para mujeres cuidadoras, haciendo una clara distinción entre un asistente doméstico y personas formadas en la observación, en el cuidado del entorno. A decir de su formación la observación debía ser constante haciendo uso del sentido común en sus prácticas, perseverancia e ingenio

Sus cuidados se enfocaban en la colaboración del enfermo con la enfermera y la naturaleza para la consecución de un proceso reparador y prevenir futuras enfermedades

No se tomó en cuenta la teoría de los gérmenes, dirigiendo sus cuidados al concepto de contagio y contaminación. Acepto el concepto de vacunación contra varias enfermedades

CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES

Fue una científica sobresaliente e identificada como investigadora empírica, su pericia como estadística, entre otras ayudo a promover la noción innovadora que los fenómenos sociales, podían medirse objetivamente y estar sujeto a análisis matemático, poseía habilidades para la investigación, la comunicación, el orden, la codificación, conceptualización, inferencia, análisis y síntesis.

Una fuente que utilizó fue la observación de los fenómenos sociales en relación al individuo y al sistema.

La Teoría del Nigthingale se centró en el entorno. Pero en sus escritos no fue definida como tal, sino que definió y describió con detalle los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene, y ruido. Nigthingale desarrollo estos conceptos, haciendo énfasis en el aspecto físico. Su preocupación por entorno, creía que este debía ser saludable para aplicar los cuidados de enfermería adecuados Su trabajo teórico se consideran tan indispensables ahora como antes

<u>La ventilación adecuada, eran que "….el aire que se respira sea tan puro como el aire del exterior, sin provocarle un resfriado ….". Nigthingale también inventó un sistema para medir la temperatura del paciente mediante la palpación de las extremidades para calcular la pérdida de calor.</u>

La iluminación, en particular la luz solar era una necesidad específica para los pacientes, para conseguir sus efectos beneficiosos, se enseñaba a las enfermeras a mover y colocar a los pacientes de tal forma que estuvieran en contacto con ella.

Con respecto a la higiene, se refirió específicamente al paciente, la enfermera y al entorno físico. Observó que un entorno sucio, eran fuente de infección por la materia orgánica que contenían, requiriéndose una manipulación y eliminación adecuada de las excreciones corporales y aguas residuales.

Era partidaria de bañar a los pacientes todos los días, práctica que no era habitual. Lo mismo les exigía a las enfermeras, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos frecuentemente

Todos estos elementos fundamentales son relevantes para el cuidado individual, mejorando el estado de salud de los pobres que vivían hacinados, en malas condiciones inadecuado manejo de aguas residuales y con acceso limitado al agua potable

También hizo referencia a los conceptos de tranquilidad y dieta. Debía evitarse el ruido creado por actividades físicas en su entorno.

Enseño también a las enfermeras a valorar no sólo la ingesta alimenticia, sino el horario de las comidas y el efecto en el paciente

Creía que los pacientes con enfermedades crónicas corrían el peligro de morir de inanición y las enfermeras debían saber satisfacerlas. La enfermera debía controlar el entorno física y administrativamente.

> "La enfermera tenía que controlar el entorno
> Para proteger al paciente de daños físicos y
> Psicológicos…situaciones que pudieran per-
> turbarlo, evitar las visitas que perjudicaran
> su recuperación y que su sueño fuera in-
> terumpido. Reconoció que la visita de peque-
> ños animales podrían beneficiar al paciente …"

Las enfermeras eran instruidas para controlar el entorno y era responsable incluso cuando no se encontraban físicamente, porque debía supervisar el trabajo durante su ausencia.

METAPARADIGMAS

PRINCIPALES SUPUESTOS

ENFERMERÍA: Toda mujer debía, creía Nigthingale, en algún momento de su vida, ejercer como enfermera de algún modo, como responsable de la salud de otra persona

Como se referencia en su libro "Notes on nursing (1859)" publicado con el fin de dar a las mujeres directrices para proporcionar cuidados de enfermería y aconsejar como "pensar como una enfermera".

Sin embargo, las enfermeras formadas tenían que aprender principios científicos adicionales para aplicar su trabajo y poseer habilidad para observar e informar del estado de salud de sus pacientes hasta su recuperación.

PERSONA: La referenciaba como paciente. Las tareas eran por y para el paciente y controlaban el entorno para su recuperación. En la mayoría de los casos, el paciente era el sujeto pasivo de esta relación. Hay referencias específicas acerca del autocuidado del paciente siempre que sea posible. Se enseñaba a la enfermera a preguntarle sus preferencias, poniendo de manifiesto la creencia de que veía a cada paciente como individuo. De acuerdo a publicaciones tomando como referencia a la Guerra de Crimea, se puede deducir que respetaba a las personas de diferentes

orígenes sin emitir juicios sobre su nivel social, por ello la condición que sus enfermeras sean laicas.

SALUD: la define como la sensación de sentirse bien. Su convicción contemplaba la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía, debida a la falta de atención. Promovía la salud por medio de la prevención de las enfermedades mediante el control del entorno y responsabilidad social. Sus descripciones infieren a la Enfermería de la Salud pública y al moderno concepto de promoción de la Salud. En la actualidad, su concepción es seguida por las enfermeras de barrio y profesionales de la salud en Inglaterra, para prevenir las enfermedades y mantener la salud. Trascendió su modelo en Instituciones de Salud Pública hasta los Estados Unidos

ENTORNO: Su concepto implica: “ayudar a la naturaleza a curar al paciente. Esto se consigue controlando los entornos internos y externos de forma asis- tencial, compatibles con las leyes de la Naturaleza”

Las enfermeras en cualquier ámbito de su práctica deberán crear y mantener un ambiente terapéutico y confortable

Su filosofía se centra en las condiciones ambientales. La salud no distingue clases sociales

INDEPENDENCIA	_____ 1	_____ 2	_____ 3	_____ 4	_____ 5	_____ 6	DEPENDENCIA
	El cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable que le permite asegurar homeostasis física y psicológica	Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén	Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe de hacer, y controlar si lo hace bien, debe ser asistido aunque sea ligeramente	Necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén o una prótesis	Debe contar con otro para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades pero puede colaborar de algún modo	Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades	

Tomado de Phaneuf M[3].
Figura 2 Gráfico del *continum* independencia-dependencia.

Bibliografía

https://es.slideshare.net/reynerroberto/florence-nightingale-28478566 7/11/2022
https://scholar.google.com/citations?user=PRyOFrYAAAAJ&hl=es&oi=sra 7/11/2022 margot phaneuf, Henderson

[slideshare id=41937117&doc=tema9-marcoconceptual-141124011005-conversion-gate01] MODELOS ENFERMERIA

BETTY NEUMAN (1228 / ……)

MODELO DE SISTEMAS

Nació en 1924, en OHIO desarrollando la profesión. Una vez recibida realizó numerosas actividades, En 1985 se Doctoro en Psicología clínica en la Pacific Western University .

Neuman fue una de las primeras que llevo a la enfermería al campo de la Salud Mental. En la UCLA, desarrolló, enseñó y perfeccionó un programa de Salud Mental extra hospitalaria para profesionales de enfermería de posgrado

Desarrollo y publicó su primer modelo de enseñanza y práctica explícita para la Consulta de Salud Mental en los ´60 antes de la creación de su modelo de Sistema.

Neuman utilizó la lógica inductiva y deductiva para desarrollar su modelo, derivando de otras teorías y disciplinas, producto de su filosofía y de las observaciones en la enseñanza de la enfermería en Salud Mental y asesoramiento clínico

El Modelo de Sistema de Neuman se basan en la teoría del Sistema General y refleja la naturaleza de los organismos vivos como Sistemas Abiertos que interactúan entre sí y con el entorno. Conceptualizó su Modelo a partir de Teorías establecidas. La credibilidad completa del modelo depende de la extensión del desarrollo y de la demostración de una Teoría de nivel medio.

Este Modelo describe al profesional de enfermería como un participante activo junto con el paciente y sustenta que “tiene en cuenta todas las variables que afectan la respuesta del individuo a los factores estresantes; este interactúa con el entorno ajustándolo a sí mismo o ajustándose el mismo al entorno”

Como Modelo proporciona un marco conceptual para la práctica de la enfermería, la investigación y la formación. Como gran teoría, propone maneras de considerar los fenómenos y acciones de enfermería …Se adapta bien transculturalmente y se utiliza con frecuencia en enfermería de Salud Pública en otros países.

En la práctica profesional, este Modelo facilita abordajes integrales, unificados y dirigidos a un objetivo para el cuidado del paciente como así resulta apropiado para un uso multidisciplinario que evite la fragmentación del cuidado enfermero

Mapa conceptual del abordaje de la Teoría de Sistemas de Betty Neuman, donde relaciona la base de su trabajo Prevención, Factores estresores y Estructuras, Intervenciones y Reconstitución; toma a la persona holísticamente estrechamente relacionado al entorno.

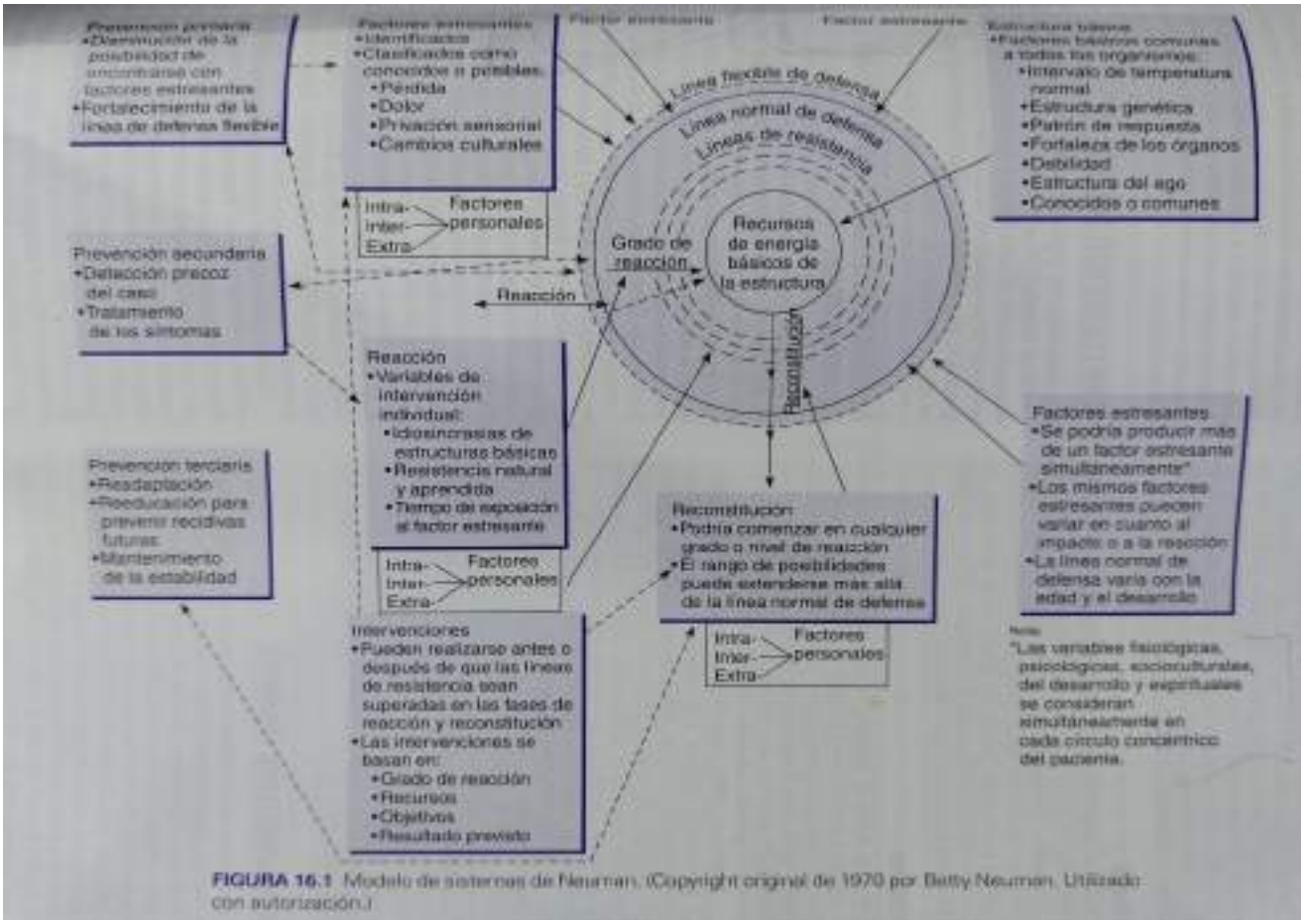


FIGURA 16.1 Modelo de sistemas de Neuman. (Copyright original de 1970 por Betty Neuman. Utilizado con autorización.)

Hay instrumentos para facilitar el uso del modelo, una herramienta es la valoración e intervenció para ayudar a los profesionales de enfermería a recopilar y sintetizar los datos del paciente ;un formato para para la prevención como intervención y un formato de aplicación del proceso de enfermería dentro del modelo

La **formación del profesiona**l de enfermería fue bien aceptado en los círculos cuidados del paciente . Se ha utilizado también en el ámbito educativo, utilizando este Modelo para conceptualizar la relación entre los estudiantes y los profesores . Se ha analizado el uso de técnicas de reducción de estrés en la

formación de enfermería, asi como la mejora de la resilencia y la capacitación de los estudiantes

En lo que respecta a la **investigación** , se han realizado basadas en ésta Teoria ;autores como Fawcett y Gigliotti(2001)tomaron contenido , se basaron y bibliografia relacionadas con este modelo; el modelo de sistemas de Neuman es utilizado como un marco conceptual porque puede tener un abordaje cuantitativo o cualitativo .

Neuman y Koertvelyessy, identificaron dos Teorias para establecer la credibilidad del modelo 1) la teoria de la estabilidad óptima del sistema del paciente y 2) la Teoria de la prevención como intervención

Otras Teorias de nivel medio derivadas del Modelo de Sistemas de Neuman , se puede mencionar la Teoria de la vulnerabilidad de los adolescentes a las conductas de riesgo , La teoria del Bienestar entre otras

La Enfermería para Neuman es cuidar a las personas en su totalidad, la define como “una profesión única que se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta del individuo frente al estrés” aborda el término de percepción y afirmo que debe valorarse el campo perceptivo del cuidador y del paciente

Dentro de este Modelo, Neuman sintetiza el conocimiento de varias disciplinas e incorpora sus propias ideas filosóficas y experiencias como enfermera cínica especialmente en el campo de la salud mental.

Su modelo se basa en la Teoría de la GESTALT, en el cual la homeostasis, es el equilibrio en un organismo y como consecuencia su salud.

El ajuste consiste en satisfacer las necesidades, siendo este ajuste dinámico y continuo. La desarmonía en estas necesidades puede desarrollarse la enfermedad. Y si el organismo no puede compensarla muere.

Basándose en la Filosofía de la totalidad de la vida De Chardin y Marx, describen como las partes son determinadas por las masas, es que Neuman confirma que los patrones del conjunto influyen en el conocimiento de las partes

Esta teorista también se basó en Selye sobre el estrés y que sostiene que la respuesta inespecífica de un organismo a una situación dada, este organismo depende de la adaptación, siendo entonces el estrés la demanda inespecífica de una actividad. los estímulos provocan estrés

También adapta el concepto de niveles de prevención de Caplan (1964), establece que la prevención primaria relacionándolo con la enfermería, predice la disminución de padecer un factor estresante.

La prevención secundaria y terciaria. La primera intenta la reducción de los factores estresantes mediante el tratamiento eficaz, que Neuman lo define como el fortalecimiento de las líneas internas de resistencia.

La prevención terciaria hace referencia a reducir los efectos residuales estresantes y que el paciente recupere el bienestar después del tratamiento

La autora considera los conceptos en que se basa su teoría a través de los **METAPARADIGMAS**:

SERES HUMANOS, establece que, un paciente es como sistema abierto en interacción reciproca con el entorno, lo determina como un individuo, familia, grupo, una comunidad o una cuestión social. Proceso dinámico de interrelaciones entre los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, del desarrollo y espirituales.

La SALUD la define como un continuo de naturaleza dinámica cambiando del bienestar a la enfermedad, toma los conceptos de bienestar óptimo y bienestar reducido cuando las necesidades no están satisfechas

Se define como **ENTORNO**, como todos los factores internos y externos.

Continúa expresando que los factores estresantes (inter- intra y extra personales), importantes para este concepto estas fuerzas interaccionan con la estabilidad del entorno y pueden alterarla.

Identifica tres entornos: -1) interno; intrapersonal no incluye todas las interacciones internas del paciente; 2) entorno inter-extrapersonal, estos factores son externos al paciente y el 3° el entorno creado; mediante lo inconsciente y el paciente lo utiliza para apoyar el afrontamiento protector, principalmente intrapersonal.

El sistema crea un efecto aislante para afrontar las amenazas de los factores estresantes del entorno cambiando la identidad o la situación

Ejemplos según Neuman son, la negación (variable psicológica) y la continuación del ciclo de vida de los patrones de supervivencia (variable del desarrollo)

Como conclusión el entorno creado siempre influye en, y es influenciado por los cambios es el estado de bienestar percibido por el entorno .

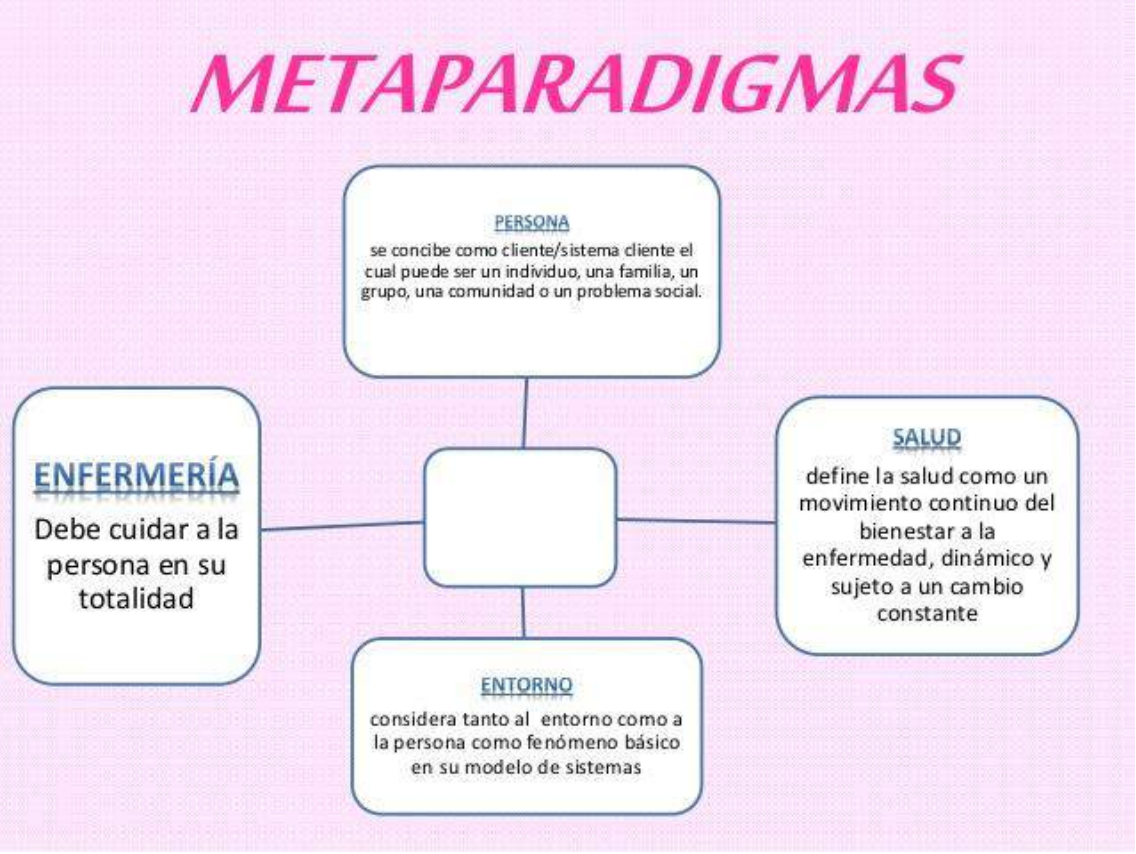
El amplio alcance sistemático del Modelo se propone como útil para el equipo interdisciplinario.

El modelo está organizado de manera compleja, aunque lógica y sistemática, los profesionales creen que es fácil de comprender y se utilizan en diferentes culturas y ámbitos de la práctica.

Neuman afirmó que los conceptos pueden separarse para su análisis, para establecer objetivos específicos e intervenciones

Se utiliza también para explicar el estado de equilibrio dinámico del paciente y reacción o presunta respuesta a los factores estresantes

Los profesionales de enfermería utilizan este modelo como marco de atención, su perspectiva integral permite la evaluación y cuidado del paciente, el paciente es un participante activo en la prevención y la gestión interdisciplinaria de sus cuidados.



Bibliografia

Alligood

Mariner

DOROTHY E JOHNSON

(1919-1999)

MODELO DEL SISTEMA CONDUCTUAL

Su Modelo de Sistema Conductual se utilizó para desarrollar una base teórica en Enfermería y para las prácticas en instituciones.

Influida por las notas de Florence Nigthingale concibió su modelo para desarrollar una base teórica en enfermería y como base en la práctica profesional en las instituciones.

La premisa es que la enfermería era profesión que brindaba una contribución al bienestar de la sociedad, el objetivo explícito es el bienestar del Paciente

Su labor se basó en la misión social de la enfermería desde como refiere “la perspectiva de visión teóricamente sólida de la persona a la que servimos” Johnson en 1977, trabajo sobre los conceptos de Nigthingale en lo que respecta a que “la relación es entre la persona que está enferma y su entorno, no con la enfermedad , la transición desde este enfoque hacia una orientación a un sistema conductual más sofisticado y teóricamente más sobre los sistemas de acción humanos y el conocimiento crecientes de los sistemas conductuales

El objetivo de la enfermería “es mantener y restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona o ayudar a la persona a conseguir un nivel más óptimo equilibrio y funcionamiento “

Otra premisa es que la Enfermería es “una fuerza externa que actúa para preservar la organización y la integración de la conducta del paciente hasta un nivel óptimo utilizando mecanismos reguladores o de control temporales o proporcionando recursos cuando el paciente sufre estrés o un desequilibrio del sistema conductual “

Como arte y ciencia proporciona ayuda ante las alteraciones del equilibrio del sistema por el cual se precisa de un conocimiento del orden, desorden y control.

La teoría se ha asociado con individuos, Johnson creía que los grupos de individuos, como familias y comunidades, podrían considerarse como sistemas conductuales interactivos. Con el énfasis puesto en la actualidad en los cuidados de calidad la promoción de la salud y la prevención de lesiones y enfermedad, se espera que una teoría derivada del modelo que reconozca dichos trastornos de conducta en estos ámbitos.

El apoyo social, la autoestima, la ansiedad, la depresión y las percepciones de la capacidad funcional se consideraron como algunos de los factores en las enfermedades crónicas y que afectan entre otras la adaptación psicológica

Las actividades de Enfermería son complementarias a las médicas

Las intervenciones de enfermería pueden producirse 1) reparando las unidades estructurales, 2) imponer de forma temporal medidas externas reguladoras o de control; 3) suministrar condiciones o recursos del entorno o 4) aportar estimulación para que pueda el sujeto anticiparse al problema estableciendo el accionar de la enfermera preventiva. Johnson afirmó que “si los

cuidadores fueran conscientes de cómo sus conductas y las conductas de la familia influyen en los pacientes a la hora de crearles conductas de dependencia al principio de una enfermedad, podrían evitarse fácilmente muchas disfunciones”

Si extrapolamos a las comunidades, tienen objetivos, normas, opciones y acciones, además de necesitar protección, cuidado y estimulación. Las comunidades, reacciona a los estímulos internos y externos y esto conduce a una conducta funcional o disfuncional

Centrándose en la conducta más que en la biología, la teoría diferencia claramente la enfermería de la medicina, aunque los conceptos se solapan con las profesiones psicosociales

La Teoría de Sistemas como ciencia básica, se creó a partir del supuesto de que todos los tipos de sistemas tenían características en común independiente de su naturaleza interna. Johnson utilizó esta Teoría, y reunió un conjunto de constructos teóricos para identificar y describir la misión de enfermería, siendo los componentes y en una descripción del contexto de las relaciones entre sí(subsistemas) y con otros sistemas (entorno)

El modelo de Jonhson ofrece la comprensión de un sistema donde se ponen en juego la relaciones e interacciones entre los elementos que componen todo el sistema, pero discrepaba en algunos aspectos con la definición de estrés que propuso Selye, que lo definió como “un estado” producido por el síndrome que engloba no solamente en lo biológico.

En este modelo el estrés, coincide con otro autor, (William Caudill- psiquiatra y antropólogo) en el que es un proceso en el que existe una relación de interacción entre varios estímulos y las defensas que surgen contra ellos

Tomo de otros autores la descripción y explicación, y a las cuales adhirió como, la conducta de dependencia, los sistemas de respuesta de ingestión y eliminación, subsistema sexual, subsistema agresivo-protector que tiene por función la protección y preservación.

Otro subsistema identificado por Johnson es la Conducta de realización, la cual involucra las habilidades físicas, creativas, mecánicas, y sociales.

No adhirió al concepto de subsistema restaurador que era sustentado por otros profesionales y que incluían conductas como sueño, juego y relajación.

Por ejemplo, el sueño, básicamente es una fuerza biológica, no una conducta motivacional.

Los estímulos pueden ser positivos o negativos

Se propuso ver la enfermería de manera holística (sistema conductual)

El funcionamiento conductual eficiente y eficaz en la persona fomenta la prevención de la enfermedad, durante y después de la misma”

Fundamento su trabajo con científicos conductuales en psicología, sociología y etnología, observando que tenían una significación adaptativa, contribuyendo a la identificación y contenido de sus siete subsistemas

Los sistemas sociales y todas las conductas tienen como función mantener el sistema

Johnson conceptualizó a la persona como un sistema conductual en la que el foco este puesto en la conducta de un individuo como un todo (lo que hace y porqué).

Este sistema conductual se desprende de un Sistema General, siendo los conceptos que abordan. el holismo, la búsqueda de objetivos, la interrelación/ interdependencia, estabilidad-

inestabilidad, los sub sistemas, la regularidad, la estructura, la función, la energía, la retroalimentación, y la adaptación

Desarrollo el concepto que el desarrollo del conocimiento de los sistemas conductuales se centra en las respuestas específicos conductuales

MODELO DEL SISTEMA CONDUCTUAL DE JOHNSON

Johnson, aborda la misión de la enfermería desde la perspectiva histórica, analítica y empírica

Su razonamiento es deductivo e inductivo, que se evidencia a través del proceso de desarrollo de su teoría del sistema conductual. La comprensión debe ir del todo a sus partes, primero identifica el sistema conductual y luego explico las propiedades y conducta del sistema, describiendo la función y subsistemas como parte del Sistema

Se han utiliza en los ámbitos intra y extrahospitalario y en los comunitarios.

La teorista **no utilizó el término PROCESO ENFERMERO.** No obstante, hay conceptos que se mencionan en muchas de sus obras como: valoración, trastornos, tratamiento y evaluación, Y menciona que “Para la enfermera, los modelos conceptuales sirven como orientación para el diagnóstico y tratamiento, por lo que constituyen una aportación práctica considerable”, el modelo puede aplicarse siempre que tenga una conducta desorganizada, irregular y disfuncional, un cambio interno o externo del entorno es muy frecuentemente responsable de estas conductas

Los signos de desequilibrio requieren identificación del problema para definirlo reuniendo datos y diseñar una **INTERVENCIÓN** para restaurar el equilibrio.

Cada subsistema se conforma por un grupo o tendencia de respuestas o sistemas de acción que comparten un impulso u objetivo en común. Estas respuestas se diferencian, desarrollan y modifican con el tiempo a través de la maduración, la experiencia y el aprendizaje, determinadas congénitamente.

Cada uno de los siete subsistemas de Johnson poseen tres requisitos funcionales :1) protección 2) nutrición 3) estimulación. Ante una enfermedad o amenaza la enfermera puede convertirse en fuente de requisitos funcionales.

El Sistema es activo y no pasivo. La enfermera esta fuera del sistema conductual, pero interacciona con éste. En la práctica clínica este modelo, requiere incorporar el proceso de Enfermería

En la intervención de Enfermería debe indicar la identificación de la fuente del problema y que consecuentemente da lugar a la acción enfermera apropiada y se traduce en el mantenimiento o restablecimiento del equilibrio del sistema

Numerosas obras empíricas aceptan la idea del Sistema conductual como un todo y su utilidad como marco para la toma de decisiones de enfermería en el campo de la investigación, formación y práctica de enfermería.

Utilizo conocimientos de otras disciplinas, como el aprendizaje social, la motivación, la estimulación sensorial, la adaptación, la modificación conductual, el proceso de cambio, la tensión y el estrés, para ampliar y adaptarla a la práctica de enfermería

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES :

- **CONDUCTA**: Johnson analiza la conducta afectada por la presencia real o supuesta de otros seres sociales cuya importancia en la adaptación es una realidad contrastada.

SISTEMA: (Rapoport 1968) Es un todo que funciona como un conjunto en virtud de la interdependencia de sus partes. (Chinn) Organización, interacción, interdependencia, e integración de las partes y elementos.

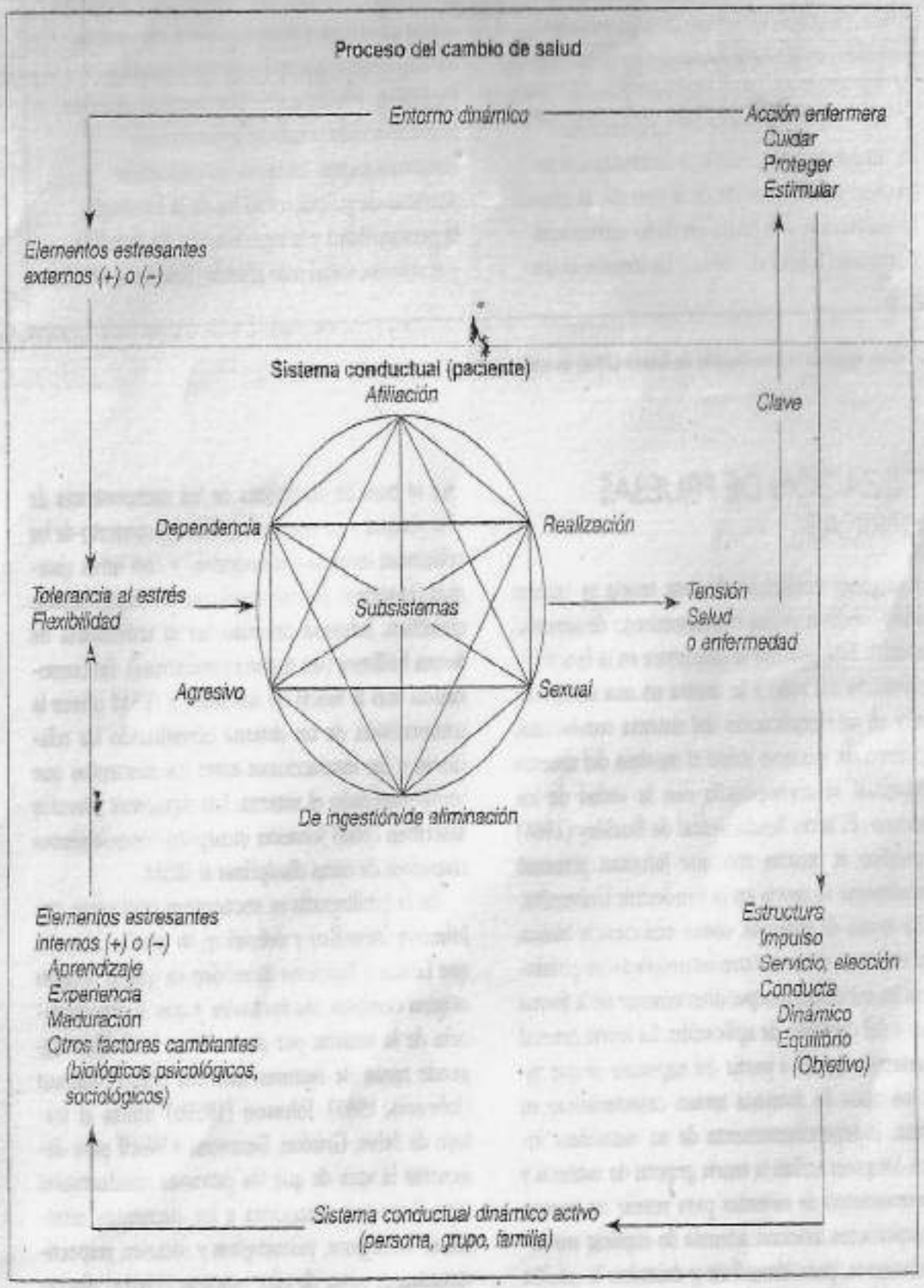


Figura 18-1 Modelo del sistema conductual de Johnson. (Conceptualizado por Jude A. Magers, Indianapolis, IN.)

METAPARADIGMAS DE SU TEORIA

PERSONA: como sistema conductual posee modos de actuación pautados, repetitivos, y determinados vinculados con el entorno. La concepción de la persona es motivacional

La experiencia previa, el aprendizaje y los estímulos físicos y sociales influyen en la conducta

Según las teorías etológicas abordadas, los factores biológicos e innatos influyen en el moldeado y motivación de la conducta

Johnson identificó varios supuestos fundamentales en su teoría: supone una organización, interacción y una interdependencia, así como la integración de las partes de la conducta conforman el sistema, su interrelación e interdependencia se denominan subsistemas. Las respuestas del individuo forman un todo organizado e integrado.

El sistema conductual de las personas tiende a luchar para lograr el equilibrio entre las fuerzas que funcionan sobre y dentro de él.

Las personas, reconoció que las personas buscan activamente nuevas experiencias que pueden alterar el equilibrio temporalmente.

La regularidad y constancia en la conducta es imprescindible en los seres humanos

El equilibrio del sistema conductual refleja ajustes y adaptaciones que son satisfactorios, pero con limitaciones, incluso si la conducta observada no siempre coincide con las normas de conductas culturales aceptables o de salud.

Para recobrar el equilibrio la persona emplea una considerable energía, lo que puede producir que falte dicha energía para los procesos biológicos y su recuperación

SALUD: es definido como un sistema dinámico, influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. Al evaluar la “salud “los resultados del equilibrio del sistema son los siguientes: 1) se necesita un consumo mínimo de energía para mantenerla o en caso de enfermedad si posee la energía para su recuperación 2) la supervivencia biológica y social continuada está asegurada y 3) se consigue cierto grado de satisfacción personal

ENTORNO: Está formado por todos aquellos factores que no forman parte del sistema conductual y que influyen en el sujeto. La enfermera puede manipular algunos aspectos para conseguir el objetivo de la salud o equilibrio de dicho sistema personal.

El sistema conductual “determina y limita la interacción de la persona con su entorno y se establece la relación con los objetos, fenómenos y situaciones”

Este sistema intenta mantener el equilibrio con los factores del entorno, ajustándose y adaptándose, en ese proceso la persona para afrontarlo debe poseer una gran energía

El entorno se traduce también en el origen de los imperativos de sustento de protección, cuidado y estimulación prerrequisitos necesarios para mantener la salud

Al haber un desequilibrio, la enfermera puede tener que convertirse en una reguladora temporal del entorno y suministrar requisitos funcionales para poder adaptarse al factor estresante. Estos requisitos varían según la edad, sexo, la cultura, las capacidades de afrontamiento y el tipo y gravedad de la enfermedad

La valoración de enfermería inicial comienza en el momento en el que se observa la tensión y señales de desequilibrio. Los datos de valoración incluyen la historia clínica, las pruebas y observaciones estructurales.

La enfermera, no puede controlar la exactitud y la cantidad de datos obtenidos durante la valoración enfermera, pero si al sujeto (sistema), las partes observadas del subsistema, es la conducta. Los seis reguladores a tener en cuenta al momento de la valoración implican los biofísicos, psicológicos, evolutivos, socioculturales, familiares y físicos del entorno.

La enfermera deberá ser capaz de acceder a la información relacionada con los objetivos, servicios y elecciones de los subsistemas estructurales.

> "Los trastornos son aquellos relacionados tangencial o periféricamente con el trastorno en el sistema biológico; es decir, son producto senci llamante de la enfermedad o del contexto situacional del tratamiento; y…aquellos que forman parte integral del trastorno del sistema biológico ya que están directamente asociados o son una consecuencia directa de un tipo específico de trastorno del sistema biológico o de su tratamiento"
>
> (Johnson, 1968)

Según Johnson "Los sistemas de Gestión o intervenciones consisten, en parte en el cuidado, la protección y la estimulación. La enfermera puede proporcionar temporalmente mecanismos de control y una regulación externa, sostiene que las técnicas incluyen; la enseñanza, la formación de roles y el asesoramiento. Si se prevé un problema o un trastorno hay que realizar la acción enfermera preventiva con los métodos adecuados

El cuidado, la protección y la estimulación son importantes para el cuidado enfermero preventivo o para la promoción de la salud y controlar la enfermedad"

El equilibrio del sistema conductual se consigue cuando el individuo demuestra un grado de constancia en sus patrones de funcionamiento interno o interpersonal.

Aunque Johnson utilizó los términos equilibrio, estabilidad, adaptación al equilibrio, alteraciones, desequilibrios y trastornos conductuales, de manera indistinta, los programas de investigación definieron los términos desde un punto de vista operativo y los usaron de forma coherente

Este modelo del Sistema Conductual sirvió para desarrollar un autoinforme y un instrumento de observación, para implementarlos en el proceso de atención de enfermería

Para Johnson, el uso eficaz del cuidado, la protección y la estimulación durante el contacto podrían reducir significativamente los problemas del sistema conductual. Estudios realizados (Rawlls y Herbert 1980-1989), llegaron a la conclusión de que la teoría proporcionó una base para predecir los resultados de intervenciones enfermeras, formular normas para el cuidado, y proporcionar un cuidado holístico

Otro estudio (Grice 1997), descubrió que la enfermera, el paciente y las características situacionales influían en la valoración y en la toma de decisiones con por ejemplo la administración de fármacos ansiolíticos y antipsicóticos a pacientes psiquiátricos hospitalizados, en determinadas horas.

Este modelo fue examinado (Lachicotte y Alexander 1990) y utilizado como un marco para la toma de decisiones sobre la gestión de enfermeras con carencias en la formación para la función de dirección. Sugirieron que si se consideraban los niveles del entorno proponiendo que las directoras valoraran el desequilibrio en el Sistema enfermero, cuando las enfermeras estaban mal preparadas y evaluar ese sistema para tratar las carencias de las enfermeras. Se concluyó que cuando la enfermera recibe ayuda y afronta sus carencias, comienza a restaurarse el equilibrio del sistema.

Esta teoría resulta también útil en la formación enfermera, los planes de estudio basados en la persona como un sistema conductual poseen objetivos definidos y facilitan la planificación. El estudio se centraría en el paciente como un sistema conductual y en su disfunción, exige el uso del proceso de enfermería, precisándose también conocimientos multidisciplinares como las disciplinas sociales y conductuales, de las ciencias biológicas y físicas necesita identificar y explicar los trastornos del sistema conductual

Es por ello que la investigación enfermera necesita identificar y explicar los trastornos del sistema conductual que originan la enfermedad y elaborar el proceso adecuado para tratarlos. Considerando que el modelo podía permitir la comprensión de los aspectos culturales de la asistencia diversos autores la utilizaron para identificar los factores intra e interculturales que pudieran permitir o dificultar la conducta de cumplimiento de la medicación occidental en ancianos con insuficiencia cardíaca de inmigrantes de origen chino. Otros investigadores (Oyedele, Wright y Maja -2013) analizaron los conocimientos y percepciones, centrándose en cuatro subsistemas: vinculación, dependencia, logro y sexual, y valoraron los estímulos, objetivos y elecciones de jóvenes, por ejemplo: sudafricanos.

La mayoría de los estudios se han realizado en individuos con enfermedades de larga duración. Estos estudios de investigaciones probaron la eficacia del uso del modelo en niños y ancianos; basados en una extensa práctica en el uso del instrumento y en la investigación se llegó a la conclusión que esta teoría, constituía una guía para planificar y administrar el cuidado con un conocimiento científico

La investigación en el campo de la dinámica de Sistemas, podría conducir al desarrollo de instrumentos eficaces de valoración a utilizar en ámbitos clínicos

Martha Rogers (1914-1994)

SERES HUMANOS UNITARIOS

La ciencia de Rogers tiene la pretensión fundamental de comprender la evolución humana y su potencial para el perfeccionamiento del hombre. La ciencia coordina un universo de sistemas abiertos con el fin de identificar el centro de un nuevo paradigma e iniciar la identidad de la enfermería como ciencia

Rogers se fundamentó en la antropología, la psicología, la sociología, la astrología, la religión, filosofía, historia, biología, física, matemáticas y literatura, para así crear un modelo de seres humanos unitarios y su entorno como campos de energía esenciales para el proceso vital.

Los orígenes de su ciencia se encuentran en las propuestas de Nightingale quien ubica al ser humano dentro del marco del mundo natural.

Fue creado con el objetivo de obtener una enfermería moderna provocó que comenzara a investigarse en este campo la relación entre el ser humano y su entorno

Newman describe “la ciencia de los seres humanos unitarios como el estudio de la experiencia Sensitiva e intuitiva de las enfermeras durante el proceso mutuo entre ellas y las personas que atiende”

Al tratarse de un sistema conceptual abstracto, la ciencia de los seres humanos unitarios no permite identificar de manera directa indicadores empíricos comprobables.

Determina un punto de vista del mundo y una filosofía que se utilizan para identificar los fenómenos de interés para la disciplina enfermera.

Utiliza un método dialéctico en contraposición a un método logístico (métodos estructurados por las matemáticas y lógica modernas), problemático u operacional; es decir aporta una explicación de la enfermería.

Su modelo es deductivo y lógico. Los seres humanos unitarios y su entorno se integran entre sí.

Los conocimientos en los que se basa su modelo aportan un nuevo punto de vista del mundo.

Rogers acuñó los términos: **homeodinámica** (estado similar de cambio y crecimiento) **helicidad** (evolución) **resonancia** (intensidad del cambio) **integración** (totalidad).

El propósito de la teoría es exponer la manera en la que el hombre interactúa con el entorno; describe como campos de energía irreductible, perteneciendo el uno al otro en plena evolución y cómo dicho campo puede verse afectado por diversidad de factores, creando de esta interacción del hombre un ser unitario o todo unificado.

Esto Influye a su vez en la Salud del sujeto, pero también en la de sus familiares y percepciones, además de influirnos como profesionales y seres humanos durante la provisión de los cuidados al sujeto

A modo futurista, pero realista, la aplicación de esta teoría innovadora abre las puertas a la adquisición de nuevos conocimientos que, al ser aplicados, nos rinda una visión distinta, particular y más amplia del concepto hombre-entorno, basados en una diversidad de disciplinas

Son cuatro los conceptos para desarrollar su modelo: campos de energía, universo de sistemas abiertos, patrones y la tetradimensionalidad.

Rogers insistió en la estructura de los programas educativos para que se enseñe enfermería como ciencia y como profesión.

Este modelo se ha usado de guía en el perfeccionamiento de la formación de todos los niveles de la educación enfermera, deben recibir formación dde por vida e indicó que "la naturaleza de la práctica de enfermería es el uso del conocimiento para participar en la mejora de la humanidad".

> Para Rogers "*Los estudiantes universitarios tienen que ser capaces de detectar problemas, de tener las herramientas adecuadas para investigar y de seguir estudios que les permitan usar el conocimiento adquirido para obtener una mejora en la práctica, también deberían saber leer la bibliografía recomendada de un modo inteligente. Una persona que haya estudiado un máster tiene que saber llevar una investigación aplicada…La investigación teórica, que es la investigación base, se efectuará en programas de doctorado de alto nivel que se centren en la enfermería como campo de aprendizaje que es y que solo se consigue con esfuerzo*".

SUPUESTOS QUE DESARROLLA EN SU TEORÍA

Según Rogers (1970) señala cinco supuestos en los que se apoya su teoría

1) El hombre es un todo unido que posee su integridad y características evidentes, lo que lo convierte en algo más que la suma de las partes que lo componen
2) El hombre y su entorno están intercambiando continuamente situaciones y energía
3) El proceso vital evoluciona de manera irreversible y unidireccional a través del continuo espacio-tiempo (helicidad)
4) El patrón y la organización identifican al hombre y lo reflejan en toda su totalidad innovadora
5) El hombre se caracteriza por su capacidad de abstracción, de representar imágenes, de lenguaje y pensamiento, de sensación y emoción

El modelo planteado es un sistema abstracto, de ideas con las que aproximarse a la práctica enfermera, se hace hincapié en la experiencia y en la existencia, relevante en el sistema sanitario actual. En este modelo, la enfermería se basa en un conocimiento teórico que guía la práctica enfermera.

La práctica enfermera es creativa e imaginativa y su finalidad es atender a las personas. Sus fundamentos son el juicio u opinión razonados, el conocimiento abstracto y la compasión humana.

En el pasado, la enfermería concebía la práctica como algo útil, y la teoría todo lo contrario. La teoría y la práctica son dos componentes relacionados en una misma práctica de enfermería; entendiendo como expansión y crecimiento del saber unitario de la enfermería, aportando el marco teórico para la aplicación artística del cuidado enfermero

En este modelo el proceso de pensamiento crítico que dirige la práctica se puede dividir en tres componentes *valoración del patrón, modelo mutuo y evaluación.*

Otro autor citado (Cowling 2000) constata que la valoración del modelo evita, sino trasciende, las categorías reduccionistas de los marcos valorativos físico, mentales, espirituales, emocionales, culturales y sociales. A través de la observación y la participación la enfermera se concentra en las expresiones humanas como son la *reflexión, la experiencia, la percepción, para formarse así un perfil de paciente.* El entendimiento mutuo implica tener presente la participación, pero no se tendrá en cuenta que se espere que cambie. La evaluación se centra en las sensaciones que surgen durante la consecución del modelo mutuo. El personal de enfermería es participe de la experiencia vivida con respecto a la salud, ejerciendo una multitud de facetas, lo que incluye "cuidadores, educadores, abogados, asesores, planificadores, coordinadores y colaboradores, aceptar la diversidad y asumir la conexión que hay entre todas las cosas de la vida" citando a Malinski (1986)

Otro autor Barrett (1998) es citado y define que "el proceso es continuo, en el que las enfermeras atienden a los clientes para que estos escojan libremente y de modo consecuente la mejor forma para participar en el beneficio de su propio bienestar"

MARTHA E. ROGERS

BIOGRAFIA

- Nació el 12 de mayo de 1914 en Dallas (Texas)
- Se diplomó en enfermería en la Knoxville General Hospital School of Nursing (1936)
- Murió el 13 de marzo de 1994.

MODELO: SERES HUMANOS UNITARIOS

- Expone claramente valores y creencias del ser humano, la salud, la enfermería y el proceso educativo.
- Los cimientos son el campo de energía, los sistemas abiertos, el modelo que hay que seguir y la pandimensionalidad.
- Descansa sobre un conjunto de supuestos básicos que describen el proceso vital de los seres humanos.
- Propósito: mostrar la interacción del hombre con su entorno y que depende de sanos campos de energía para llevarlo a su pleno evolución.

FUENTES TEÓRICAS

- Teoría de la relatividad de Einstein en espacio-tiempo.
- Teoría de electrodinámica de Burr y Northrop en relación con los campos eléctricos.

CONCEPTOS

- Campo de energía: unidad de los seres vivos como de la materia inerte.
- Universo de sistemas abiertos: Idea integral del campo de energía.
- Hemodinámica: Cuidado del paciente y lo que lo hace comprender su estado de vida y lo que le afecta.
- Integralidad: Interacción hombre-entorno.
- Patrón: identifica los campos de energía.
- Pandimensionalidad: sin atributos de espacio ni tiempo.
- Resonancia: Cambio en los patrones de ondas en el campo humano y entorno.
- Helicidad: Diversidad continua del campo humano y entorno.

SUPUESTOS

- Interacción del hombre y entorno.
- Basado en el principio de Hemodinámica.

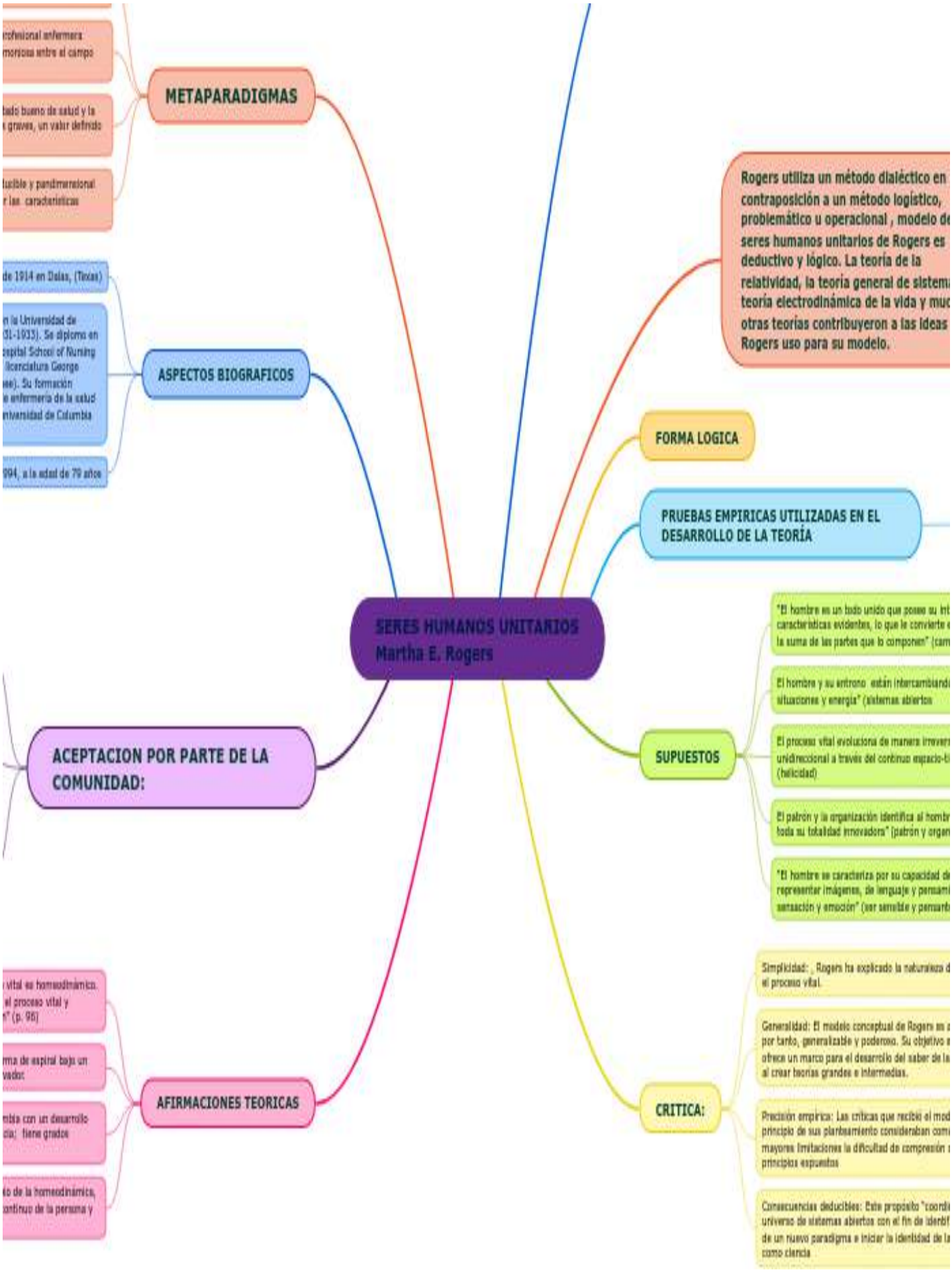
AFIRMACIONES

- El hombre es un todo unido que posee su integridad y características evidentes.
- El hombre y su entorno están cambiando continuamente materia y energía entre ellos.
- El proceso vital evoluciona irreversible y unidireccionalmente a través del espacio-tiempo.
- El patrón y la organización identifican al hombre y reflejan su totalidad innovadora.
- El hombre se caracteriza por su capacidad de abstracción, lenguaje y pensamiento, sensación y emoción.

METAPARADIGMA

- Persona: sistema abierto, ser unitario e integrado con campos de energía.
- Entorno: campo de energía irreductible y pandimensional. Evoluciona continuamente.
- Salud: valor definido por la cultura o el individuo.
- Enfermería: ciencia y arte. Busca el balance de armonía entre el hombre y su entorno.

MAPA CONCEPTUAL “Seres humanos unitarios” Rogers



METAPARADIGMAS

PRINCIPALES PREMISAS

PERSONA: Sistema abierto que interacciona constantemente con otro sistema abierto, el cual es el entorno (integración).

La define como un ser humano unitario e integrado con campos de energía infinitos y pandimensionales o de eterna energía

El ser humano unitario, se define como un campo de energía irreductible, indivisible. Los seres humanos “no son entidades incorpóreas, ni conglomerados mecánicos; el hombre es un todo unido que posee su integridad y características evidentes, lo que lo convierte en un todo distinto de la suma de las partes que lo componen”

ENTORNO: Es un campo de energía irreductible y pandimensional. Cada campo del entorno es específico de un campo humano, por lo cual ambos evolucionan continuamente, interaccionando entre sí; ambos cambian de un modo continuado y creativo. Los campos del entorno son infinitos y su modificación siempre es innovadora e impredecible

SALUD: La define como Salud pasiva, para simbolizar un estado bueno de salud y la ausencia de enfermedad o dolencias graves

Para Rogers, salud, como un valor definido por la cultura o el individuo. En la -Ciencia planteada por la teorista el fenómeno en que se basa el sistema conceptual de enfermería es el proceso vital humano, que tiene su propia unidad dinámica y creativa, va unido al entorno y se caracteriza por ser un todo

Concepto que depende de la definición o percepción que le ofrezca como persona o cultura y que esto dependerá de las circunstancias y experiencias a lo largo de la vida de cada ser humano y la capacidad de este para lidiar y alcanzar la salud según los sistemas de valores existentes a considerar

ENFERMERÍA: La describe una profesión aprendida y es tanto como ciencia, como arte. Impulsó la Enfermería como ciencia, ya que el objetivo de esta es fomentar y promover la salud y el bienestar, buscando el balance y la armonía entre el hombre y el entorno. ES UNA CIENCIA EMPÍRICA, que se basa en el fenómeno que se centra Se centra en la totalidad de la persona de forma humanístico, abstracto, juicioso, compasivo sin perder la creatividad y la inventiva en cada intervención. LA INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS Y EL ENTORNO EN QUE VIVEN

El fin de la Enfermería es fomentar la salud y el bienestar en todos los individuos. El arte viene a ser el uso creativo de la ciencia de enfermería, que servirían para provocar una mejora en las personas

La enfermería se creó para atender a las personas y sus procesos vitales

Rosemarie Rizzo Parse (1938-1994)

DESARROLLO HUMANO

Rizzo Parse estableció el paradigma del Desarrollo Humano sobre la Teoría de enfermería, la investigación cualitativa, y la calidad de vida.

Sus fuentes teóricas se basaron en: la Escuela del pensamiento del desarrollo basada en la ciencia humana (Dilthey): La ciencia de los Seres Humanos Unitarios (Martha Rogers); los dogmas del pensamiento fenomenológico existencial (Heidegger, Sartre, Meleauponty)

Su teoría-modelo se basó en el método inductivo-deductivo fundamental para el desarrollo de la teoría del Desarrollo humano. La misma surgió de las experiencias personales; empleando la forma deductiva-inductiva los componentes principales del desarrollo humano desde la ciencia de los seres humanos unitarios y el pensamiento existencial- fenomenológico.

Parse con su intuición extrajo de forma metodológica los supuestos, postulados, principios, conceptos y metodologías de la práctica (vivencia del arte) y ciencia del paradigma del desarrollo humano.

En su modelo muestra como los principios, los conceptos, y las estructuras teóricas se relacionan con simplicidad y complejidad (paradoja). La abstracción y la complejidad crean la posibilidad de crecimiento, erudición y sostenibilidad.

Parse corroboró la historia de la Enfermería como una Ciencia humanística. Sostiene que los individuos no pueden ser reducidos a partes constituyentes para ser comprendidos

Las personas son seres vivientes diferentes de cualquier esquema que los divida.

Su teoría fue publicada en 1981. La enfermería se basa en el Humanismo por sobre el positivismo y corroboró la historia de la Enfermería como una ciencia humanística. Desafía la visión médica tradicional de la enfermería y define la disciplina enfermera como la ciencia básica única que se centra en las experiencias vitales del universo humano universal.

Parse desarrollo por primera vez un método de investigación específico(*ciencia*). Este método inicialmente se denominó: *método de investigación* por *Método de ciencia Parse:* desde entonces se ha articulado un Método hermenéutico

Las enfermeras necesitan una base de conocimientos única que ilumina su forma de vivir el arte y las ciencias necesarios para cumplir su compromiso con la humanidad, el sistema de creencias (ontología)que sustenta el desarrollo humano “especifica que, con el universo humano, el ser humano es una presencia integrada del devenir; este devenir visible-invisible para convertirse en el ahora emergente, la idea es que el significado cambia con cada experiencia vital.

Su teoría se aplica a la experiencia vivida de los seres humanos, centrada en la calidad de vida del paciente, crea una fuerte relación entre la enfermera y el paciente y no se centra en arreglar los problemas, el paciente debe verse como una persona que vive experiencias a través del medio ambiente.

La “calidad de vida “como la característica “la característica nuclear del individuo, la materia de la vida”, es llegar a ser visible-invisible del ahora emergente.

> “La teoría (del desarrollo humano) no permite una valoración por sí sola, ya que no es una teoría predictiva y no se basa en una visión causa-efecto (del universo humano). El objetivo de la investigación (ciencia)no es verificar la teoría o valorarla, sino bien descubrir las esencias de los fenómenos vividos para conseguir una comprensión más profunda de lo universal. Esta comprensión evoluciona cuando se conectan las descripciones ofrecidas por las personas acerca de la teoría y así se hacen más explicitas las esencias del ser humano” Parce (1993)

arte de explica Parce sostiene que existen experiencias vitales universales del universo humano como: la esperanza, la alegría, la pena, el duelo, el miedo y la confianza; siendo descripciones de sus recuerdos -proyecciones de los fenómenos (en estudio) cuando aparecen con el ahora emergente, es una vivencia de la experiencia que se está describiendo.

Aplicó un proceso inductivo – deductivo, esto es porque ha surgido de las experiencias vividas por Parse en el ejercicio profesional.

Parse dejo de emplear el término “investigación” para empezar a utilizar “ciencia”, siendo esta última un logro permanente, indivisible, impredecible y siempre cambiantes de conocimientos

Desde el pensamiento existencial fenomenológico se expresó mediante los dogmas de la intencionalidad y la subjetividad humana y conceptos de co-constitución, coexistencia, y libertad de situación; “Co”, significa “junto con”. Se refiere a la creación de distintos significados a partir de las nuevas situaciones.

Los seres humanos deciden constantemente lo que es importante en sus vidas, deciden qué atención prestar a las situaciones, a los proyectos y a la gente. La vida diaria representa la elección y la actuación de las personas en sus prioridades de valores, y las prioridades de valores cambian a medida que la vida se manifiesta. Poder actuar según las creencias es tan importante como alcanzar el objetivo deseado; la integridad personal está íntimamente ligada a la libertad de la situación

Los seres humanos no pueden separarse de sus relaciones con el universo. Las relaciones con el universo incluyen todos los vínculos que los individuos tienen con otras personas y con ideas, proyectos, antecesores, historia y cultura

La teoría del Desarrollo Humano ha evolucionado con el tiempo. La evolución como proceso intersubjetivo de trascendencia de lo posible; es un esquema relacionado con la asignación de prioridades; es un proceso abierto que experimentan los seres humanos. El ser humano trasciende a lo posible de forma multidimensional.

La aparición de este nuevo paradigma se acompañó de varios conceptos nuevos, como universo humano como cocreación indivisible, impredecible y en constante cambio; el *ethos (*costumbre-carácter*)*- (definición : forma común de vida o de comportamiento que adopta un grupo de individuos que pertenecen a una misma sociedad) del desarrollo humano es la dignidad, la presencia, la existencia, la confianza y el valor y la calidad de vida como camino para llegar a ser visible-invisible del ahora emergente

La epidemiología del paradigma del desarrollo humano son las experiencias vitales del universo humano universal y las metodologías de las ciencias básicas, entre las que están la ciencia de

Parse y la ciencia hermenéutica (técnica o método de interpretación de textos en un contexto -r, traducir e interpretar más allá del sentido literal) del desarrollo humano

Parse no emplea el término investigación, sino ciencia, que se encuentra más en línea con el pensamiento del nuevo paradigma donde el término de práctica enfermera ya no es usado, sino que *vivir el arte de la enfermería en presencia verdadera* es la forma es que las enfermeras están con los demás para iluminar el significado, modificar los ritmos e inspirar trascendencias

PRINCIPALES PREMISAS 382

De las PREMISAS del paradigma del desarrollo humano surgen tres temas que son:

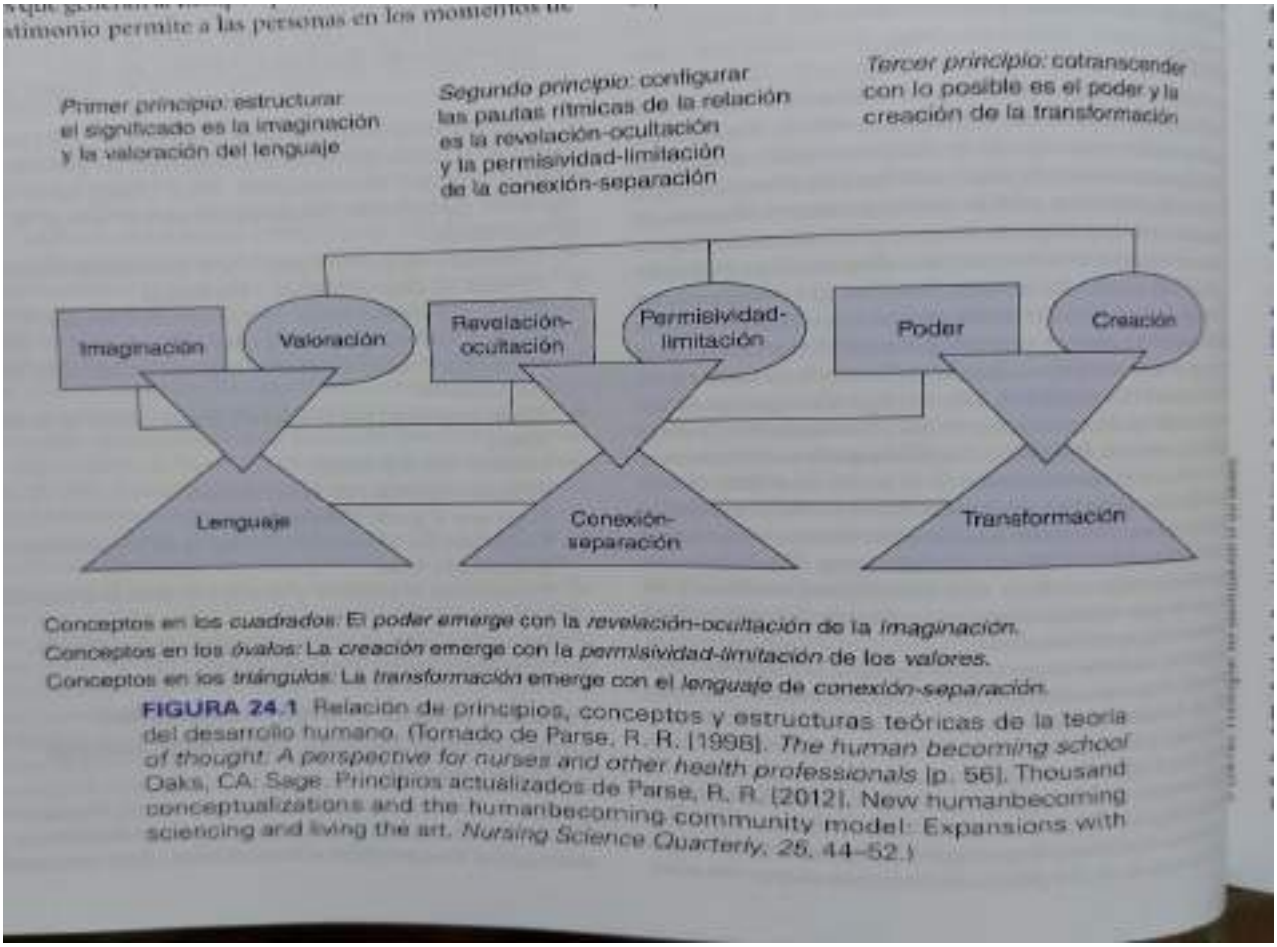
1**)SIGNIFICADO**; momentos significativos de la vida, concepto de imagen -valoración y expresión lingüística. Las enfermeras no pueden saber lo que significará para una familia recibir noticias de una enfermedad inesperada o de un cambio en la salud hasta que aprenden el significado que el hecho supone desde la perspectiva de la familia. Los significados personales se comparten con los demás cuando la gente expresa su opinión, sus preocupaciones, sus esperanzas, y sus sueños

2) **RITMO**; patrones de vivir, conceptos como revelar, ocultar, permitir, limitar y concretar.

Sugiere que la gente vive pautas irrepetibles de relación con los otros, las ideas, los objetos, y las situaciones. Sus pautas de relación encarnan sus realidades y estas pautas cambian constantemente conforme integran nuevas experiencias e ideas con lo que se convierte en visible-invisible en el ahora emergente

3)**TRASCENDENCIA**; ir más allá de uno mismo reforzando los conceptos de fuerza, creación y transformación.

Trata del cambio y de la posibilidad, es decir la infinita posibilidad que supone en el desarrollo humano refiriendo la teorista que" poder creer una cosa u otra, para poder ir en una u otra dirección, para ser persistente o para prescindir de algo, para aprobar o desesperarse, todas estas opciones aparecen en la vida diaria", elegir entre las distintas opciones co-trasciende con distintas posibilidades



Conceptos en los *cuadrados*: El *poder* emerge con la *revelación-ocultación* de la *imaginación*.
Conceptos en los *óvalos*: La *creación* emerge con la *permisividad-limitación* de los *valores*.
Conceptos en los *triángulos*: La *transformación* emerge con el *lenguaje* de *conexión-separación*.

FIGURA 24.1 Relación de principios, conceptos y estructuras teóricas de la teoría del desarrollo humano. (Tomado de Parse, R. R. [1998]. *The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals* [p. 56]. Thousand Oaks, CA: Sage. Principios actualizados de Parse, R. R. [2012]. New humanbecoming conceptualizations and the humanbecoming community model: Expansions with sciencing and living the art. *Nursing Science Quarterly, 25*, 44–52.)

METAPARADIGMAS

Se basa en las ciencias humanas, se centra en el ser humano como unidad vital y su participación cualitativa de experiencias de salud

Interpreta los conceptos hombre, universo y salud como inseparables e irreducibles. El ser humano relaciona de forma rítmica su proceso mutuo con el universo, siempre debe haber una relación universo-humano.
‘’ La calidad de vida se vive momento a momento, no es buena o mala, es una síntesis de los valores que tiene la persona y una forma de vivir, de este modo se va entretejiendo con las experiencias vividas. **’’**
‘’ La calidad de vida se identifica con el grado de alegría que tiene una persona en relación a las posibilidades importantes que le ofrece su vida. **’’**

PERSONA: Lo define como unidad vital del universo.

Basándose en los postulados de Rogers, Parse toma el fundamento acerca de que las personas como seres abiertos que se relacionan con la ilimitabilidaddel universo, como conocimiento indivisible, ilimitado, extendido al universo, en cambio constante y reconocidos por patrones.

Desde la perspectiva de Parse, los humanos son intencionados, por lo tanto, tienen una postura significativa y abierta con el universo y con las personas, los proyectos y las ideas que constituyen la experiencia de vida. La gente elige sus actitudes y acciones con opciones ilimitadas; la presencia humana con el mundo es personal y los humanos viven con un significado para convertirse en quienes son. Las personas son inseparables del mundo y construyen relaciones únicas. El desarrollo como personas es complejo, y está repleto de significado explícito-implícita.

La co-construcción abarca oportunidades y limitaciones de los seres humanos, cuando viven su presencia en el mundo y cuando hacen elecciones sobre lo que significan las cosas y como proceder.

La gente cambia y es cambiada debido a sus interpretaciones personales de las situaciones de su vida. Varias formas de pensar y actuar unificando los patrones familiares con otros emergentes que aparecen cuando las personas moldean su realidad única.

El significado se encuentra en el mensaje que dan y reciben las personas cuando hablan, se mueven, permanecen en silencio o cuando están tranquilas y es la propia persona la que elige

Las personas no pueden decidir acerca del significado o la importancia de algo en nombre de otra persona

SALUD: Son experiencias vividas por los seres humanos, Parse, no alude a la salud en el nuevo paradigma del desarrollo humano, el aspecto importante es la CALIDAD DE VIDA.

La calidad de vida trasmite la idea que las personas cambian constantemente; alude a la naturaleza nuclear de una persona, la que se define como la presencia augusta, la cocreación, y del universo humano con los predecesores, contemporáneos y sucesores. Posee (la calidad de vida), según Parse, tres conocimientos centrales “Reforzar la sabiduría, dar testimonio y penetrar el silencio”

Reforzar la sabiduría hace referencia a que las personas eligen formas de ser que se ajusten a sus prioridades de valores.

Dar testimonio, las personas que generan al tiempo oportunidades y restricciones. ”Dar testimonio permite a las personas en los momentos de decisión anclarse en aspectos persistentes, al tiempo que se consigue diversificar la conducta en atención a los constantes cambios”

Penetrar el silencio; el individuo debe elaborar en silencio las ilimitadas oportunidades con la que cuenta para crear algo bueno “es atravesar la quietud en silencio solemne, perfecta intimidad de lo indecible que permea la esencia del ser”

ENTORNO: Es el intercambio de energía para crear lo que hay en el universo El ser humano cocrea la realidad a través de la conexión con las personas, tecnología y con diversas formas de arte. Es la manera en que el ser humano vive su realidad.

ENFERMERÍA: Las enfermeras asumen que las personas ,que tienen libertad para elegir, tienen un significado único sobre las situaciones de vida. Son imprevisibles, indivisibles, en cambio constante y se relacionan con los demás siguiendo pautas paradójicas. Respetar las creencias serias comparables a comparar la suposición de que los seres humanos son seres espirituales o compuestos por sistemas complejos

Las afirmaciones sobre los seres humanos son creaciones teóricas, no fácticas.

Un estudiante o enfermera tiene diversas ideas del ser humano; es por esta razón por lo que existe una necesidad contemplar visiones diversas, y distintas teorías sobre los fenómenos de preocupación para la disciplina. El conocimiento de la disciplina es diferente del conocimiento práctico o técnico que las enfermeras utilizan en entornos sanitarios; el conocimiento de la disciplina es teórico e identifica los fenómenos de interés de la enfermera, que son experiencias vitales del universo humano Parse:” la investigación experta es una pregunta formal que lleva al

descubrimiento de un nuevo conocimiento, mejorando la teoría", para clarificar las distinciones entre las distintas maneras de pensar.

Una enfermera investigadora (*enfermera erudita*), que guiado por el Desarrollo Humano sabe que la realidad de la persona rodea lo que lo rodea lo que se recuerda y lo que se imagina o espera a medida que aparece en el momento.

Una Enfermera Erudita que realiza una investigación de la Ciencia de Parse, invita a las personas a hablar sobre una experiencia vital concreta dentro del universo humano universal. Lo que se comparte sobre la experiencia en investigaciones lo que Parse llamó "verdad para el momento", que es la descripción de la persona de su realidad, una expresión de "sabiduría personal" sobre el fenómeno en estudio a la luz de lo que sucede y se conoce en ese instante, tratando de descubrir la evidencia, ser testigo de un conocimiento en cambio constante a medida que nuevos conocimientos cambian el significado y la verdad para el momento.

Los que siguen la Ciencia de Parse tratan de separar el contexto particular de las ideas nucleares. Las expresiones recogidas y el descubrimiento se producen una y otra vez conforme se separan el contexto y las ideas nucleares, que al fin se separan del contexto

El proceso de destilación-fusión (extracción -síntesis) de la ciencia de Parce, separa las ideas nucleares presentes en las descripciones de la experiencia vital en estudio de todos los participantes. Las ideas centrales son aisladas, pero todavía no están refinadas en forma que las haga significativas para el mundo en su conjunto. Las ideas centrales se refinan en el lenguaje del desarrollo humano y la ciencia de la enfermería, de forma que otros profesionales de esta disciplina vean la significación.

Dada que toda la ciencia está impulsada por la teoría los hallazgos de la misma se interpretan en virtud del marco de referencia orientador para avanzar en el conocimiento de la disciplina

ASPECTOS DEDUCIBLES DE LA TEORÍA DEL DESARROLLO HUMANO

R. Rizzo Parse asocia la Enfermería y las Ciencias Humanas; en su teoría contrasta vivamente con la mayoría de las teorías de Enfermería que son un reflejo de la Ciencia médica
Los interrogantes sociales se relacionan con la calidad de vida en enfermedades crónicas, terminales, y marginales.
La teoría se desarrolla potencialmente para ayudar a la enfermera y asumir sus responsabilidades ante la sociedad y dar respuestas a las cuestiones que se le presenten.
El modelo contribuirá a la transformación de la base de conocimiento de la enfermera y a la práctica de la disciplina desde una perspectiva unitaria; también abre nuevas esperanzas en el significado y calidad de la vida de las personas tal y como estas las perciben
Entre sus supuestos más relevantes podemos determinar que el ser humano coexiste, mientras coconstituye esquemas rítmicos con el universo. El hombre es un ser abierto que elije libremente los significados de las situaciones y que asume con responsabilidad sus decisiones.
El ser humano es una unidad viva que coconstituye esquemas de acción y trasciende en lo posible de forma multidisciplinar.
La evolución es un proceso abierto que experimentan los seres humanos, es también un esquema relacionado con la asignación de prioridades, a la vez de ser intersubjetivo de trascendencia de lo posible.
La teoría utilizó como una guía teórica genérica para desarrollar un modelo de toma de decisiones para reguladores de enfermería (Benedict et.al , 2000)
Su teoría ha generado controversias y debate académico sobre la enfermería como una disciplina en evolución y una ciencia humana diferenciada.

Nola J. Pender (1941- actualidad)

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

En el año 1975 público un artículo acerca de un modelo conceptual de cuidado, como base para estudiar, como los individuos toman decisiones sobre el cuidado de su propia salud en el contexto de Enfermería. En dicho artículo se observó que los factores descriptos en investigaciones previas, influían sobre la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir la enfermedad

Investigaciones posteriores de Pender se realizaron de manera continua hasta 2006, acerca de su teoría

El bienestar como especialidad de enfermería ha adquirido mayor importancia, y la práctica clínica actual ajustada al arte, incluyen la formación en la promoción de la Salud. Los profesionales consideran que es importante porque se aplica durante toda la vida y en diversas situaciones

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, dando como resultado la participación en las conductas que favorecen la salud, debiendo existir una pauta para la acción.

Este modelo de Promoción de Salud identifica conceptos relevantes sobre las conductas, integrando hallazgos empíricos desde la investigación para facilitar la generación de hipótesis comparables.

El modelo plantea dimensiones y relaciones que generan o modifican la conducta promotora de la salud, punto central o la expresión de acción dirigida a resultados de salud positivos, el bienestar óptimo, cumplimiento personal y vida productiva.

Este Modelo de salud se formuló mediante la inducción usando las investigaciones disponibles para generar un patrón de conocimientos sobre la conducta de salud. Es un modelo conceptual a partir del cual se pueden desarrollar teorías de nivel medio.

Se formuló con la intención de integrar lo que se sabe sobre las conductas de promoción de salud y generar preguntas que obligan a hacer más estudios, ilustra además cómo un marco de investigación previo se ajusta y permite manejar los conceptos para estudios posteriores

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada para poder mejorar la explicación de las relaciones entre los factores que se piensa influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable y se refiere que “hay que promover la vida saludable que es primordial antes de los cuidados, porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

Tras obtener su doctorado Pender, describe un cambio de pensamiento, que paso a definir el objetivo del cuidado de enfermería como salud óptima del individuo

Pender publicó numerosos artículos sobre el ejercicio, cambios de conducta, y entrenamiento en relajación como aspectos de la promoción de la salud

Su programa de investigación se centra en dos focos principales: 1) comprender como la autoeficacia condiciona las respuestas de agotamiento y afectiva, antes de la actividad física en las adolescentes 2) Desarrollar un programa de ordenador interactivo como intervención para aumentar el grado de actividad física en las mismas. Siendo una investigación de un diseño de intervención informatizada para el asesoramiento de esta actividad.

Pender, tenía dentro de sus fuentes teóricas, la base en enfermería, el desarrollo humano, la psicología experimental, y la educación; campos que le llevaron a emplear una perspectiva holística de la enfermería, la psicología social y la teoría del aprendizaje, como base para el modelo de la promoción de la Salud.

En la figura se observa el marco de referencia que se utilizó orientada a predecir las formas de vida que promocionan la Salud de forma global y las conductas específicas, como el ejercicio o el uso de protección auditiva

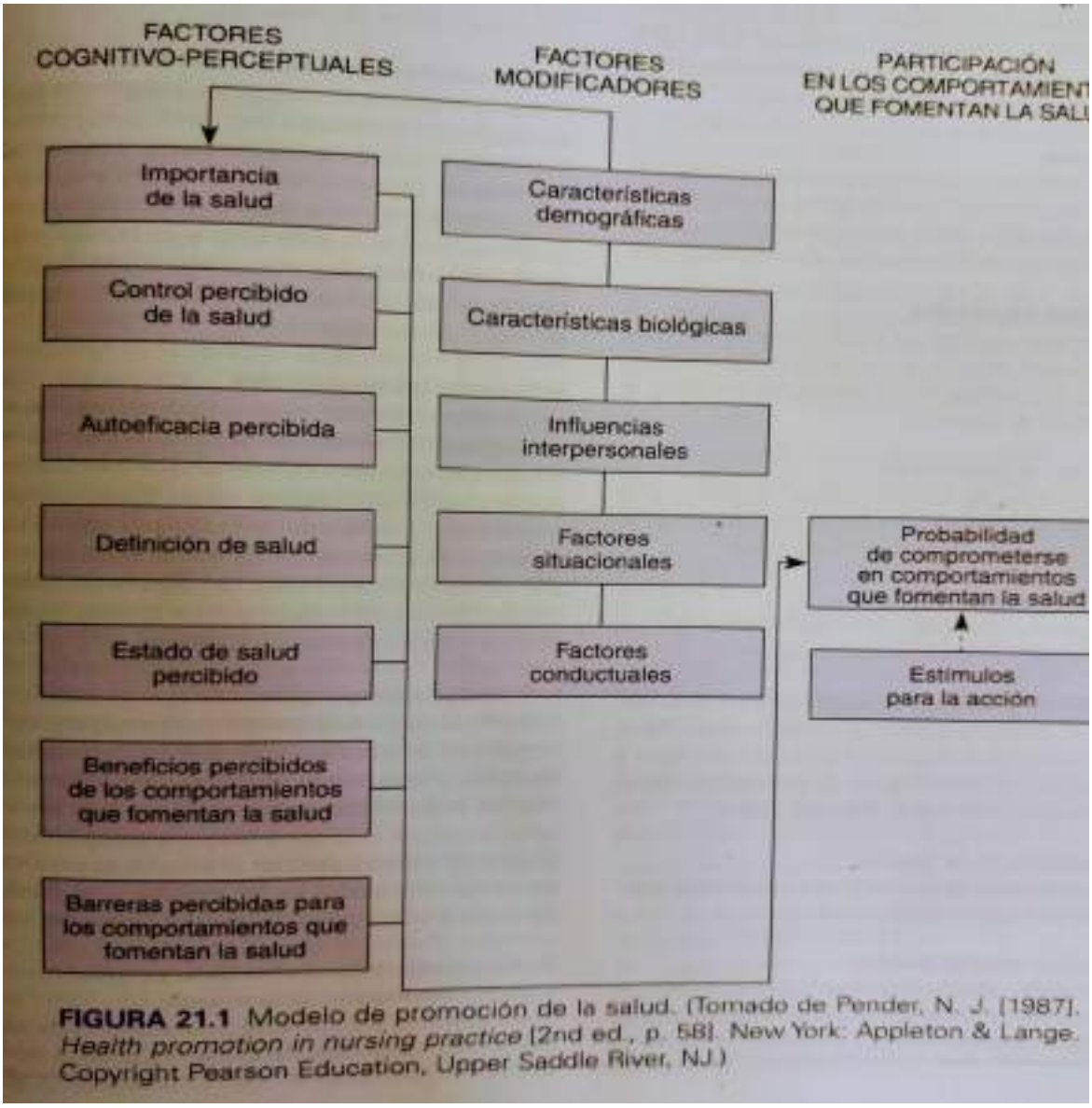


FIGURA 21.1 Modelo de promoción de la salud. (Tomado de Pender, N. J. [1987]. *Health promotion in nursing practice* [2nd ed., p. 58]. New York: Appleton & Lange. Copyright Pearson Education, Upper Saddle River, NJ.)

Esta teoría postula varios **CONSTRUCTOS**:

Se realizó un programa de investigación financiado, tomando como población a 1) adultos trabajadores ,2) ancianos de una comunidad 3) pacientes oncológicos ambulatorios y 4) pacientes sometidos a rehabilitación cardíaca

La teoría del Aprendizaje social (Bandura 1977) es clave en el modelo de la promoción de la salud, que postula la importancia del proceso cognitivo para la modificación de la conducta; esta Teoría actualmente se denomina Teoría Cognitiva social y que incluye diversas autocreencia a saber: autoatribusión, autoevaluación y autoeficacia (constructo central del modelo de promoción de la salud). La conducta es racional y económica (Feather 1982) y fue importante para el desarrollo de la teoría.

Pender en su modelo, se diferencia del Modelo de Creencia en la Salud (Becker 1974) en el cual no incluye el temor o las amenazas como fuente de motivación para la conducta de salud, en cambio la autora hace hincapié en que el modelo se amplía para incorporar conductas orientadas a mejorar la salud y las aplica a lo largo de la vida

SUSTENTOS TEORICOS

Pender, postula sustentos teóricos en la que la importancia de los procesos cognitivos en el campo de la conducta, incorporando aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual; sustentan que los factores psicológicos influyen en el comportamiento de las personas.

La teorista señala cuatro requisitos para que las personas aprendan y modelen su comportamiento; la atención, es decir estar expectante ante lo que sucede; retención hace referencia a recordar lo observado; la reproducción que es la habilidad para reproducir la conducta ante un fenómeno, y la motivación que haya una buena razón para querer adoptar esa conducta.

EL segundo sustento teórico determina que la conducta es racional, el componente motivacional es clave para conseguir un logro, es la intencionalidad. Cuando hay una intención clara, concreta, definida para conseguir una meta, lograr un objetivo. La intencionalidad, es entendida como el compromiso personal con la acción. El componente motivacional se observa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos a la consecución de las metas

MARCO CONCEPTUAL MODIFICADO

En este segundo marco primariamente se eliminó la importancia de la salud, el control percibido de la acción y los estímulos para la acción.

Un segundo marco se recolocó la definición de salud, el estado de salud percibido y las características biológicas y demográficas como repercusión en los factores personales

En tercer lugar, añadió tres variables que influirían para que el individuo iniciara la conducta de promoción de salud. Es primordial el afecto relacionado con la actividad, el compromiso con un plan de acción y las exigencias y preferencias que compiten de forma inmediata

Este modelo revisado facilita la generación de hipótesis analizables, aportando un paradigma para el desarrollo de los instrumentos, que sirven para comprobar el modelo y apoyar su posterior desarrollo.

Uno de ellos HPLP (siglas en inglés) su objetivo es medir el estilo de vida de promoción de salud. Es importante conocer que poseen 52 indicadores y 6 sub categorías medidos a través de una Escala de Likert y son 1)responsabilidad en la Salud,2) Actividad física, 3) nutrición, 4)relaciones interpersonales, 5) crecimiento espiritual, 6)manejo del estrés. Se refleja con los datos obtenidos el reflejo de un estilo de vida general promotor de la salud

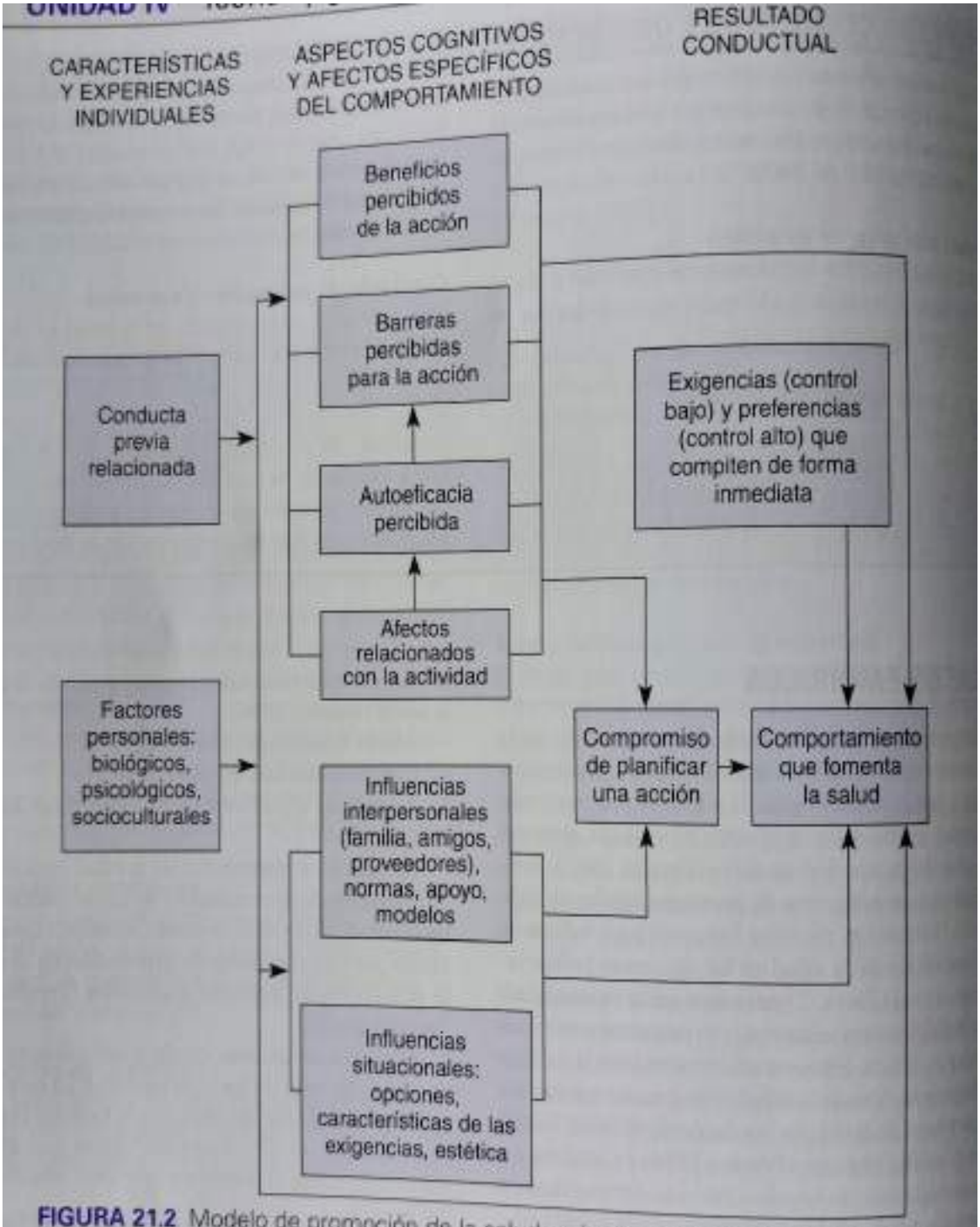


FIGURA 21.2 Modelo de promoción de la salud revisado. (Tomado de Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. [2002]. *Health promotion in nursing practice* 4th Ed., ©2002. Reproducido con autorización de Pearson Education, Inc., New York, New York.)

El **primer concepto** se refiere a experiencias previas que pudieran tener efecto directo o indirectos en el compromiso con las conductas de promoción de la salud

El **segundo concepto** aborda los conceptos de factores personales que los categorizan como biológicos, psicológicos y socioculturales; predictivos de determinadas conductas y la consideración de las metas de las conductas

Al observar la segunda columna son los centrales del modelo, relacionados con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones y creencias) específicos de la conducta. Aparecen seis conceptos a saber

:1) beneficios percibidos por la acción y que son los resultados positivos como expresión de la conducta de salud,

2) barreras percibidas para la acción, son las apreciaciones negativas o desventajas de la persona y que obstaculizan el compromiso con la acción, con la mediación de la conducta y la conducta real

, 3) auto eficacia percibida; representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, cuanto mayor es el compromiso aumenta la probabilidad de ejecutar la acción y la actuación real de la conducta, teniendo como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica;

4) el cuarto componente hace referencia al afecto relacionado con el comportamiento, que comprende las emociones o reacciones a pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta.

5) este concepto nos introduce en las influencias interpersonales, refiere a comprometerse a adoptar conductas de promoción de la salud, y que se espera produzcan cambios ,que estos se den e incluso ofrecer ayuda o apoyo para permitirla.

6) y por último, indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden variar de acuerdo al compromiso o participación en la conducta promotora de la salud

Estos seis componentes se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, concepto que se ubica en la tercera columna y que se refiere al precedente para el resultado final deseado que se fijan como la conducta promotora de Salud y que puedan influir en las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas.

Las conductas alternativas sobre las conductas alternativas y donde los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o responsabilidades del cuidado de la familia, no asi como las preferencias personales poseyendo un control relativamente alto sobre las acciones al elegir algo.

PREMISAS

Se identificaron premisas referidas como ; las asunciones(responsabilidades-RAE) reflejan las perspectivas de las ciencias conductuales y resaltan el papel activo del paciente en el manejo de las conductas de salud mediante la modificación del contexto ambiental. Se enumeran dichas premisas que se podrían considerar supuestos de dicho modelo:

1) Las personas tratan de generar condiciones de vida que les permitan expresar su potencial de salud humana único
2) Las personas tienen capacidad de autoconciencia reflexiva, incluida la evaluación de sus propias competencias
3) El valor de las personas crece en direcciones consideradas positivas y trata de conseguir un equilibrio aceptable a nivel personal entre cambio y estabilidad
4) Los individuos tratan de regular de forma activa su propio comportamiento
5) Los individuos interactúan con el entorno en toda su complejidad biopsicosocial, transformándolo de forma progresiva y transformándose a su vez con el tiempo

6) Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que influye sobre las personas durante toda su vida
7) La reconfiguración autoiniciada de los patrones interactivos persona-entorno es esencial para conseguir un cambio de conducta.

En lo que respecta a sus Fundamentos Teóricos , Pender en su Modelo tiene un enfoque orientado por competencias o abordajes .La promoción de la salud se motiva por el deseo de fomentar el bienestar y el potencial humano (Pender 1996). En su primera obra (Pender 1982), analiza los complejos procesos biopsicosociales que mueven a los individuos a implicarse en conductas orientadas a mejorar su salud.

En su cuarta edición Pender y otros (2002) hacen referencia a 14 afirmaciones teóricas derivadas de su modelo son:

- La conducta previa y las características heredadas y adquiridas condicionan las creencias y afectos y posibilitan la conducta de promoción de la salud.
- Las personas se comprometen a adaptar conductas que anticipen obtener beneficios a los que den valor personalmente.
- Las barreras percibidas pueden limitar el compromiso de acción, el mediador de la conducta y la propia conducta
- La competencia o autoeficacia percibida para poder realizar una conducta determinada, aumenta la probabilidad de compromiso de acción y la realización real de la conducta
- Una mayor autoeficacia percibida se asocia a un menor número de barreras percibidas para una conducta de salud específica
- El efecto positivo hacia una conductase asocia una mayor autoeficacia oercibida, lo que a su vez puede traducirse en una aumento de los afectos positivos
- Cuando las emociones o afectos positivos se asocian a una conducta, la probabilidad de un compromiso y acción aumentan
- Es más probable que las personas se comprometan y sigan conductas de promoción de la salud cuando otras personas significativas modelan esa conducta , esperan que estas se siga, apoyan y fomentan que esta llegue a producirse.
- Las familias, los amigos y los profesionales sanitarios son fuente importante de influencia interpersonal que pueden aumentar o reducir el compromiso y la participación en la conducta de promoción de la salud.
- Las influencias situacionales en el entorno externo pueden aumentar o reducir el compromiso o la participación en las conductas de promoción de la salud
- Cuanto mayor sea el compromiso con el plan de acción específico , más probabilidad habrá que las conductas de promoción de la salud se mantengan con el tiempo
- Existe menos probalibilida que un compromiso con el plan de acción consiga traducirse en la conductas deseada cuando las exigencias que entran en competencia sobre las cuales las personas tiene poco control necesitan una atención inmediata
- Es menos probable que el compromiso con un plan de acción se traduzca en una conducta, cuando otras acciones resultan más atractivas y se prefuieren sobre la conducta diana
- Las personas pueden modificar sus aspectos cognitivos, sus afectos y sus entornos interpersonales y físico para crear incentivos para las acciones de salud

METAPARADIGMAS

SALUD: Estado altamente positivo. Teoría centrada en la Salud

PERSONA: Es el individuo, a quienes va dirigido el modelo. Cada persona está definida de una forma única, por su propio patrón cognitivo-perceptual y por factores que pueden variar

ENTORNO: Se representa las interacciones entre lo cognitivo-preceptúales y factores modificantes que influyen en la aparición de conductas promotoras de salud. Donde se desarrollan sus actividades, en una comunidad

ENFERMERÍA: La enfermera es el principal agente para motivar a los usuarios para mantener su salud personal. Los profesionales que investigan según este modelo se inclinan a los campos de la enfermería y la sociología; la utilización de este modelo de Promoción de la Salud permite comprender las conductas promotoras de Salud, así como las motivaciones que lo impulsan

IMPORTANCIA EN LA FORMACIÓN

En el pasado la promoción de la salud se ubicaba detrás del cuidado de la enfermedad porque la formación clínica se realizaba en cuidados agudos. Este modelo tiende a aplicarse en los nuevos planes de estudio como unos de los aspectos de evaluación de la Salud, la enfermería en salud comunitaria y cursos centrados en el bienestar

El modelo tiene un nivel medio. Es muy generalizable a poblaciones adultas, tomando a toda una población cubriendo las características sociodemográficas y prevé su aplicación en diferentes situaciones

El modelo enfermero que de respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

El interés clínico en las conductas saludables representa una desviación filosófica *QUE PONE MÁS ENFASIS EN LA CALIDAD DE VIDA QUE EN LA SALVACIÓN DE LA VIDA*

La sociedad sufre cargas económicas, humanas y ambientales cuando los individuos no participan de la promoción y prevención de la salud.

Este modelo aporta una solución de enfermería a la política sanitaria y su reforma como medio para comprender cómo se puede motivar a los pacientes a conseguir su salud personal

Considerar una mayor responsabilidad y grado de implicancia en las prácticas de salud personal exige el apoyo del personal de enfermería mediante el desarrollo de la ***PRACTICA BASADA EN LA EVIDENCIA.***

Este modelo evolucionó a partir de una investigación sustantiva (esta investigación intenta responder un problema teórico de las variaciones de un modelo y se orienta a describir y

explicar y que la encamina hacia la investigación básica o pura (Sánchez Reyes 2002) y sigue aportando orientaciones para mejorar las prácticas de salud

MADELEINE M. LEININGER (1927-2012)

TEORIA DE LA DIVERSIDADY DE LA UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES

La teoría de Leininger se centra en brindar atención que esté en armonía con las creencias, prácticas y valores culturales del paciente . En la década de 1960, acuñó la frase “atención culturalmente congruente”, que es el objetivo principal de la enfermería intercultural.

En 1970, sentó las bases para el desarrollo del campo de la ***enfermería transcultural, la teoría del cuidado cultural y la asistencia sanitaria basada en la cultura.***

Leininger estableció, explicó y utilizó la Teoría del Cuidado Cultural para estudiar muchas culturas en EEUU y en otros paises.

Su teoría deriva de la antropología y de la enfermería. Definió la enfermería transcultural, como un área principal de la Enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores de los cuidados, la expresión y creencias sobre la salud y la enfermedad, y los patrones de conducta.

El propósito de la teoría; descubrir las diversidades y las universalidades de los cuidados humanos en relación con la concepción del mundo, las dimensiones culturales y de la estructura social, y las formas de proporcionar cuidados culturales congruentes a personas de culturas diferentes para mantener o recuperar su bienestar o afrontar la muerte de una forma culturalmente adecuada

El objetivo de la teoría, es proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas que sean beneficiosos y se adapten al estilo de vida saludable del paciente, la familia o grupo cultural

Señala la existencia de varias áreas comunes de conocimiento e interés científico teórico entre la antropología y la enfermería formulando diversos conceptos, teorías, prácticas y principios de la disciplina que funda la Enfermería transcultural

La antropología es una ciencia social que estudia al ser humano de una forma integral. La antropología recurre a herramientas y conocimientos producidos por las ciencias naturales y las sociales. la aspiración de la disciplina antropológica, es producir conocimiento sobre el ser humano en diversas esferas, pero siempre como parte de una sociedad. De esta manera intenta abarcar tanto la evolución biológica de nuestra especie, el desarrollo y los modos de vida de pueblos que han desaparecido, las estructuras sociales de la actualidad y la diversidad de expresiones culturales y lingüístico que caracterizan a la humanidad

La aplicación de la Teoría de los cuidados culturales a la práctica avanzada de la enfermería ha sido explicada por varios autores contemporáneos transculturales, como una “base fundamental para la preparación educativa, la práctica contextual de los cuidados primarios y los intentos de investigación centrada en el resultado de la práctica avanzada de la Enfermería “usando los tres modos de cuidados culturales, los modelos y el método de etnoenfermería.

La integración de los cuidados culturales se destacan como congruentes o sensibles a través de abordajes directos y explícitos para ser utilizados por las enfermeras practicantes , que deben ser capaces de integrar de manera sensible y competente los cuidados culturales en las rutinas contextuales, las formas clínicas, y los abordajes de la práctica de la atención primaria a través del modelo de roles, la formulación de políticas, la ejecución de las intervenciones y la evaluación del rendimiento

El entusiasmo e interés de Leininger por desarrollar el campo de la enfermería transcultural desde un enfoque de los cuidados humanos se ha mantenido durante más de seis décadas

MÉTODO Y ENFOQUES

Desarrollo un método de Investigación de **etnoenfermería,** para ser utilizado conjuntamente con la Teoría para descubrir de forma cualitativa el punto de vista interno de las culturas, para que los profesionales en Enfermería investigadores estudien y descubran los fenómenos del cuidado cultural desde la perspectiva de la filosofía de la ciencia humana y a través de la lente del análisis cualitativo

A través del método etnográfico para estudiar los cuidados. Estos métodos están dirigidos al descubrimiento de la verdad, los puntos de vista, las creencias y los estilos de vida sistematizados de los grupos culturales, las familias y los individuos

Leininger en los sesenta, combinó la enfermería y la antropología y desarrollo el método de la etnoenfermería con el fin de estudiar los fenómenos de la enfermería transcultural de forma específica y sistemática. Utilizó hábilmente la etnoenfermería, la etnografía, las historias y las anécdotas de las personas, fotografías y los métodos fenomenológicos para realizar un abordaje integral de la conducta cultural de los diversos contextos del entorno

Con estos *métodos cualitativos* el investigador acompaña a la persona en las actividades de la vida diaria y comprender mejor su mundo, este método es importante para el desarrollo de los conocimientos sobre los cuidados culturales basados en datos básicos y sustantivos, cualquier método que se utilice depende del propósito de la investigación, lo que va a investigar y el objetivo del estudio

Par a Leininger el método es importante específicamente para establecer significados y describir el conocimiento cultural precisos que ls métodos cuantitativos poseían un valor limitado.

A través de la etnoenfermería el enfermero investigador obtiene de forma Inductiva, datos de las narrativas descriptas e interpretativamente documentadas que explicitan los valores de los cuidados culturales, a través de la acción y de la participación

Este método se centra en el descubrimiento de creencias, valores y prácticas de los cuidados conocidos de forma cognitiva o subjetiva por las personas de una cultura a través del lenguaje orientado en las personas, las experiencias, las creencias y el sistema de valores locales sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales como el cuidado, la salud y los factores del entorno

Su investigación y su teoría ayudaron a muchos estudiantes de enfermería a entender las diferencias culturales existentes en los cuidados y la atención humanos, la salud y la enfermedad.

ENFERMERÍA

Enfermería se define como el cuidado *de la salud del ser humano.* También recibe ese nombre la profesión que, fundamentada en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales

La enfermería transcultural; va de un estado de concienciación, hasta el uso de conocimientos de enfermería del cuidado cultural para propiciar una atención culturalmente congruente y responsable

Para que la enfermería sea significativa y relevante para los pacientes y otros profesionales de enfermería del mundo, el conocimiento y las competencias en enfermería transcultural serían imperativos para guiar todas las decisiones y acciones de los cuidados para conseguir resultados eficaces y tener éxito

A nivel de diplomatura, deberá ser capaz de aplicar los conceptos, principios y prácticas de la Enfermería transcultural generados por especialistas en este campo.

Es por esto que la **especialista** en enfermería transcultural, participa en programas de posgrado; adquiriendo de esta forma las competencias y conocimientos a través del estudio de culturas seleccionadas con una profundidad suficiente (valores, creencia y formas de vida) para proporcionar cuidados de alta calidad, seguros y eficaces.

Se centra en el estudio y análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud, las enfermedades y de los modelos de conducta

El profesional de Enfermería actúa como un puente entre los cuidados genéricos (populares) y profesionales

Los profesionales de enfermería utilizan los tres modos de decisiones y acciones de los cuidados culturales de enfermería en la práctica, como se predijo en la teoría: *Preservación y mantenimiento, Adaptación o negociación y reorganización o reestructuración de los cuidados culturales.*

CONCEPTO DE ASISTENCIA

Leininger ha sostenido que la *asistencia* es la esencia de la Enfermería y el rasgo predominante distintivo y unificador de esta disciplina. Dicha asistencia es un dominio complejo, engañosos y, a menudo, integrado de una estructura social y en otros aspectos de cultura.

Leininger plantea que existen diferentes formas de expresiones y modelos de asistencia tan diversos entre si como, hasta cierto punto universales.

TIPOS DE ASISTENCIA

- Conservación y mantenimiento de los cuidados culturales.
- Acciones de ayuda para alcanzar un estado de bienestar, recuperación, afrontar discapacidades y/ o a muerte
- Adecuación o negociación de los cuidados culturales; acciones y decisiones del profesional para obtener resultados sanitarios beneficiosos y satisfactorios
- Rediseño o restructuración de los cuidados culturales; acciones y decisiones profesionales para ayudar a reordenar alterar o modificar el modo de vida, ofreciendo un estilo de vida más saludable y provechoso.

El modelo del *Sol Naciente* y la Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales.

Fue desarrollado por Leininger en los años setenta para representar los componentes esenciales de su teoría. El modelo fue mejorado en el 2006 y actualizado por Mc Farland y Wehbe-Alamah en 2015.

El modelo del sol naciente y la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales en este texto se hace una mera referencia, pero se presentan algunas ideas para poder introducirlo en el trabajo sobre la teoría integral y completa de discusión en los años setenta

ENFERMERÍA

Diferencias en los modos de práctica

Enfermería transcultural: profesionales de enfermería preparados y comprometidos en adquirir conocimiento y un método práctico de la actuación de la enfermería transcultural

Enfermería intercultural: Los profesionales que utilizan conocimientos antropológicos médicos o aplicados sin comprometerse en el desarrollo de técnicas o prácticas basadas en la investigación dentro del campo de la enfermería transcultural aplica a profesionales que trabajan en dos culturas

Desarrollo de la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales

Estudios de Personas hacia otras personas, culturas, que tengan la oportunidad de: ofrecer información; orientar para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás

Cultura: determina patrones y estilos de vida.

Descubrir y documentar el mundo del paciente y utilizar puntos de vista émicos (conceptos que existen sólo en una cultura o nación, específicos en esa cultura), sus conocimientos y prácticas con ética como base para adoptar acciones profesionales coherentes con la forma de cultura.

Estos programas de enfermería siguen siendo necesarios para la práctica, la formación, la investigación, la administración, la consulta y la preparación de los profesionales de enfermería transcultural para obtener la titulación

La demanda de profesionales de enfermería transcultural supera con creces los profesores de enfermería preparados, la financiación o los recursos educativos

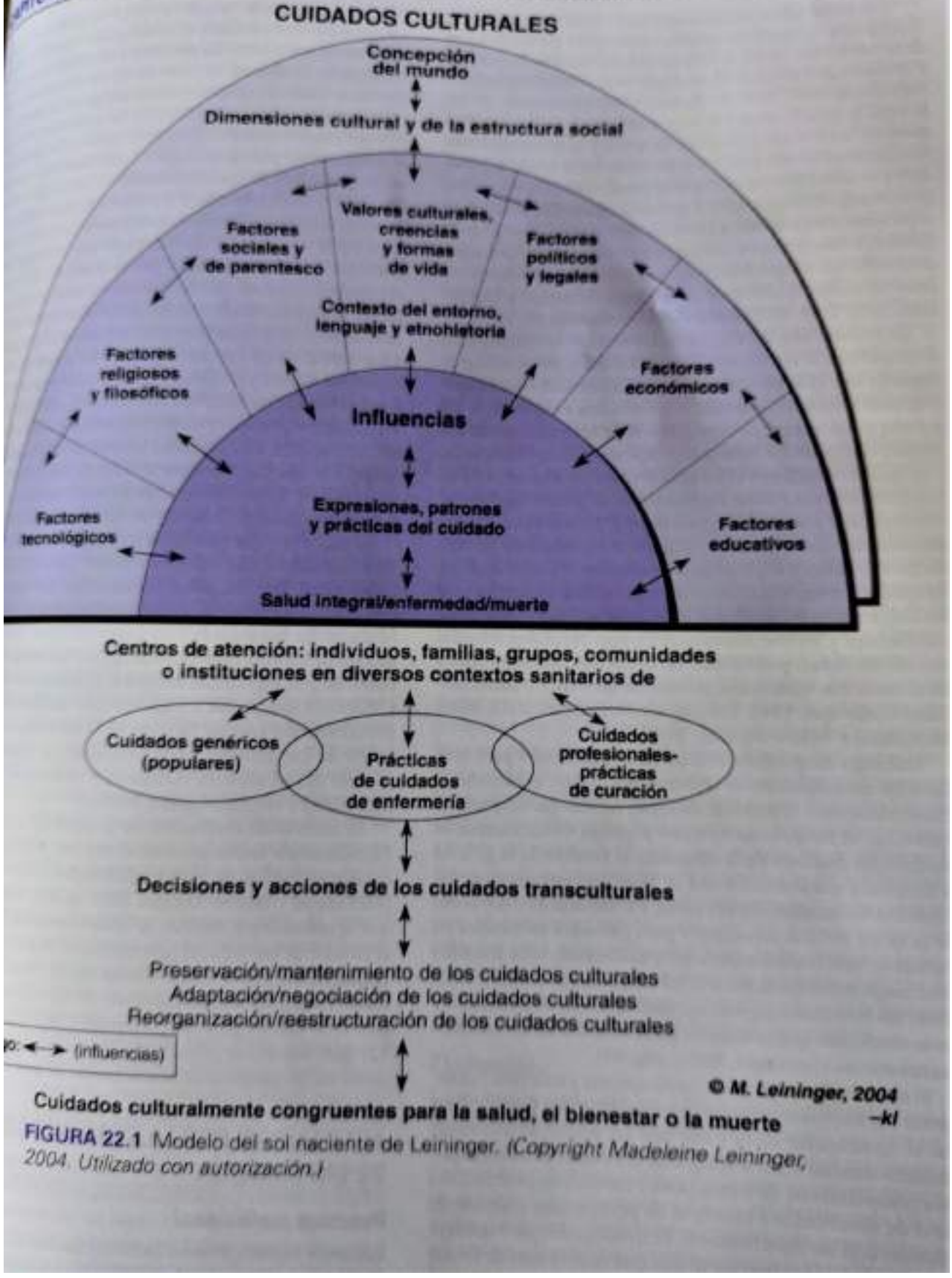


FIGURA 22.1 Modelo del sol naciente de Leininger. *(Copyright Madeleine Leininger, 2004. Utilizado con autorización.)*

Evolucionó para ser un modelo definitivo y guiar exhaustivamente y enfocar los estudios, para tomar decisiones y realizar actividades de cuidados culturalmente congruentes.

DESCRIPCION DEL MODELO

Leininger grafica su teoría mediante una representación del sol nacientes en donde como mayor expresión de luz (que se percibe como actos de cuidados significa fundamentales trascendentes) se encuentra el cuidado cultural.

En el centro del sol se encuentran las expresiones teóricos y prácticas que le dan sentido al cuidado de enfermería, expresiones que están a su vez influidas por el lenguaje, la tecnología, la religión, los factores económicos, la educación, factores político -legales, los valores culturales etc.

En la parte inferior explica que el punto central es la intersección que debe realizar el profesional de enfermería al recrear o resignificar su conocimiento profesional frente a las necesidades y conocimiento del otro llámese paciente, familia o grupo social.

La mitad superior del Sol Naciente representa los principios teóricos clave relacionados con la concepción del mundo y las dimensiones cultural y de la estructura social. Estas dimensiones comprenden factores tecnológicos; factores religiosos y filosóficos; parentesco y factores sociales; valores culturales, creencias y formas de vida; factores políticos y legales; factores económicos y factores educativos; así como el contexto del entorno , el lenguaje y la etnohistoria

Estos factores influyen en la expresión y los patrones de los cuidados culturales y en los sistemas de cuidados populares, profesionales y de enfermería que aparecen en la sección media del Sol Naciente

Las mitades superior e inferior juntas forman un sol completo que representan los principios de los cuidados universales que los profesionales de enfermería deberían considerar para apreciar el cuidado humano y la salud.

El modelo del sol naciente representa al ser humano como inseparable de sus antecedentes culturales y de los factores de la estructura social, la concepción del mundo, la historia y contexto del entorno

El sexo, la raza, la edad y la clase están enraizados en los factores de la estructura social de la teoría y se estudian desde una perspectiva integral.

La **etnoenfermería** se puede desarrollar a diferente nivel en un micro nivel al hacer referencia a individuos específicos o estudios con grupos más grandes, familias, comunidades o instituciones, estudios a macro nivel. Leininger desarrollo varios modelos para el uso de cuatro fases del análisis cualitativo de los datos.

1° fase; es la *obtención, la descripción y la documentación de los datos sin procesar*

2° fase; *Identificación y clasificación de los descriptores y componentes*

3° fase; *es el análisis del patrón y contextual*

4° fase; *formulación de los temas principales, los hallazgos de la investigación y las teorías, y las recomendaciones*

CRITERIOS

Estos criterios son: credibilidad, posibilidad de confirmación, significado del contexto, saturación, patrón recurrente, y transferibilidad.

Se pueden evaluar los resultados de la investigación en etnoenfermería cuando se “utilizan para desafiar las universalidades y diversidades descubiertas en relación con la teoría de los cuidados culturales y el paradigma cualitativo… y para analizar sistemáticamente y descubrir los significados culturales y de los cuidados en profundidad y los hallazgos interpretativos”.

Leininger desarrollo varios modelos adicionales para aplicar **el método de la etnoenfermería** para facilitar el uso de la misma:

1) **El modelo de acción-participación-reflexión**: refiere a la facilitación que requiere el investigador y la recepción por los informadores en su contexto familiar o natural durante su estudio, su rol es el papel de observador lo que está ocurriendo y oyente (participante) y agente de reflexión con los informadores. Al no intervenir, puede observar lo que está ocurriendo de forma natural en el entorno o con las personas

2) **El modelo de extraño a amigo verdadero o de confianza**: es cuando el investigador aprende sobre sí mismo y sobre las personas y cultura que se está estudiando el objetivo es esta conversión y así poder observar con más precisión las actitudes, conductas y expresiones culturales. Se obtendrán datos fiables, creíbles y en profundidad de los informadores

3) **El modelo del dominio de la demanda**: es cuando los investigadores se guian en la teoría culturales y método de la etnoenfermería para establecer claramente su ´área de estudio. El dominio consiste en preguntas o ideas relacionadas con el tema central del

estudio, su propósito y los objetivos relacionados con la cultura y el cuidado y teniendo en cuenta los cuidados culturales y fenómenos sanitarios.

4) **El modelo de la guía de la demanda semiestructurada**, para evaluar los cuidades transculturales y la salud y obtener específicos integrales y culturales del descubrimiento El instrumento a sostener son preguntas semiestructuradas "para ayudar a los investigadores en sus entrevistas y observaciones a entrar en el mundo de los informantes, escuchar sus historias y hacer, descubrimientos de las culturas, como se representan en el modelo del sol naciente"

5) El **modelo de la evaluación de la salud** de la aculturación para patrones culturales en formas de vida tradicionales o no tradicionales. Es importante guía a utilizar en el estudio de las culturas para evaluar el *alcance de la aculturación de* los informantes, orientados tradicionalmente o no en sus valores creencias y estilos de vida en general .

Según Leininger el investigador actúa como puente entre los cuidados genéricos (populares) y profesionales Según el modelo los profesionales de enfermería deben utilizar los tres modos de decisiones y acciones de los cuidados culturales de enfermería en la práctica

1) Modos de acción y decisión en la Cultura del Cuidado Líneas de actuación Definición Preservación o mantenimiento de los cuidados culturales Acciones, habilidades y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, y facilitación que ayudan a las culturas a conservar, preservar o mantener creencias y valores beneficiosos para hacer frente a desventajas o muerte

2) . Acomodación o negociación de los cuidados culturales Acciones de atención facilitadoras que permiten tomar decisiones que ayudan a adaptarse a culturas o negociar con otros para un cuidado culturalmente congruente, seguro y eficaz para su salud y bienestar, así como para hacer frente a la enfermedad o la muerte.

3) Reorientación o restauración de los cuidados culturales Acciones de asistencia, apoyo y facilitación para fomentar decisiones de inversión que ayuden a las personas a reordenar, cambiar, modificar o reestructurar sus modos de vida, patrones de cuidado y prácticas de salud. Fuente: Elaboración a partir de McFarland, Mixer, Webhe-Alamah, & Burk, 2012.

METAPARADIGMAS

SALUD: Es culturalmente definida, valorada y practicada, es universal a través de todas las culturas aunque se define de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.

CUIDADOS: Acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.

ENTORNO: Todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales.

PERSONA: Leininger se refiere a ella como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

CUIDADOS CULTURALES: Son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras persona mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

ETNOENFERMERÌA: Se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tienen de ellos una cultura determinada, a través de las experiencias.

DIVERSIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES: Variación o diferencia que existe en significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.

CONCEPTOS DE LA TEORIA:

La teoría de los cuidades culturales demuestra el criterio de generalidad, porque es una teoría con una orientación cualitativa, es amplia, completa y se aplica a todo el mundo. Esta teoría permite a los profesionales de Enfermería proporcionar los cuidados desde la perspectiva de una concepción del mundo multicultural. Es útil y aplicable a grupos e individuos con el objetivo de proporcionar cuidados específicos de la cultura

La teoría permite la explicación de varias interrelaciones conceptuales y diversos factores de la estructura social que influyen en la salud y el cuidado

Si se aborda el concepto de **CUIDADOS como SUSTANTIVO**, se refiere a los fenómenos abstractos y concretos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigidas a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.

El **CUIDADO como VERBO,** se refiere a las acciones y actividades dirigidas a la asistencia, el apoyo o la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida o de afrontar la muerte

CUIDADOS CULTURALES son todos los valores, creencias, y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupos a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida, afrontar la enfermedad o la muerte

Entendemos que si se implantara la enfermería transcultural en la práctica esto serviría para remodelar y transformar la enfermería de cara al futuro ya que a través de ésta se pueden comprender las diferencias culturales no sólo entre países sino dentro de nuestro propio contexto cultural y sus subculturas.

AFIRMACIÓNES DE LA TEORIA

Diferencias en las expectativas y la práctica de enfermería, cuando hay diferencias en los valores y modelos de cuidados culturales entre diferentes culturas

Podemos mencionar conflictos, choques, tensiones culturales, enfermeras y pacientes cuando el profesional trabaja en culturas extrañas, distanciamiento interpersonal y menor satisfacción del paciente cuando hay dependencia del enfermero/a en las actividades y laborales tecnológicas.

Satisfacción y bienestar del paciente, cuando los cuidados de enfermería se basan en prácticas específicas de la cultura del usuario

La teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales apoya una profesión y una disciplina sólidas, cultural y socialmente responsables, para satisfacer las necesidades de salud y cuidados en un mundo multicultural

Esta teoría y modelo ha aumentado a nivel global, su uso por los profesionales, al ser integral, pertinente y futurista y se ocupa de conocimientos de cuidados específicos, aunque abstractos

CONCEPTOS RELEVANTES

Se propone este método para integrar los abordajes de los cuidados émicos y éticos en la práctica de la atención primaria, y del uso del continuo educación-investigación-práctica, forman la base para las decisiones y las acciones de los cuidados clínicos

Las teorías y estudios actuales y futuros en enfermería transcultural son esenciales para cubrir las necesidades de las personas con diversidad cultural

La teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales ha guiado la prestación de cuidados de enfermería para obtener resultados significativos y beneficiosos para el paciente. Proporcionar cuidados culturalmente congruentes, específicos de la cultura, es un objetivo esencial establecido en la enfermería contemporánea

El concepto de *cuidado* como el foco principal de la enfermería y la base para construir los conocimientos de la enfermería y su aplicación en la práctica es esencial para avanzar en el conocimiento y la práctica de la enfermería culturalmente congruente (Sinónimos.; adecuado-coherente-oportuno)

En el modelo del Sol Naciente, se la describe de la siguiente forma: La mitad superior del Sol Naciente representa los principios teóricos claves relacionados con la concepción del mundo y de las dimensiones cultural y de la estructura social. Estas dimensiones comprenden factores tecnológicos; factores religiosos y filosóficos; parentesco y factores sociales; valores culturales, creencias y formas de vida; factores políticos y legales; factores económicos y educativos; así como el contexto del entorno, el lenguaje y la etnohistoria.

Estos factores influyen en la expresión y patrones de los cuidados culturales, y en los sistemas de cuidados populares, profesionales ty de enfermería que aparecen en la sección media del sol naciente.

Las mitades superior e inferior juntas forman un sol completo que representa los principios de los cuidados universales que se deberían considerar para apreciar el cuidado humano y la salud

.

EL ROL EN LA RELACION ENTRE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL SUJETO DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE ENFERMERIA

Sor Callista Roy (1939-actualidad)

Modelo de Adaptación

Sor Callista Roy, nació en California en 1939.Realizando sus estudios en el mismo estado e inició su formación en Sociología, obtuvo su Doctorado en 1977.

Cuando trabajaba con enfermera observo la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad de adaptación en respuesta a los cambios físicos y psicológicos importantes y lo entendió como un marco conceptual para enfermería.

Desarrollo los conceptos básicos del modelo, adoptó este marco como base filosófica. Este modelo se presentó en 1970.

Entre 1983-1985 obtuvo una beca de posdoctorado como investigadora de enfermería clínica en neurociencia. Durante este período llevó a cabo una investigación sobre las intervenciones de los profesionales de enfermería para la recuperación cognitiva en caso de lesiones cerebrales y sobre la influencia de los modelos de enfermería en la toma de decisiones clínicas

Se basó en el trabajo de Harry Helson sobre psicofísica, que abarca desde las ciencias sociales hasta las conductuales, y refiere que las respuestas adaptativas son una función del estímulo recibido y el nivel de Adaptación. Identifica un estímulo como cualquier factor que genera una respuesta y que pueden surgir tanto del entorno interno como externo.

Roy analizó los modos del autoconcepto y de la identificación con un grupo Roy y equipo citaron el trabajo de Coombs y Snygg sobre la coherencia propia del individuo y sobre todo los factores que más influyen en el autoconcepto. Cita también las teorías de interacción social aportando a una base teórica.

El modelo tuvo avances desde el final del siglo XX y en el XXI. Los avances consisten en afirmaciones científicas y filosóficas y una redefinición de los modelos de adaptación y de sus niveles; la ampliación de los modos de adaptación del desarrollo del conocimiento a nivel de grupos, y el análisis, la crítica y la síntesis, desde el comienzo del modelo

La teorista se basó en varios autores importantes de la época (pag 250 Alligood Fuentes teóricas

Roy definió el concepto de adaptación con más detalle para que pueda utilizarse en el SXXI. La adaptación es el proceso y resultado por lo que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o grupos, son conscientes y escogen integrar el ser humano con su entorno. Más allá de ser un sistema humano que se esfuerza para responder hasta los estímulos del entorno con el fin de mantener su integridad, cada vida humana tiene una función en un universo creador, y las personas no se pueden separar de su entorno

Tras desarrollar su modelo Roy lo presento como un marco para la práctica, la investigación y formación en enfermería, las facultades, los estudiantes contribuyeron al desarrollo teórico del modelo de adaptación.

El **modelo de adaptación** es tanto deductivo como inductivo

Deductivo, ya que deriva de la teoría psicofísica de Helson, quien desarrollo los conceptos de estímulos focales, contextuales y residuales, que Roy redefinió el campo de la enfermería. Roy también usa otros conceptos y teorías que no pertenecen a la disciplina enfermera, pero que las sintetiza en su teoría.

Inductiva, porque desarrollo los cuatro modelos de adaptación a partir de la investigación y de las experiencias de las prácticas de enfermería, utilizando el proceso de enfermería para proporcionar cuidados y facilitar la adaptación en situaciones de salud y enfermedad

Roy está de acuerdo con otros teóricos que creen que los cambios que se producen en el sistema de las personas y su entorno en el mundo son tan extensos que una gran época está llegando a su fin, reivindica que ahora estamos en posición de decidir en qué tipo de universo vamos a vivir

Roy refiere que “ha convertido en el centro de las afirmaciones para el Siglo XXI la autoorganización mutua y compleja del individuo y su entorno y un destino significativo para la convergencia del universo, las personas y el entorno, en el que pueda considerarse la presencia de un ser supremo o Dios”

Para la teorista, *la adaptación* se refiere “al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o grupos, son conscientes y escogen integrar el ser humano con su entorno”

La ciencia de la enfermería es un “sistema del desarrollo del conocimiento sobre las personas que observa, clasifica y relaciona los procesos a través de los cuales las personas influyen de manera positiva en su estado de salud”.

Continúa sosteniendo que a todas las personas las une un destino común; y como los sistemas humanos, las personas y el mundo tienen patrones comunes y comparten relaciones y significado.

En su primer trabajo C. Roy tenía una visión de la salud como un continuo que oscilaba entre la muerte y una salud extremadamente mala, hasta un nivel elevado y máximo de bienestar.

A finales de los años noventa, sus escritos se centraron más en la salud como un proceso en el que la salud y la enfermedad pueden coexistir Cuando las personas se adaptan a los estímulos, tienen libertad para reaccionar ante otros estímulos.

La liberación de energía que tiene lugar durante los intentos de afrontamiento ineficaces puede promover la curación y mejorar la salud.

La persona recibe continuamente estímulos del entorno, generándose una respuesta y se produce la adaptación, que puede ser adaptativa o ineficaz.

Las respuestas adaptativas fomentan la integridad y ayudan a conseguir los objetivos de la adaptación como la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control y las

transformaciones de las personas y del entorno; las respuestas ineficaces amenazan esos objetivos.

En el modelo de Roy hay dos subsistemas que se relacionan entre si

El subsistema de procesos primarios, funcionales o de control esta formado por el regulador y relacionador

El subsistema secundario y efector está formado por cuatro modos de adaptación: 1) necesidades fisiológicas; 2) autoconcepto; 3) función del rol; 4) interdependencia

El regulador y el relacionador son métodos de afrontamiento.

El **subsistema de afrontamiento regulador,** por medio del modo de adaptación fisiológico responde automáticamente mediante procesos, neuronales, químicos y endócrino.

El **subsistema relacionador**, a través de los modos de adaptación del autoconcepto, la interdependencia y la función del rol, respondiendo a través de cuatro canales cognitivos y emocionales: el procesamiento de la información sensorial, el aprendizaje, el juicio, y la emoción.

La percepción es la interpretación de un estímulo, que enlaza al subsistema relacionador con el regulador.

La información en el regulador se transforma en percepciones, y ésta percepción es un proceso relacionador y las reacciones posteriores se retroalimentan

El **modo de adaptación fisiológico-físico** se refiere a la manera en que los seres humanos interactúan con el entorno con el fin de cubrir sus necesidades

El modo de adaptación del **autoconcepto**, refiere a el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene sobre sí mismo en un momento determinado, formado por el yo físico (sensación del cuerpo y la imagen corporal) y el yo personal (la autocoherencia, el ideal de uno mismo y la identidad moral, ética y espiritual) - **identidad de grupo** se refiere a la necesidad de conocerse y como debe actuar en la sociedad.

El **modo de adaptación de la interdependencia** describe las interacciones de las personas en la sociedad, es dar y recibir amor, respeto y valores , siendo los componentes principales , la pareja, hijos, amigos y Dios; y su sistema de apoyo social

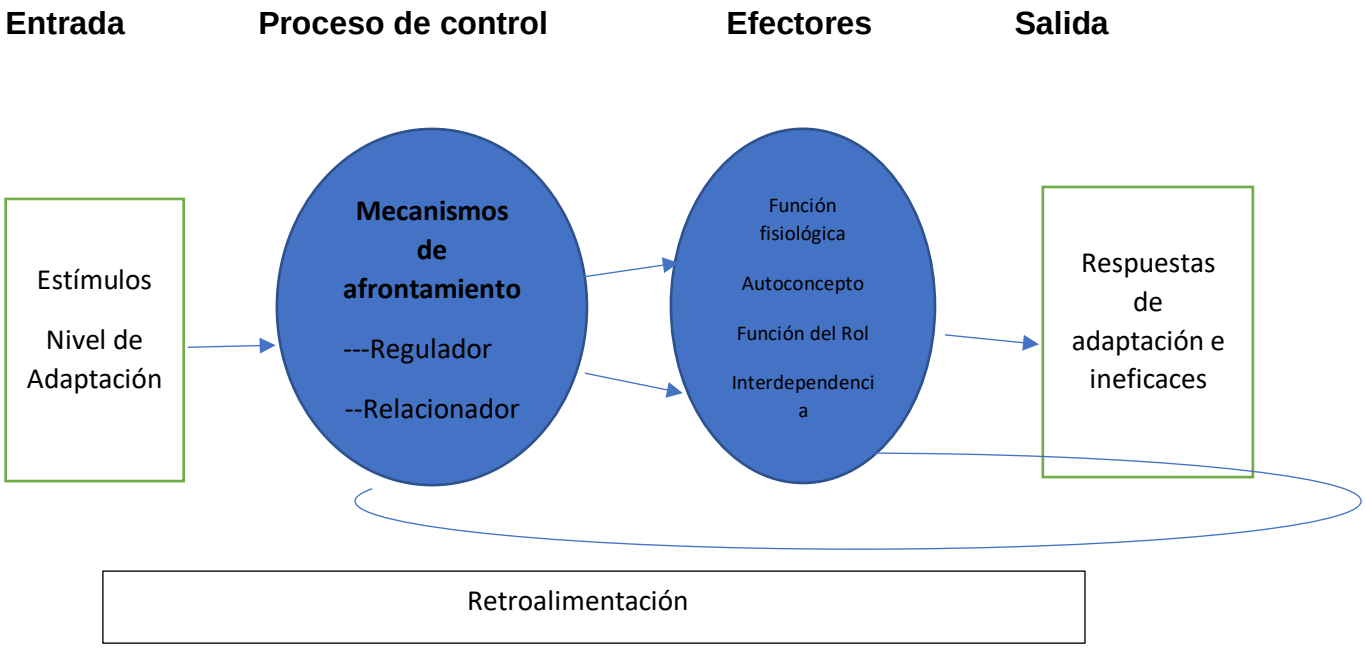


FIGURA: La persona como un sistema de adaptación Roy 198

Los cuatro modos están interrelacionadas a través de la percepción

El subsistema regulador y relacionador y los cuatro modos de adaptación se relacionan entre sí cuando los estímulos internos y externos afectan a alguno de ellos (modos)

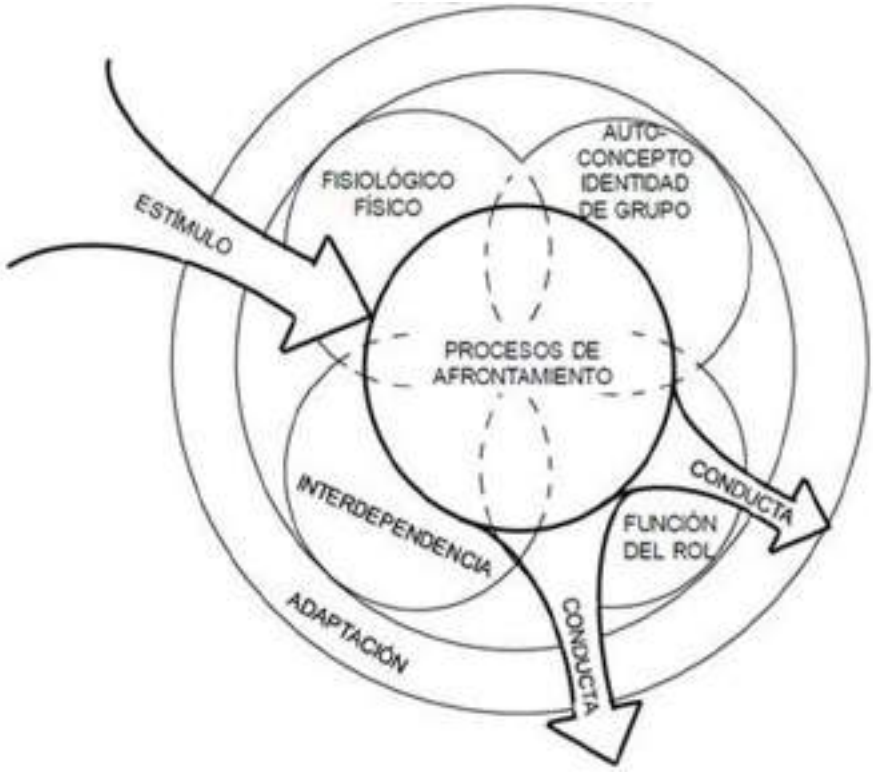


Figura Sistemas de adaptación humanos Roy, Andrews, Heather .1998

En el modelo de adaptación, Roy ofrece un proceso de enfermaría claramente definido, útil para guiar la práctica clínica.

Según Roy, las personas son sistemas integrales de adaptación y el centro de la enfermería.

El entorno interno y externo consta de todos los fenómenos que rodean al sistema humano de adaptación y afecta a su desarrollo y conducta. Las personas están en continua interacción con el entorno e intercambian información, materia y energía, las personas afectan y se ven afectadas por el entorno, que es la fuente de los estímulos que amenazan o fomentan la existencia de una persona.

Para su supervivencia, el sistema de adaptación humano debe responder de forma positiva a los estímulos del entorno, se elaboran respuestas eficaces o ineficaces frente a los mismos.

La adaptación fomenta la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control y la transformación de las personas y el entorno

La salud es un estado en el que el ser humano se convierte en un ser completo e integrado

En el modelo se describen tres tipos de estímulos del entorno, el **estímulo focal** es con lo que se enfrenta el individuo de manera inmediata y que demanda la mayoría y demanda la mayoría de su atención y energía

Los **estímulos contextuales** son el resto de los estímulos presentes en la situación, que contribuyen positiva o negativamente a la fuerza del estímulo focal

Los **estímulos residuales** afectan al estímulo focal pero sus efectos no se conocen fácilmente

Estos tres estímulos juntos forman el nivel de adaptación, que puede ser integrado o compensatorio

Los **mecanismos de afrontamiento** se refieren a los procesos innatos o adquiridos que una persona utiliza para enfrentarse a estímulos del entorno . Pueden clasificarse de manera amplia como un **subsistema regulador o relacionador.**

El **subsistema regulador,** responde automáticamente a través de procesos de afrontamiento innatos neuronales, químicos y endócrinos

El **subsistema relacionador** responde a través de los procesos cognitivos -emocionales innatos y adquiridos, que comprenden el procesamiento perceptual y de la información, el aprendizaje, el juicio y la emoción.

Las **conductas** que manifiestan adaptación pueden observarse en cuatro modos de adaptación: el **modo fisiológico;** hace referencia a la respuesta físicas de la persona al entorno, y la necesidad subyacente es **la integridad fisiológica**

El **modo del autoconcepto** hace referencia a los **pensamientos, las creencias y los sentimientos de una persona sobre sí misma** en un momento determinado , **es la integridad psíquica o espiritual.** Es una **creencia compuesta sobre el yo, que se forma de las percepciones externas e internas y la de los demás.** Comprende también **el yo físico y el yo personal , el yo ideal, el yo ético-espiritual**

El **modo de la función de rol,** se refiere a los roles que la persona desempeña en la sociedad.

La **necesidad básica del modo de adaptación de la función de rol,** es la integridad social o saber como comportarse y qué se espera de uno en la sociedad, **el modo de adaptación de la interdependencia** hace referencias a las relaciones entre las personas; integración social…o dar y recibir amor, respuesta y valor por parte de las personas queridas y de los sistemas de apoyo social

El **objetivo de la enfermería** es fomentar las respuestas de adaptación, este se consigue a través de **seis pasos : evaluación de la conducta, evaluación de los estímulos, de los estímulos, diagnóstico de enfermería, establecimientos de los objetivos, intervención y evaluación .**

Sus concepciones de persona y del proceso de enfermería contribuyen a la ciencia y al arte de enfermería .El modelo de Adaptación de Roy merece un estudio más exhaustivo y un mayor desarrollo por parte de los profesionales de enfermería dedicados a la docencia, la investigación y la práctica

SUPUESTOS

Roy- Andrews-Heather 1998

1) ***Supuestos científicos***
   - Los sistemas de materia y energía progresan hacia niveles más elevados de autoorganización compleja.
   - La conciencia y el significado (palabras, expresiones o textos), son constitutivos de las personas y la integración del entorno
   - La conciencia de la existencia de uno mismo y del entorno se basa en el pensamiento y el sentimiento.
   - Los seres humanos, con sus decisiones, son responsables de la integración de los procesos creadores.
   - El pensamiento y el sentimiento median en la acción humana.
   - Las relaciones del sistema comprenden, la aceptación, la protección y el fomento de la interdependencia
   - Las personas y el mundo tienen modelos comunes y relaciones integrales
   - Las transformaciones de la persona y su entorno se crean en la conciencia humana.
   - La integración de los significados del ser humano y del entorno dan lugar a la adaptación

2) ***Supuestos filosóficos***
   - Las personas se relacionan mutuamente con el mundo y con Dios
   - El significado de la existencia humana se basa en un punto de convergencia del universo
   - Dios se revela, en última instancia, en la diversidad de la creación y es el destino común de la creación
   - Las personas usan las capacidades humanas creativas de conciencia, esclarecimiento y fe.
   - Las personas son responsables de los procesos de derivación, preservación y transformación del universo.

GLOSARIO

Roy-Andrews 1999

Estímulos focales: Estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema humano

Estímulos contextuales: son todos los demás estímulos que están presentes en la situación y que contribuyen al efecto del estímulo focal; son todos los factores del entorno que se le presentan a la persona, pero no ocupan el centro de atención y/o de la energía de la persona

Estímulos residuales: son factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano que provocan efectos poco definidos en la situación actual

Mecanismos de afrontamientos innatos: determinados genéticamente o son comunes a las especies y suelen verse como procesos automáticos; los seres humanos ni siquiera tienen que pensar en ellos

Mecanismos de afrontamientos adquiridos: se desarrollan por medio de estrategias, como el aprendizaje. Las experiencias de la vida contribuyen a pensar respuestas habituales ante estímulos particulares.

Modo fisiológico – físico: está relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos. Las necesidades que integran este modo son: Oxigenación, Nutrición, Eliminación, Actividad y reposo y Protección.

Los procesos complejos que comprenden los sentidos, el equilibrio hídrico-electrolítico y ácido básico, la función neurológica y la función endócrina contribuyen a la adaptación fisiológica.

El modo físico es la manera en el que el sistema de adaptación humanos. Es la necesidad básica del modo físico es la integridad operativa (participantes, instalaciones, recursos económicos).

Modo de autoconcepto – identidad de grupo: Este modo es uno de los tres modos psicosociales, se centra específicamente en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano (necesidad de conocer quién es uno mismo para poder existir con un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo).

El autoconcepto se define como el conjunto de creencias y sentimientos que uno tiene de si mismo, en un momento determinado y se forma por la percepción interna y de las reacciones de los otros. Sus componentes son: 1) el yo físico (sensaciones y la imagen corporal)

2) el yo personal formado por la autocoherencia, ideal de uno mismo o las expectativas

3) el yo moral, ético y espiritual

El modo de identidad de grupo, se componen de las relaciones interpersonales, la autoimagen del entorno (relaciones interpersonales, autoimagen del grupo, entorno social y la cultura).

Modo de función de Rol: rol que desempeña la presencia en la sociedad, se define como un conjunto de expectativas sobre como una persona que ocupa una posición se comporta con otra persona que ocupa otra posición. La función de rol se ha identificado como la integridad social; la necesidad de saber quien es uno mismo con respecto a los demás, para así poder actuar. Estos roles se llevan a cabo a través de la conducta instrumental “ejecución física real de una conducta” y las conductas expresivas son “los sentimientos, actitudes, gustos y aversiones que tiene una persona hacia un rol o hacia su desempeño”.

Los roles principales que uno desempeña se desempeñan en una relación diádica, es decir, con un rol recíproco.

Modo de interdependencia: se centra en la relación cercanas de las personas, en su finalidad, estructura y desarrollo. La dependencia afecta el deseo y la capacidad de dará los demás y de recibir…La necesidad básica de este modo se denomina integridad relacional…Se han identificado dos áreas principales de la conducta de interdependencia: la conducta de interdependencia; las conductas receptivas y la contributiva que se aplican, respectivamente al hecho de recibir y ofrecer amor, respeto y valores en las relaciones de interdependencia

Nivel de adaptación: condición de los procesos de vida de una persona como punto que cambia constantemente y compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan los medios propios de la persona y la gama de estímulos con los que puede reaccionar con respuestas normales adaptativas

Percepción: La percepción es la interpretación de un estímulo y su valoración consciente, une al modo relacionador con el regulador y enlaza los modos de adaptación

Procesos de afrontamiento: son formas innatas o adquiridas de interactuar con el entorno cambiante

Proceso vital integrado: es el nivel de adaptación en el que trabajan las estructuras y funciones del proceso vital como un todo, con el fin de cubrir las necesidades humanas.

Problemas de Adaptación:

Respuestas de adaptación: son las que fomentan la integridad en términos de los objetivos de los sistemas humanos

Respuestas ineficaces: son las que no contribuyen a la integridad en términos de los objetivos de los sistemas humanos.

Sistema: conjunto de partes conectadas para actuar como un todo, con un objetivo y en virtud de la interdependencia de sus partes, poseer entradas, salidas y procesos de control y de retroalimentación

Subsistema regulador: Es un proceso de afrontamiento en el que participan los sistemas neuronal, químico y endócrino

Subsistema relacionador: Es un proceso de afrontamiento en el que participan los canales cognitivos y emotivos: perceptivo y de procesamiento de la información, aprendizaje, juicio y emoción.

CONCEPTOS FINALES

Este modelo al ser un sistema vivo y abierto, la persona recibe estímulos o entradas tanto del entorno como de sí misma. La adaptación se produce cuando la persona responde en forma positiva los cambios del entorno, y su integridad da lugar a la salud. Las respuestas ineficaces ante los estímulos alteran su integridad produciendo la enfermedad.

El nivel de adaptación está determinado por la relación entre los estímulos focales, contextuales y residuales. La adaptación se produce cuando la persona responde de forma positivamente a los cambios del entorno.

La respuesta adaptativa provoca la integridad de la persona, y que da lugar a la salud

Según Roy, las personas coexisten con su entorno físico y social y comparten un destino con el universo y son responsables de mutuas transformaciones.

Los avances de la teoría permiten vincular la relación integral entre las personas y el entorno y como se han visto influenciados por la ley de la complejidad progresiva y el aumento de la conciencia.

La enfermería como disciplina práctica es el cuerpo científico del poder de la enfermería que se usa para proporcionar un servicio esencial a las personas, que fomentan la capacidad de influir en la salud de manera positiva

La enfermería cumple una función única , ya que facilita la adaptación al analizar la conducta en cada uno de los cuatro modos de adaptación y los factores que influyen en ella, y al intervenir para fomentar las capacidades adaptativas y para mejorar las interacciones con el entorno

La salud y la enfermedad coexisten y conforman una dimensión inevitable de la experiencia de vida completa de una persona. La enfermería se ocupa de esta dimensión

La enfermedad es el resultado de la ineficacia de los mecanismos de afrontamiento

La salud se mantiene cuando los seres humanos se adaptan de forma continuada. Cuando las personas se adaptan a los estímulos, tienen la libertad y tienen capacidad para reaccionar a otros estímulos.

La liberación de energía que se producen en proceso de afrontamiento ineficaces puede promover la curación y mejorar la vida

Jean Riehl-Sisca (1893-….)

Teoría del interaccionismo simbólico

MODELO DE INTERACCION

Joan Riehl-Sisca presentó su teoría acerca del Interaccionismo Simbólico, en su libro Conceptual Models for Nursing (1980) Riehl y Sor Callista Roy.

Marilyn K. Chrisman y Joan Riehl-Sisca enuncian su modelo en 1974, aunque aparece publicado en 1989 como capítulo de un libro editado por Riehl-Sisca sobre modelos conceptuales de enfermería.

Considera que este concepto permite a la enfermera evaluar y responder más adecuadamente la conducta del paciente

Su modelo de interacción, emplea el modelo de enfermería en la implementación de la asistencia de enfermería y explica las relaciones de enfermería fomentadas en la comunicación y la sociología Teórica de la teoría del interaccionismo simbólico. En esta teoría la persona interpreta las acciones mutuas con otra persona, basándose en el significado asociado con la acción antes de reaccionar. Es un proceso de interpretación entre el estímulo-respuesta

Para Riehl la importancia está en la elaboración e interpretación de las acciones del paciente por la enfermera, quien hace las predicciones sobre la conducta del paciente y planear intervenciones para éste y la familia.

Según esta teoría se contempla a la enfermera y el paciente intercambiando información activamente y reuniendo conocimiento, con la adopción mutua de roles a fines de implementar intervenciones de enfermería efectivas.

Es un proceso de interpretación entre el estímulo-respuesta.

Riehl -Sisca considera que la Persona es capaz de actuar individual y colectivamente en respuesta al significado de los objetivos que constituyen el mundo.

Sostiene que la salud es un proceso continuo salud-enfermedad, y que es dirigido por la visión de sí mismo que tiene la persona formulada en la comunicación con otros

Los seres humanos constituyen un grupo de sistemas dinámicos que se encuentran inmersos en el continuo del desarrollo y que están en interacción con el entorno.

Los cambios biológicos, interpersonales e intrapersonales están contenidos en el desarrollo del sujeto e influyen sobre su salud. Estos cambios son inherentes a la vida y son la manera que tienen los sistemas para mantener su estabilidad.

El sujeto en su desarrollo acumula informaciones y efectos pasados a través del continuo. Esta carga se hace patente en el presente y se proyecta en el futuro.

La situación que vive un paciente resulta de la interacción entre el sistema humano, el entorno y el tiempo.

En relación con el proceso de estrés: El proceso de estrés señala los problemas que pueden surgir en la estructura y en la función del sujeto.

Los problemas de función son los que se refieren al equilibrio del sistema y a la evolución del desarrollo. Los problemas de forma se refieren al efecto que tienen el tiempo y el entorno sobre el organismo.

Para Chrisman y Riehl-Sisca, el Ser humano existe dentro de un marco de evolución constituido por los sistemas biológico, interpersonal e intrapersonal, que forman una unidad abierta al entorno y susceptible de cambio. Completo bienestar físico, mental y social, y Espacio donde existe el paciente

ENUNCIADOS TEORICOS

• Los seres humanos constituyen un grupo de sistemas dinámicos que se encuentran inmersos en el continuum del desarrollo y que están en interacción con el entorno.

• Los cambios biológicos, interpersonales e intrapersonales están contenidos en el desarrollo del sujeto e influyen sobre su salud.
Estos cambios son inherentes a la vida y son la manera que tienen los sistemas para mantener su estabilidad.

• El sujeto en su desarrollo acumula informaciones y efectos pasados a través del continuo
.
• Esta carga se hace patente en el presente y se proyecta en el futuro.

• La situación que vive un paciente resulta de la interacción entre el sistema humano, el entorno y el tiempo.

En relación con el proceso de estrés:

• El proceso de estrés señala los problemas que pueden surgir en la estructura y en la función del sujeto.

• Los problemas de función son los que se refieren al equilibrio del sistema y a la evolución del desarrollo.

• Los problemas de forma se refieren al efecto que tienen el tiempo y el entorno sobre el organismo.

TEORÍA DEL INTERACCIONISMO SIMBÓLICO

Es una de las corrientes de pensamiento sociológico, relacionado también la antropología y la psicología social.

Se basa en la comprensión de la sociedad a través de la comunicación.

Se sitúa dentro del paradigma interpretativo; este analiza el sentido de la acción social desde la perspectiva de los participantes.

Dicho paradigma concibe a la comunicación como una producción de sentido dentro de un universo simbólico

Es un modelo útil y práctico en la valoración comunitaria, donde se permite conocer la perspectiva del paciente, de lo que siente y cómo ve su proceso de enfermedad y no solamente depender de la opinión por parte del profesional de salud. A diferencia de la parte clínica, esta teoría es poco útil ya que por el alto flujo de pacientes el tiempo es mínimo para poder establecer la relación con la paciente más cercana

. METAPARADIGMAS

Enfermera: Persona consciente de su capacidad que dirige sus propios actos y asume roles durante un período dado.

Persona: Individual o colectivo, dispuestos a actuar basándose e n el significado de los objetos que constituyen su mundo Ser íntegro (holístico) que
mantiene una relación continua
entre las partes y las funciones que posee

Salud: Proceso de salud- enfermedad como ciclo continuo

Entorno: Condiciones que influyen sobre la persona y que se encuentran en continua interacción.

Cuidado: Acción terapéutica que permite alcanzar el máximo potencial de la salud del paciente

CONCEPTOS CLAVES

GENTE:

Riehl describe la enfermera como alguien que conoce sus capacidades es autodirigido y asume de una función en un periodo determinado.

ASOCIACION:

Riehl describe que es el proceso de definición de la asunción de roles tomando como ejemplo cuando una persona toma el papel " cognitivamente" de las percepciones de otra persona de la realidad de situaciones variadas **Asociación**. Es el proceso de asunción de roles. Este proceso se produce cuando el individuo cognitivamente internaliza las percepciones de otra persona de la realidad en situaciones variadas.

Actos sociales. Los actos tanto individuales como colectivos se elabora se basó de un proceso por el que estos interpretan y evalúan las situaciones a las que se enfrentan

Vínculos. La evaluación del paciente es un proceso dinámico que necesita el uso de distintos recursos para satisfacer las necesidades del paciente, especialmente en el cuidado a largo plazo.

Riehl deriva que la evaluación del paciente es un proceso dinámico que a menudo requiere el uso de varios recursos en la satisfacción de las necesidades del paciente sobre todo del cuidado a largo plazo.

https://www.onsalus.com/joan-riehl-sisca-y-la-teoria-del-interaccionismo-simbolico-18665.html

https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122g.pdf

https://prezi.com/7bbnft4tadtx/joan-riehl-sisca/

https://www.clubensayos.com/Ciencia/Riehl-Sisca-Joan/390955.html

https://prezi.com/gx4vt9t_h6gi/joan-riehl-sisca/

https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n1/v12n1a5.pdf

https://youtu.be/kzgcouH3WPM

IMOGENES KING (1923-2007)

TEORIA DE LA CONSECUSION DE LAS METAS

La Teoría del Logro de Metas establece que *"La enfermería es un proceso de acción, reacción e interacción mediante el cual la enfermera y el paciente comparten información sobre su percepción en la situación de enfermería".*

Imógenes King se ganó el reconocimiento como enfermera teorista a través de la publicación de *Hacia una teoría para la enfermería: conceptos generales del comportamiento humano* en 1971 y *Una teoría para la enfermería: sistemas, conceptos, procesos* en 1981, y numerosos artículos relacionados con su sistema conceptual y teoría de la conducta humana. el logro de metas.

Explica que la enfermera y el paciente van de la mano en la comunicación de información, establecen objetivos juntos y luego toman medidas para lograr esos objetivos. Los factores que inciden en el logro de las metas son los roles, el estrés, el espacio y el tiempo. Por otro lado, el objetivo de la enfermera es ayudar a los pacientes a mantener la salud para que puedan desempeñar sus funciones individuales. La función de la enfermera es interpretar la información en el proceso de enfermería, planificar, implementar y evaluar la atención de enfermería.

Para ayudar a las enfermeras a comprender su trabajo, definió varios términos que incluyen al *paciente*, definido como un ser social que tiene tres necesidades fundamentales: la necesidad de información en salud, la necesidad de cuidados que buscan prevenir la enfermedad y la necesidad de cuidados cuando el el paciente es incapaz de ayudarse a sí mismo.

También explicó que la *salud* involucra las experiencias de vida del paciente, incluida la adaptación a los factores estresantes en el entorno interno y externo mediante el uso de los recursos disponibles. El *medio ambiente*, definido como el trasfondo de la interacción humana. Involucra el entorno interno, que transforma la energía para permitir que las personas se ajusten a los cambios ambientales externos, e involucra el entorno externo, que son las

organizaciones formales e informales. Una enfermera se considera parte del entorno del paciente.

Hay tres sistemas que interactúan en la Teoría del Logro de Metas, según King. Estos son el **sistema personal**, el **sistema interpersonal** y el **sistema social**. A cada sistema se le asignan conceptos diferentes. Los conceptos del sistema personal son la percepción, el yo, el crecimiento y el desarrollo, la imagen corporal, el espacio y el tiempo. Los conceptos para el sistema interpersonal son interacción, comunicación, transacción, rol y estrés. Los conceptos del sistema social son organización, autoridad, poder, estatus y toma de decisiones.

La teoría del logro de objetivos se analiza más adelante

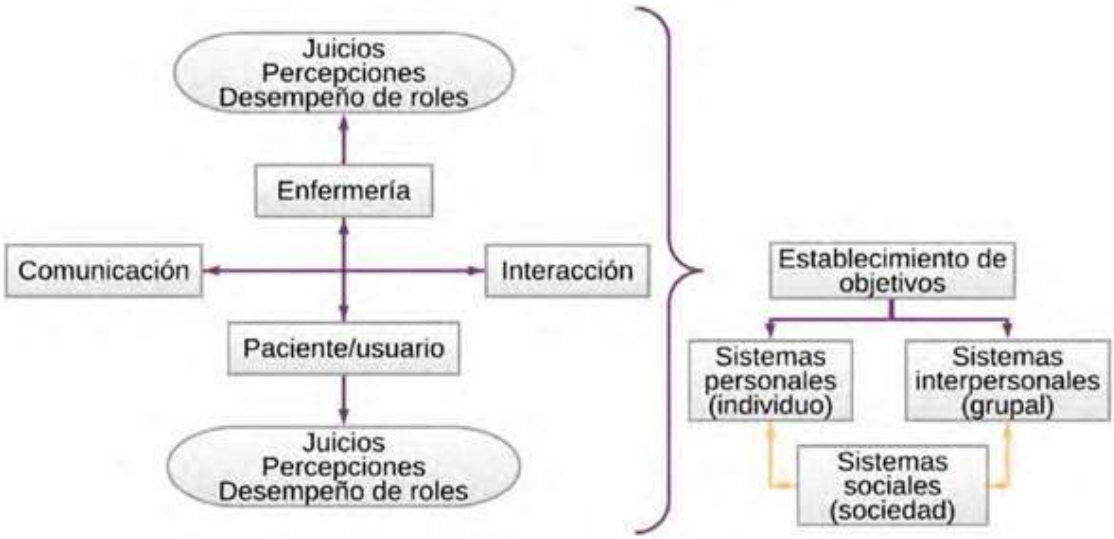
Teoría de la consecución de objetivos de Imogene King

Algunas personas consideran su “éxito” después de ser contratados en una gran y reconocida institución. Pero cuando alguien decide seguir una carrera en enfermería, debe pensar que debe ser un instrumento para ayudar a los pacientes a estar saludables. Y para lograrlo, es importante establecer objetivos de salud con el paciente y luego tomar medidas para lograr esos objetivos.

La Teoría del Logro de Metas de Imogene M. King se enfoca en este proceso para guiar y dirigir a las enfermeras en la relación enfermera-paciente , yendo de la mano con sus pacientes para lograr buenas metas de salud.

La teoría del logro de objetivos de King se introdujo por primera vez en la década de 1960. Desde el propio título, la modelo se centra en la consecución de determinados objetivos de vida. Explica que la enfermera y el paciente van de la mano en la comunicación de información, establecen objetivos juntos y luego toman medidas para lograr esos objetivos.

King ha interrelacionado los conceptos de interacción, percepción, comunicación, transacción, yo, rol, estrés, crecimiento y desarrollo, tiempo y espacio en una teoría de logro de metas. Su teoría trata de una díada enfermera-paciente, una relación a la que cada persona aporta percepciones personales de sí mismo, rol y crecimiento personal y niveles de desarrollo. El enfermero y el paciente se comunican, primero en la interacción y luego en la transacción, para lograr metas establecidas mutuamente. La relación tiene lugar en el espacio identificado por sus comportamientos y ocurre en el tiempo que avanza.



¿Qué es la teoría del logro de objetivos?

La Teoría del Logro de Metas establece que *"La enfermería es un proceso de acción, reacción e interacción mediante el cual la enfermera y el paciente comparten información sobre su percepción en una situación de enfermería* " y *"un proceso de interacciones humanas entre la enfermera y el paciente mediante el cual cada uno percibe al otro y la situación, y a través de la comunicación, establecen metas, exploran medios y acuerdan los medios para lograr las metas".*

En esta definición, la acción es una secuencia de conductas que involucran actividad mental y física, y la reacción se incluye en la secuencia de conductas descritas en la acción. King afirma que el objetivo de una enfermera es ayudar a las personas a mantener su salud para que puedan desempeñar sus funciones. El dominio de la enfermera "incluye promover, mantener y restaurar la salud y cuidar a los enfermos, heridos y moribundos". La función de una enfermera profesional es "interpretar la información en el proceso de enfermería para planificar, implementar y evaluar la atención de enfermería".

Proposiciones

Las siguientes proposiciones se hacen en la Teoría del Logro de Metas de Imogene King: (1) Si la precisión de la interacción perceptiva está presente en las interacciones enfermera-paciente, la transacción ocurrirá. (2) Si la enfermera y el paciente hacen la transacción, se logrará la meta o las metas. (3) Si se alcanzan la meta o las metas, se producirá la satisfacción. (4) Si se alcanzan la meta o las metas, se producirá una atención de enfermería eficaz. (5) Si se realizan transacciones en las interacciones enfermera-paciente, se potenciará el crecimiento y el desarrollo. (6) Si las expectativas del rol y el desempeño del rol percibido por la enfermera y el paciente son congruentes, se producirá la transacción. (7) Si la enfermera o el paciente (o ambos) experimentan un conflicto de roles, se producirá estrés en la interacción enfermera-paciente.

S**uposiciones**

La filosofía personal de Imogene King sobre los seres humanos y la vida influyó en sus suposiciones sobre el medio ambiente, la salud, la enfermería, las personas y las interacciones enfermera-paciente. El sistema conceptual de King y la Teoría del Logro de Metas estaban

“basados en una suposición general de que el enfoque de la enfermería son los seres humanos que interactúan con su entorno, lo que conduce a un estado de salud para los individuos, que es la capacidad de funcionar en roles sociales”.

Los supuestos son: (1) El enfoque de enfermería es el cuidado del ser humano (paciente). (2) El objetivo de la enfermería es el cuidado de la salud tanto de individuos como de grupos. (3) Los seres humanos son sistemas abiertos que interactúan constantemente con su entorno. (4) La enfermera y el paciente comunican información, establecen metas mutuamente y luego actúan para lograr esas metas. Este es también el supuesto básico del proceso de enfermería. (5) Los pacientes perciben el mundo como una persona completa que realiza transacciones con los individuos y las cosas del entorno. (6) La transacción representa una situación de vida en la que se encuentran el perceptor y la cosa percibida. También representa una situación de vida en la que una persona entra en la situación como participante activo. Cada uno es cambiado en el proceso de estas experiencias.

METAPARADIGMAS

Los siguientes son los principales conceptos y subconceptos de la teoría del logro de objetivos de Imogene King:

Enfermería

La enfermería es un proceso de acción, reacción e interacción mediante el cual la enfermera y el paciente comparten información sobre sus percepciones en la situación de enfermería. La enfermera y el paciente comparten objetivos, problemas e inquietudes específicos y exploran cómo lograr un objetivo. La teoría de Imogene King **define enfermería como un proceso de acción, reacción e interacción**; fortaleciendo las relaciones entre el profesional de enfermería con el sujeto de cuidado, y así mismo ofreciendo información acerca de las percepciones mutuas por parte de la enfermera y el sujeto

Salud

La salud es una experiencia de vida dinámica de un ser humano, lo que implica un ajuste continuo a los factores estresantes en el entorno interno y externo a través del uso óptimo de los recursos propios para lograr el máximo potencial de la vida diaria.

Individuos

Los individuos son seres sociales que son racionales y sintientes. Los seres humanos comunican sus pensamientos, acciones, costumbres y creencias a través del lenguaje. Las personas exhiben características comunes, como la capacidad de percibir, pensar, sentir, elegir entre cursos de acción alternativos, establecer metas, seleccionar los medios para alcanzar las metas y tomar decisiones.

ENTORNO

El medio ambiente es el trasfondo de las interacciones humanas. Es tanto externo como interno al individuo.

Acción

La acción se define como una secuencia de comportamientos que involucran actividad mental y física. La secuencia es la primera acción mental para reconocer las condiciones presentes; luego acción física para iniciar actividades relacionadas con esas condiciones; y, por último, la acción mental para ejercer control sobre la situación, combinada con la acción física en busca de objetivos.

Reacción

La reacción no está definida específicamente, pero podría considerarse en la secuencia de comportamientos descritos en la acción.

Sistemas Interactuantes de la Teoría del Logro de Metas

Según King, hay tres sistemas que interactúan en la Teoría del Logro de Metas. Estos son el **sistema personal** , el **sistema interpersonal** y el **sistema social** . A cada sistema se le asignan conceptos diferentes. Los conceptos del sistema personal son la percepción, el yo, el crecimiento y el desarrollo, la imagen corporal, el espacio y el tiempo. Los conceptos para el sistema interpersonal son interacción, comunicación, transacción, rol y estrés. Los conceptos del sistema social son organización, autoridad, poder, estatus y toma de decisiones.

1. Sistemas personales

Cada individuo es un sistema personal. King designó un ejemplo de un sistema personal como un paciente o una enfermera. King especificó los conceptos de imagen corporal , crecimiento, desarrollo , percepción , yo , espacio y tiempo para comprender a los seres humanos como personas.

“El **yo** es un compuesto de pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia de una persona de su existencia individual, su concepción de quién y qué es. El yo de una persona es el total de todo lo que puede llamar suyo. El yo incluye, entre otras cosas, un sistema de ideas, actitudes, valores y compromisos. El yo es el entorno subjetivo total de una persona. Es un centro distintivo de experiencia y significado. El yo constituye el mundo interior de una persona a diferencia del mundo exterior que consiste en todas las demás personas y cosas. El yo es el individuo como conocido por el individuo. Es aquello a lo que nos referimos cuando decimos “yo”.

El crecimiento y el desarrollo pueden definirse como los procesos en la vida de las personas a través de los cuales pasan de un potencial de logro a la realización del yo.

King define **la imagen corporal** como la forma en que uno percibe tanto el propio cuerpo como las reacciones de los demás ante la propia apariencia.

El espacio incluye que el espacio existe en todas las direcciones, es el mismo en todas partes y está definido por el área física conocida como «territorio» y por los comportamientos de quienes lo ocupan.

El tiempo se define como “una duración entre un evento y otro según lo experimentado de manera única por cada ser humano; es la relación de un evento con otro evento.”

King (1986) agregó el **aprendizaje** como un subconcepto en el sistema personal, pero no lo definió más.

2. Sistemas interpersonales

Estos están formados por seres humanos interactuando. Dos individuos que interactúan forman una díada; tres forman una tríada y cuatro o más forman grupos pequeños o grandes. A medida que aumenta el número de individuos que interactúan, también aumenta la complejidad de las interacciones. Comprender el sistema interpersonal requiere los conceptos de comunicación , interacción , rol , estrés y transacción .

Las interacciones se definen como los comportamientos observables de dos o más individuos en presencia mutua.

King (1990) define **la comunicación** como "un proceso mediante el cual se transmite información de una persona a otra, ya sea directamente en una reunión cara a cara o indirectamente a través del teléfono, la televisión o la palabra escrita".

King define **las transacciones** como "un proceso de interacciones en el que los seres humanos se comunican con el medio ambiente para lograr metas que son valoradas… conductas humanas dirigidas a metas.

Las características del **rol** incluyen la reciprocidad. Una persona puede ser dadora en un momento y receptora en otro momento, con una relación entre dos o más individuos que funcionan en dos o más roles aprendidos, sociales, complejos y situacionales.

El estrés es "un estado dinámico en el que un ser humano interactúa con el entorno para mantener el equilibrio para el crecimiento, el desarrollo y el rendimiento, lo que implica un intercambio de energía e información entre la persona y el entorno para la regulación y el control de los factores estresantes".

3. Sistemas sociales

Un sistema de interacción más completo consiste en grupos que componen la sociedad, denominado sistema social. Los sistemas religiosos, educativos y de atención de la salud son ejemplos de sistemas sociales. El comportamiento influyente de una familia extensa en el crecimiento y desarrollo de un individuo es otro ejemplo de sistema social. Dentro de un sistema social, los conceptos de autoridad , toma de decisiones , organización , poder y estatus guían la comprensión del sistema.

El poder es la capacidad de utilizar los recursos en las organizaciones para lograr objetivos… es el proceso por el cual una o más personas influyen en otras personas en una situación… es la capacidad o habilidad de una persona o un grupo para lograr objetivos… ocurre en todos los aspectos de la vida. Cada persona tiene un poder potencial determinado por los recursos individuales y las fuerzas ambientales encontradas. El poder es una fuerza social que organiza y mantiene la sociedad. El poder es la capacidad de usar y movilizar recursos para lograr metas.

El estatus es "la posición de un individuo en un grupo o un grupo con respecto a otros grupos en una organización", se identifica que el estatus va acompañado de "privilegios, deberes y obligaciones".

La toma de decisiones es “un proceso dinámico y sistemático mediante el cual los individuos o grupos realizan una elección dirigida a un objetivo de las alternativas percibidas y actúan en consecuencia para responder a una pregunta y alcanzar un objetivo” (King, 1990).

King (1986) agregó **control** como un subconcepto en el sistema social pero no definió más el concepto.

Sistemas Conceptuales Dinámicos

La siguiente figura demuestra el sistema conceptual que proporcionó «un enfoque para estudiar los sistemas como un todo en lugar de como partes aisladas de un sistema» y fue «diseñado para explicar los todos organizados dentro de los cuales se espera que funcionen las enfermeras».

King ha interrelacionado los conceptos de interacción, percepción, comunicación, transacción, yo, rol, estrés, crecimiento y desarrollo, tiempo y espacio en una teoría de logro de metas. Su teoría trata de una díada enfermera-paciente, una relación a la que cada persona aporta percepciones personales de sí mismo, rol y crecimiento personal y niveles de desarrollo. El enfermero y el paciente se comunican, primero en la interacción y luego en la transacción, para lograr metas establecidas mutuamente. La relación tiene lugar en el espacio identificado por sus comportamientos y ocurre en el tiempo que avanza.

Ella creía que su «marco difiere de otros esquemas conceptuales en que no se ocupa de la fragmentación de los seres humanos y el medio ambiente, sino de las transacciones humanas en diferentes tipos de entornos».

Proceso de Interacción

La figura de arriba representa un proceso de interacciones humanas que conducen a transacciones: Un modelo de transacción. Según King, «El proceso humano de interacciones formó la base para diseñar un modelo de transacciones que representaba el conocimiento teórico utilizado por las enfermeras para ayudar a las personas y grupos a alcanzar los objetivos».

Interacción

La interacción es un proceso de percepción y comunicación entre una persona y su entorno y entre una persona y otra representado por conductas verbales y no verbales que están dirigidas a un objetivo.

Transacción

La transacción es un proceso de interacciones en el que los seres humanos se comunican con el medio ambiente para lograr objetivos valiosos; Las transacciones son comportamientos humanos dirigidos a objetivos.
La percepción es “la representación de la realidad de cada persona”.

Comunicación

La comunicación se define como “un proceso mediante el cual se transmite información de una persona a otra, ya sea directamente en reuniones cara a cara o indirectamente a través del teléfono, la televisión o la palabra escrita”.

ROL

El rol se define como “un conjunto de comportamientos esperados de las personas que ocupan una posición en un sistema social; reglas que definen derechos y obligaciones en un cargo; una relación con uno o más individuos que interactúan en situaciones específicas con un propósito”.

Estrés

El estrés es “un estado dinámico en el que un ser humano interactúa con el medio ambiente para mantener el equilibrio para el crecimiento, el desarrollo y el desempeño… una respuesta energética de un individuo a personas, objetos y eventos llamados factores estresantes”.

Crecimiento y desarrollo

El crecimiento y el desarrollo se pueden definir como los “cambios continuos en los individuos a nivel celular, molecular y conductual de las actividades… los procesos que tienen lugar en la vida de los individuos que los ayudan a pasar de la capacidad potencial de logro a la autorrealización”.

Hora

El tiempo es “una secuencia de eventos que avanzan hacia el futuro… un flujo continuo de eventos en orden sucesivo que implica un cambio, un pasado y un futuro… una duración entre un evento y otro tal como lo experimenta de manera única cada ser humano… la relación de un evento a otro.”

Espacio

El espacio existe en todas las direcciones y es el mismo en todas las direcciones. El espacio incluye esa área física llamada territorio. El espacio se define por los comportamientos de los individuos que lo ocupan.

Teoría de la Consecución de Metas y el Proceso de Enfermería

Imogene King enfatiza el proceso de enfermería en su modelo de enfermería. Los pasos del proceso de enfermería son evaluación , diagnóstico de
enfermería , planificación , implementación y evaluación .

La teoría explica que la **evaluación** tiene lugar durante la interacción. El enfermero utiliza sus conocimientos y habilidades especiales mientras que el paciente entrega el conocimiento de sí mismo y la percepción de los problemas que preocupan a la interacción. Durante esta fase, la enfermera recopila datos sobre el paciente, incluido su crecimiento y desarrollo, la percepción de sí mismo y el estado de salud actual. La percepción es la base para la recopilación e interpretación de datos. Se requiere comunicación para verificar la precisión de la percepción, así como para la interacción y la traducción.

La siguiente fase es el **diagnóstico de enfermería** . Esta fase se desarrolla a partir de los datos recogidos en la evaluación. Al alcanzar los objetivos, la enfermera identifica problemas, preocupaciones y perturbaciones por los cuales el paciente busca ayuda.

La fase de **planificación surge después del diagnóstico.** La enfermera y otros miembros del equipo de salud crean un plan de atención de intervenciones para resolver los problemas identificados. Esta fase está representada por el establecimiento de objetivos y la toma de decisiones sobre los medios para lograr esos objetivos. Se fomenta esta parte de la transacción y la participación del paciente en la toma de decisiones sobre los medios para alcanzar los objetivos.

Las actividades reales realizadas para lograr las metas constituyen la fase de **implementación** del proceso de enfermería. Mientras que en este modelo de enfermería, es la continuación de la transacción.

Finalmente, en la fase de **evaluación** , la enfermera evalúa al paciente para determinar si se lograron las metas. La evaluación implica determinar si se lograron o no los objetivos. La explicación de la evaluación en la teoría de King aborda el cumplimiento de metas y la efectividad del cuidado de enfermería.

En el campo de la salud, el objetivo final de la relación enfermera-paciente es ayudar al paciente a lograr sus objetivos de salud. Usando el proceso de enfermería descrito en la Teoría de logro de objetivos de King, una enfermera puede ser más eficaz al trabajar con un paciente para lograr esos objetivos y ayudar verdaderamente a los pacientes.

Análisis

- La porción de sistemas sociales del marco de sistemas abiertos está menos conectada con el logro de metas que los sistemas personales e interpersonales. La cita del ser individual en un sistema social no fue explicada con claridad, considerando que el sistema social engloba otros conceptos y subconceptos en su teoría.
  El modelo presenta una naturaleza de interacción diádica lo que implica que su aplicabilidad no puede adaptarse a individuos inconscientes.
- Una multitud de puntos de vista y definiciones es confuso para el lector. Debido a los múltiples puntos de vista sobre un concepto, como lo que se ha discutido en su concepto de poder, desdibuja el punto que la teorista está tratando de relacionar con los lectores.

Fortalezas

Un punto fuerte importante del sistema conceptual de King y de la Teoría del logro de objetivos es cómo las enfermeras pueden comprender la teoría del logro de objetivos y describir una secuencia lógica de eventos.

En su mayor parte, los conceptos se definen e ilustran concretamente.

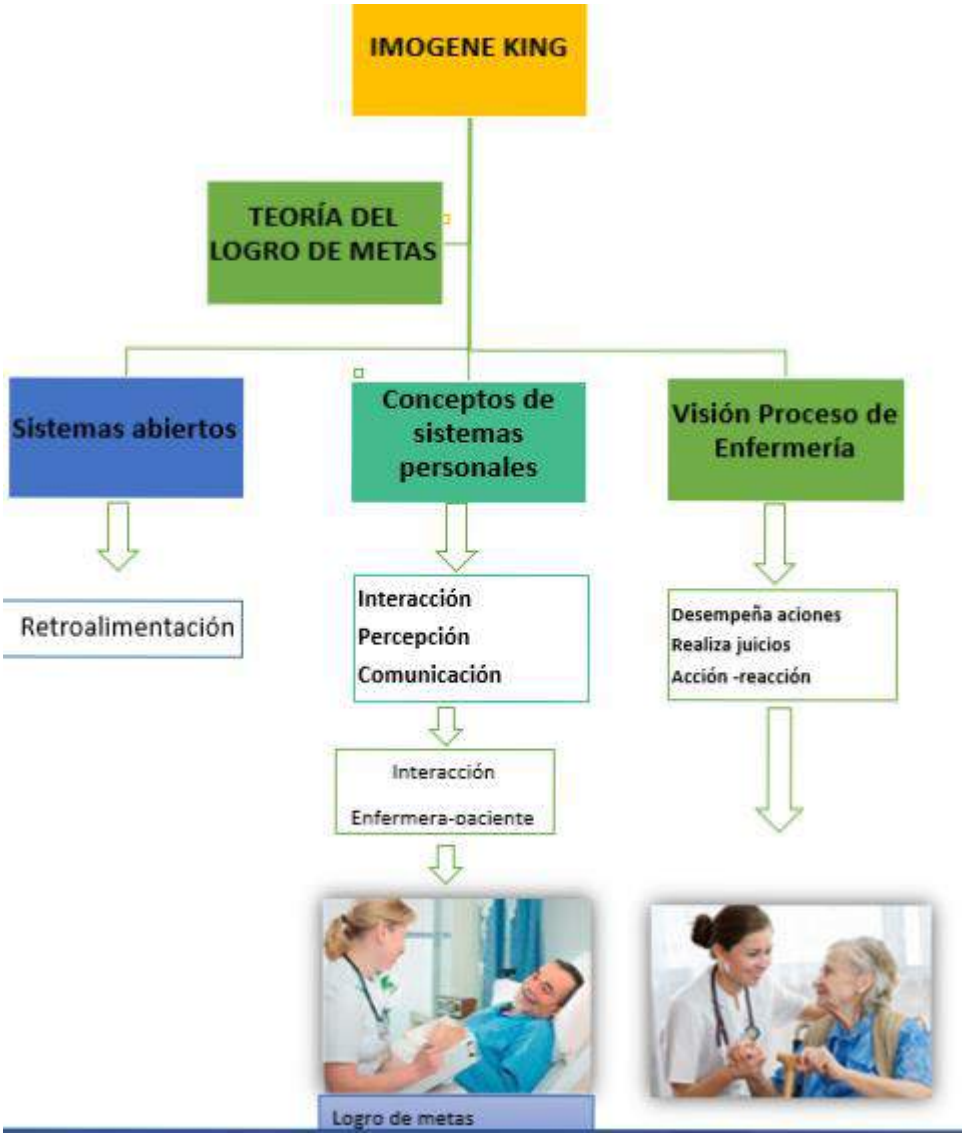
Las definiciones de King son claras y se derivan conceptualmente de la literatura de investigación. Su Teoría del Logro de Metas presenta diez conceptos principales. Los conceptos se entienden fácilmente y se derivan de la literatura de investigación, lo que establece claramente que el trabajo de King es importante para la construcción del conocimiento en enfermería.

Debilidades

La teoría del logro de objetivos ha sido criticada por tener una aplicación limitada en áreas de enfermería en las que los pacientes no pueden interactuar de manera competente con la enfermera. King mantuvo el amplio uso de la teoría en la mayoría de las situaciones de enfermería.

Otra limitación se relaciona con la falta de desarrollo de la aplicación de la teoría en la prestación de cuidados de enfermería a grupos, familias o comunidades.

La teoría de King también contiene algunas inconsistencias: (1) Ella indica que las enfermeras están preocupadas por el cuidado de la salud de los grupos, pero concentra su discusión en la enfermería como algo que ocurre en una relación diádica. (2) King dice que la enfermera y el paciente son extraños, sin embargo, habla de su trabajo conjunto para el logro de metas y la importancia del mantenimiento de la salud.



Conclusión

King contribuyó al avance del conocimiento de enfermería mediante el desarrollo de su sistema conceptual y su Teoría de Logro de Metas de rango medio. Al centrarse en lograr objetivos o

resultados mediante asociaciones enfermera-paciente, King proporcionó un sistema conceptual y una teoría de alcance medio que ha demostrado su utilidad para las enfermeras. Las enfermeras que trabajan en diversos entornos con pacientes de todo el mundo continúan utilizando el trabajo de King para mejorar la calidad de la atención al paciente.

https://enfermeriavirtual.com/imogene-king-teoria-del-logro-de-metas/

ANEXOS

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200003

artículos búsqueda de artículos
sumario anterior próximo autor materia búsqueda home alfab

Servicios Personalizados

- Permalink

Ciencia y enfermería
versión On-line ISSN 0717-9553

Cienc. enferm. vol.19 no.2 Concepción 2013

http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200003

CIENCIA Y ENFERMERÍA XIX (2): 23-34, 2013

ARTÍCULOS: Rosemarie Rizzo Parce

LA ESCUELA DE PENSAMIENTO HUMANBECOMING: UNA ALTERNATIVA PARA LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA[1]

Vivian Vílchez-Barboza V.*
Tatiana Paravic-Klijn T.**
Alide Salazar Molina***

* Enfermera. Alumna Programa Doctorado en Enfermería, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile. Email: vivian.vilchez@ucr.ac.cr
** Enfermera. Profesora Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile. Email: tparavic@udec.cl
*** Enfermera-Matrona. Profesora Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Email: alisalaz@udec.cl

---

RESUMEN

El presente artículo tiene por objetivo exponer de forma general la visión de la Escuela del pensamiento *Humanbecoming* de Parse, como una alternativa para guiar la práctica de la Enfermería, evidenciándose a través de las investigaciones que se han desarrollado con esta teoría en el ejercicio profesional. Para ello se enfatiza en los principios, conceptos, paradojas y postulados de la Teoría *Humanbecoming*, la cual se centra en el accionar del ser humano, su calidad de vida y salud, a partir de sus contextos, vivencias y creencias. Dichos fundamentos teóricos son desarrollados a partir de la filosofía de la ciencia humana y del existencialismo, los cuales se fusionan y entregan un innovador esquema para la disciplina de Enfermería. Además se aborda la propuesta que hace esta Escuela a los y las profesionales de Enfermería para vivenciar el *Humanbecoming*, a partir de las herramientas que otorga para guiar la práctica profesional.

Palabras clave: Teoría de Enfermería, atención de enfermería, enfermería.

La Enfermería puede contribuir al sistema de salud con alternativas para la resolución de necesidades impuestas por los fenómenos contemporáneos, propiciando innovación en la atención en los diferentes escenarios laborales por medio de la construcción de conocimiento.

En este sentido, el uso de las teorías y modelos de Enfermería permite el acercamiento de la teoría a la práctica, dándole así un sustento al "hacer" al proveerlo de un marco propio para interpretar los hallazgos y guiar la práctica, la investigación, la educación y la gerencia; mostrando una apropiación clara en el "ser" y el "saber". Ello otorga una relevancia social, profesional y científica a la Enfermería, esto es lo que se conoce como "Sistema de Conocimiento en Enfermería Conceptual-Teórico-Empírico" (sistema C-T-E) (1), definido como el servicio que Enfermería brinda a la sociedad guiado por el conocimiento específico, al articularse con las teorías de esta disciplina, lo que permite una interacción fluida y competitiva con las demás disciplinas.

En concordancia con lo anterior, este artículo expone la visión de la Teoría *Humanbecoming*, la cual fue evolucionando hasta convertirse en una Escuela de Pensamiento, que presenta una alternativa para guiar la práctica de la Enfermería, evidenciándose a través de las investigaciones que se han desarrollado con esta teoría en el ejercicio profesional.

Antecedentes de la Teoría Humanbecoming

La teoría planteada por Rosemarie Rizzo Parse emerge a principios de los años 80 (Figura 1), en el contexto anglosajón, espe-cíficamente en la Universidad de Duquesne en Pittburburg, Estados Unidos. Nace como respuesta desde la Enfermería al movimiento global que apelaba al individualismo y a la reducción de servicios de salud por la recesión económica (2). Propone un ejercicio disciplinar desde un paradigma de simultaneidad o transformación, que brinda una

alternativa a los paradigmas imperantes: positivista (salud como ausencia de enfermedad) y de integración (salud como algo bio-psico-social-espiritual) (3). En la actualidad, nombra al paradigma que guía a esta teoría *Humanuniverse* (4).

Esta teoría fue publicada por primera vez con el nombre Hombre-Vida-Salud: Una Teoría de Enfermería (Man-Living-Health: A Theory of Nursing) (5), enmarcada como ciencia humana, fundamentada en lo propuesto por Dilthey y Gadamer. Además toma los principios de la filosofía existencialista de Heidegger, Sartre y Mearleau-Ponty (6) y desde la Enfermería toma como referencia la Teoría del Ser Humano Unificado de Rogers. Es de este modo que esta teoría define su ciencia y su arte centrada en la vivencia de experiencias universales: vivir con expectativas de cambio, esperanza, miedo, alegría, satisfacción, seguridad, sufrimiento, entre otros; como fenómenos de la calidad de vida y salud (7).

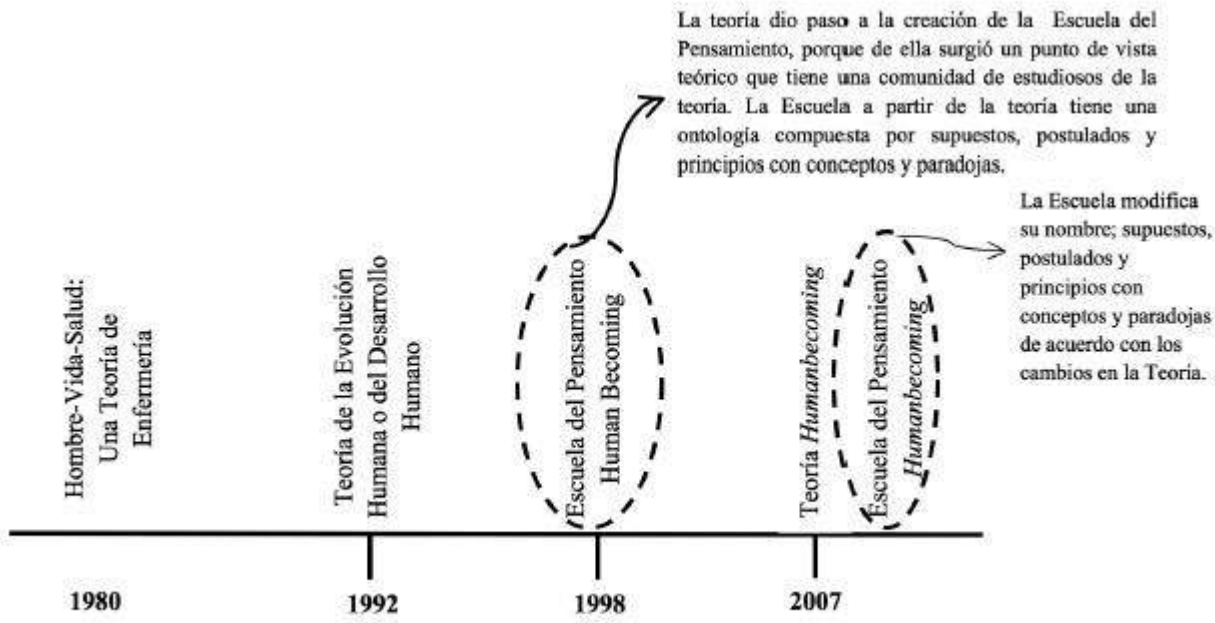
Un ejemplo de la investigación que ha abordado los fenómenos universales, es el estudio que exploró el significado de las expectativas de cambio en personas que habían experimentado la cancelación inesperada de una cirugía a la que iban a ser sometidos; los resultados mostraron que las personas que atraviesan esta situación sufren un desencanto e incertidumbre, además se sienten humilladas y escépticas acerca de lo que va a suceder; por lo tanto, sus expectativas de cambio van dirigidas a visualizar posibles alternativas para reconciliarse con los sentimientos de desencanto, incertidumbre, humillación y escepticismo (8).

A través del tiempo la teoría ha mantenido su esencia, aunque su autora ha realizado modificaciones que corresponden a la profundización de su estudio en la fundamentación y evolución filosófica de la misma. Por esta razón, es que en 1992 la teoría fue renombrada Teoría de la Evolución Humana o del Desarrollo Humano (The Human Becoming Theory) (5).

En 1998 Rosemarie Rizzo Parse identifica Human Becoming como una escuela de pensamiento, por haberse convertido en un punto de vista teórico que tiene una comunidad de estudiosos de la teoría, que expone ideas innovadoras y visionarias acerca de la Enfermería y la forma de brindar atención (6). Direcciona una ontología compuesta por supuestos, postulados y principios con conceptos y paradojas, que se basan en la interrelación ser humano-entorno; una epistemología que focaliza en la investigación formal de los fenómenos universales de salud y calidad de vida que son vividos por las personas en diferentes momentos de la vida, con el fin de conceptualizarlos y contribuir a la práctica de la Enfermería, para lo cual cuenta con tres metodologías que buscan la forma de acercar la investigación a la práctica.

Posteriormente, en el 2007, producto del agitado contexto de la sociedad actual, del gran desarrollo tecnológico y de la importancia del costo-efectividad en el sistema de salud, Parse reforma su teoría clarificando los principios y enfatizando en la idea de co-creación, lo que le permitió realizar un nuevo cambio al nombre de la teoría: acopló las palabras *ser humano (human) y evolución (becoming)* y lo volvió indivisible *Humanbecoming* (9), respondiendo a una total congruencia con su fundamentación filosófica.

Figura 1. Evolución Histórica de la Teoría Humanbecoming.



Fuente: Elaboración autoras

La comprensión de esta visión requiere de una mentalidad dispuesta a reconocer que el ser humano no puede ser reducido a la suma de sus partes biopsico-social-espiritual; pues el ser humano se caracteriza por tener patrones de relación con ellos mismos, con otros y el universo; otorgándole un papel activo y co-participativo en la vivencia de la salud, con la total potestad para elegir cómo vivirla (4). Por lo tanto, desde este enfoque el ser, hacer y saber del profesional de Enfermería tiene un fin bien definido, distinto al tradicional, ya que se centra en la relación con el ser humano y fija como meta profesional el logro de vivir con calidad y salud (4), es decir, con bienestar, desde la perspectiva que posee el individuo y su familia -entendiendo familia como las personas con las que se tiene una relación estrecha- (10).

Escuela del Pensamiento Humanbecoming

La Escuela del Pensamiento Humanbe-coming es un sistema específico de pensamiento acerca del universo humano (*humanuniverse*) y la Teoría *Humanbecoming* (11). Este pensamiento se lleva a la práctica a través de los modelos desarrollados: enseñanza-aprendizaje (teaching-learning) (5), liderazgo-permanente (leading-follow) (12) y comunidad de cambio (community change) (11). También por medio de los métodos de investigación: Método de Estudio Parse, Método Hermenéutico Human Becoming y Cualitativo Descriptivo Pre-proyecto-Proceso-Postproyecto (13).

Esta Escuela toma los conceptos de los metaparadigmas de la Teoría *Humanbecoming*: Enfermería, ciencia que brinda un servicio a la humanidad, tiene como razón principal al ser humano en interrelación directa con el entorno, la calidad de vida y la salud (14). Salud, proceso evolutivo que surge a partir de las experiencias vividas, además involucra la calidad de vida desde la conceptualización individual de cada grupo o persona, de acuerdo a sus valores y modos de vida. Persona, ser humano que convive con una serie de miradas diferentes, que le permiten ver el mundo y explicar las situaciones que se presentan en su contexto. Ante esto, la persona es un ser con apertura para el conocimiento, que va creando sus propias percepciones, a partir de las cuales toma decisiones y desarrolla capacidades de elección. Entorno, la interrelación ser humano-entorno está mediada por procesos relacionados con costumbres, relaciones interpersonales, valores, contacto con los diferentes contextos (familiar, laboral, social, entre otros) y los fenómenos que se estructuran a partir de la experiencia de vida (miedo, alegría, esperanza, paz, seguridad, expectativas de cambio, satisfacción, entre otras) (15, 16). Por lo tanto, el ser humano y el entorno son inseparables.

Esta Escuela representa sus supuestos provenientes de la Teoría *Humanbecoming*, por medio del siguiente símbolo (5):

Los colores blanco y negro significan los opuestos o paradojas que tiene el ser humano. El color verde simboliza la esperanza. La unión en el centro significa el proceso de co-creación enfermera(o)-persona y los remolinos verdes y negros entremezclando se refieren al proceso continuo de evolución del ser humano-universo.

Los cuatro supuestos, descritos a continuación, son afirmaciones filosóficas que reflejan la forma de conceptualizar las creencias acerca del ser humano, el universo y la salud planteadas por la *Teoría Humanbecoming* (17). Para contribuir a su comprensión se ilustrarán con la aplicación de estos postulados en la práctica de la Enfermería, tomando como referencia una investigación realizada en España en personas con Alzheimer (18).

1. *Humanbecoming* es estructurar significados y tomar decisiones en las situaciones de salud.

El primer supuesto se aplica cuando una persona acude al sistema de salud a consultar sobre su situación y, por lo general, se le solicita modificar su estilo de vida y desde esta teoría se establece lo que los autores llaman un "pacto-compromiso" entre la persona usuaria y el profesional de Enfermería; este "pacto-compromiso" debe incorporar lo que significa para la persona implementar esas modificaciones recomendadas, con el fin de tomar decisiones basadas en su realidad, con el fin de que la/el Enfermera/o no se sienta frustrada/o en cuanto a los resultados que obtiene (18).

2. *Humanbecoming* es configurar los patrones rítmicos de relación con el universo humano (*humanuniverse*).

Se destaca cuando las/os profesionales de Enfermería ayudan a las personas usuarias al desarrollo de sus posibilidades para que encuentren sus propias soluciones, sobre todo cuando se trabaja con personas con enfermedades crónicas. La configuración de los patrones rítmicos se relaciona con el acompañamiento que brinda el/la enfermero/a en las diferentes emociones por las que transita la persona usuaria: alegrías, desánimo, entre otros (18).

3. *Humanbecoming* es co-trascender ilimitadamente con las posibilidades que emergen.

Se refiere a la inclusión en el plan de cuidados de las esperanzas y los proyectos de la persona con la que se trabaja (18).

4. *Humanbecoming* es co-crear en el universo humano (*humanuniverse*) una sinfonía perfecta.

Se ejecuta este supuesto cuando la/el enfermera/o colabora con las personas a entender, imaginar y/o sentir, lo que les implica modificar sus patrones de salud, cambiando la prioridad de sus valores (18). Por ejemplo, en el estudio donde participaron personas con Alzheimer, uno de los señores manifestó que tenía dos valores prioritarios en la etapa de la enfermedad en la que se encontraba: la seguridad y la necesidad de tranquilidad en la convivencia con su mujer (18).

Por otra parte, la Teoría le otorga a la Escuela del Pensamiento cuatro postulados, con el fin de promover la comprensión del desarrollo humano (5):

a) Infinito: el conocimiento en el ser humano es indivisible e ilimitado, se forma a partir de las experiencias de vida, las cuales involucran desarrollo personal (5). Es por ello que cuando se diagnostica a una persona con una enfermedad determinada, es importante explorar qué

conocimiento tiene sobre esta condición de salud. El estudio realizado en profesionales de Enfermería de la atención primaria en Brasil hace referencia a que la estrategia de atención de las personas con hipertensión arterial debe estar encaminada no sólo a la enfermedad, sino también al aspecto emocional y físico, y que la persona exprese los cambios que ha experimentado desde el diagnóstico (19).

b) Paradoja: se entiende paradoja como una figura retórica que consiste en la unión de dos ideas que, aparentemente, en un principio parecen imposibles de concordar (20). Son vivencias rítmicas. Es decir, en el desarrollo humano hay momentos donde existe conexión con otros y el universo, mientras que al mismo tiempo puede existir separación y soledad (5). Por ejemplo, cuando sucede un acontecimiento que causa sufrimiento, las personas a menudo no encuentran las palabras para describir la situación por la que está atravesando y la experiencia que significa en su vida. Esta inexpresión puede promover la incomunicación y distanciarse física y socialmente de otros por la aficción (21). Lo anterior se evidencia en los resultados obtenidos en la investigación realizada en mujeres con embarazo de alto riesgo, las cuales tienen como expectativa de cambio dentro de la atención de Enfermería que reciben, nutrir sus redes de apoyo para establecer vínculos saludables, ya que la situación que viven les genera mucha angustia y sentimientos encontrados, lo cual provoca que sus relaciones interpersonales en ocasiones se afecten (22).

c) Libertad: es contextualmente construir liberación. La elección de seguir adelante dejando de "cargar" con asuntos que no son nuestra responsabilidad se convierte en liberación personal. Este postulado se ilustra en el caso de las mujeres que son abuelas y dedican todo su tiempo para cuidar a su nieto/a, con lo cual no les queda espacio para desarrollar otro tipo de actividades, lo que las limita en el desarrollo personal de otras capacidades en esta etapa de su vida.

d) Misterio: es lo inexplicable, lo que no es completamente conocido en la vida y va ligado con la evolución humana. Por ejemplo, los problemas de investigación que surgen de esta teoría: ¿cuáles son las experiencias que vive cotidianamente el individuo en sufrimiento psíquico y cuáles son los significados de estas experiencias? (23), ¿qué significa ser un cuidador/a familiar de una persona con trastorno mental? (24), ¿qué es calidad de vida en una persona con Alzheimer? (18), entre otros.

De los cuatro supuestos y las cuatro paradojas emergen tres temas: significado, ritmicidad y trascendencia. Cada tema conduce a un principio y cada principio es específico con tres conceptos y sus paradojas (5, 7).

Principio 1: Estructurando significados. Trata de dar respuesta a la interrogante ¿cómo los seres humanos estructuran el significado de su realidad? La respuesta se divide en dos: proyección de la imagen y el valor del lenguaje (5, 7).

Los significados son una realidad personal que continuamente se estructuran y son diferentes en el pasado y en el presente, lo que incide en el futuro (5, 7). El ser humano co-crea la realidad a través de la conexión con las personas, tecnología y con diversas formas de arte. Es la manera en que el ser humano vive su realidad.

Por ejemplo, en la adolescencia la búsqueda de la identidad conlleva a un cambio importante en la forma de vida, surgen cuestionamientos sobre ¿Quién soy? ¿Qué quiero? ¿Hacia dónde voy? y hay un sentimiento de inmortalidad que acompaña esta etapa y hace que la medida de los riesgos sea alterada. Junto con esto la aceptación en un grupo es fundamental y la opinión que emitan los pares se convierte en indispensable, lo que incide en las formas de comunicación. En cambio en la adultez la visión de mundo es totalmente diferente, ya se tienen claros los cuestionamientos y existen variantes en la importancia de la opinión que emiten los pares y en la forma de comunicación. Estos son aspectos que el/la profesional de Enfermería debe considerar al gestionar el cuidado en los diferentes grupos poblacionales. Es necesario conocer cómo estructuran las personas usuarias el significado de su realidad, porque esto es lo que les da el propósito de vida y la posibilidad de explorar alternativas de cambio (5, 7). Por lo tanto, se requiere comprender algunos conceptos como; imagen, valoración y lenguaje, con sus respectivas paradojas; ya que en conjunto son los que forman la estructura del significado.

a) Imagen: es mostrar la realidad personal a través del conocimiento explícito-tácito, esto es hacer real las ideas o eventos (25). La paradoja de este concepto es: explícito-tácito. Esto significa poder expresar con palabras lo que es conocido, pero también lo que no es conocido. La imagen de la realidad personal se extiende al lenguaje y la valoración (25). Esto se ejemplifica cuando una persona ingresa a un servicio y la/ el enfermera/o que lo recibe, junto con realizar los procedimientos requeridos, se interesa por explorar los sentimientos y pensamientos. Cuando la/el enfermera/o logra un proceso de apertura en la persona usuaria, ésta puede descubrir nuevos aspectos de sí misma en ese momento: ¿Por qué reacciona de ese modo? ¿Cuál es su mayor preocupación? Lo cual no es explícitamente conocido anteriormente.

b) Valoración: es el proceso de elegir y vivir con las creencias que apreciamos. La paradoja de valorar es: confirmar-no confirmar (5). Es decir, en ocasiones se elige de manera simultánea de acuerdo a las creencias y otras veces en contra de las creencias. Las creencias que más se aprecian se hacen realidad a través de la imagen que se proyecta y son expresadas a través del lenguaje (26). Se ejemplifica en las investigaciones sobre las experiencias de vida de los fenómenos universales, al mostrar la valoración que realizan las personas participantes en determinadas situaciones de salud. Un ejemplo lo constituye el estudio que abordó la experiencia de vivir el sufrimiento en la población general, uno de los conceptos resultantes como principal en la definición del sufrimiento representa la valoración realizada; sufrimiento como una angustia paralizante que permite mirar preciosas posibilidades, donde se integran en la estructura de este fenómeno la impotencia, la desdicha y la mirada hacia las cosas preciadas (27).

c) Lenguaje: expresa el significado a través de hablar-estar en silencio (lenguaje verbal), de moverse-estar quieto (lenguaje no verbal). Como las personas se interrelacionan con otros y el universo, los ritmos paradójicos de hablar-estar en silencio y moverse-estar quieto simultáneamente vislumbran una realidad personal de los valores que rigen a cada individuo (5). Por ejemplo, una investigación brasileña reflexionó sobre las experiencias vividas en el cotidiano de un individuo en sufrimiento psíquico, identificando por medio del lenguaje los significados de estas experiencias. Los significados encontrados fueron: conviviendo con los recuerdos de la infancia y la co-construcción del sufrimiento psíquico. El primer significado permitió al profesional de Enfermería conocer las dificultades de sus primeras experiencias con la enfermedad, cómo constituyen sus relaciones con los otros, lo cual influye en la construcción de su identidad y va a determinar la forma de trabajar su autoestima y autoimagen. El segundo significado, la co-construcción del sufrimiento psíquico, evidencia la necesidad de considerar la exclusión social del individuo con este tipo de padecimiento, el sufrimiento y alteración que se produce en el ambiente familiar, en los planes de atención (23).

Principio 2: Configuración de patrones rítmicos. Se refiere a las paradojas de las experiencias humanas (5, 9). Su función es invitar a la reflexión. Los ritmos paradójicos son revelación-ocultación, permitir-limitar y conexión-separación.

a) Revelación-ocultación: está unida a la paradoja desenmascarar-enmascarar. Siempre hay más que decir y más que conocer de nosotros mismos y sobre los demás. A veces transmitimos mensajes muy claros y otras veces no. Algunos aspectos de la realidad y la experiencia se han ocultado (7). Esto es contar o no una historia, es exponer una situación mientras al mismo tiempo la ocultamos. Por ejemplo: las familias de personas con enfermedad psíquica inicialmente niegan o esconden el diagnóstico de enfermedad mental; en la medida que la familia se siente esclarecida, comienza a entender la dolencia y diseñar estrategias de afrontamiento (24).

b) Permitir-limitar: está unida a la paradoja potenciar-restringuir. Esto es acerca de abrir y cerrar puertas al hacer elecciones en la vida (5). Cuando una puerta se abre otras se cierran y viceversa. Cada elección que se hace significa infinitas posibilidades como también limitaciones. No se pueden realizar todas las posibilidades a la vez. Un ejemplo lo constituye el estudio de caso sobre un individuo con deficiencia visual que es diagnosticado con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (28). El diagnóstico desestabilizó el equilibrio personal y familiar, al no encontrarse preparados para enfrentar la situación. Este hombre era autovalente y después del diagnóstico sufrió drásticos cambios en su manera de vivir, haciéndose necesario reestructurar todo el medio donde vivía, por lo que fue fundamental dirigir las acciones de Enfermería a que él asumiera su situación y a que la familia lo incentivara y le ofreciera motivos para un buen vivir dentro de su situación (28).

c) Conexión-separación: está unida a la paradoja atender-distanciarse. Este es el proceso de moverse en una dirección y alejarse de otras. Formas en que las personas crean pautas para conectarse y separarse de la gente, de los proyectos o de las situaciones (6). Se ilustra en una investigación que desarrolla la temática sentir inseguridad como una experiencia universal de vida, en personas con enfermedad cardiaca congestiva crónica y reporta como hallazgo central que dicho fenómeno para estas personas es una perturbación que genera disconfort, es como estar vigilante para anticiparse a las posibilidades con las que cuentan; destacan que en los momentos donde más requieren tolerancia surgen valiosas alianzas (29). La/el enfermera/o debe fomentar esas alianzas, para lo cual debe conocer el proyecto de vida de las personas usuarias, el cual incluye metas, recursos y redes de apoyo con los que cuenta.

Principio 3. Co-trascendencia. Es movilizarse más allá, con las posibilidades que surgen, lo cual permite co-crear con otros y el universo (5). Movilizarse más allá, significa atreverse a tomar decisiones entre un sinnúmero de posibilidades y esas decisiones involucran cambios en la vida. Esto ocurre porque el ser humano no es estático, siempre está en un proceso de evolución, por lo que las posibilidades de cambio se presentan a diario. Son las maneras infinitas que existen para ser y evolucionar dentro de las situaciones. Cuando se elige, las posibilidades son actualizadas y emergen nuevas, entre las cuales uno elige otra vez (30). Los conceptos que desarrolla este principio son:

a) Poder: Se refiere a la fuerza y energía que impulsa al ser humano a vivir. Este concepto esta conectado con las paradojas: emprender-resistir, comprobar-no comprobar y ser-no ser (5). El poder transmite el significado de lucha y perseverancia en la vida, es lo que otorga la voluntad de continuar a pesar de las dificultades que se enfrenten. Comprende la capacidad de mirar el conflicto como la oportunidad de aclarar el significado y los valores, así como una manera de generar esperanzas y sueños. Las/los enfermeras/os pueden potenciar el poder cuando acompañan a las personas usuarias en el proceso de mirar el conflicto como una oportunidad para realizar cambios favorables en su calidad de vida, los cuales le brinden mayor bienestar (7). Pero también el poder se evidencia en el afrontamiento que realizan los profesionales de Enfermería ante las adversidades que presentan los sistemas de salud, como lo muestra un estudio, al señalar que trabajar en el área de salud constituye un gran desafío profesional, por la gran cantidad de demandas de parte de los usuarios/as hacia el servicio de salud versus las limitaciones financieras, de infraestructura y de recurso humano y la disyuntiva entre cantidad y/o calidad de atención (19).

b) Origen: es la creación personal, que conecta con personas y proyectos y da la posibilidad de movilizarse más allá de lo establecido. Las paradojas son adaptación-no adaptación (las personas buscan ser como otros y diferentes) y certeza-incertidumbre (reinventarse). Ambos son resultado de las elecciones que se toman en la vida (5, 30). Las/los enfermeras/os son testigos de cómo las personas se reinventan cuando tienen que tomar decisiones ¿cómo cambian las personas sus patrones de salud? ¿Qué acciones van a tomar y por qué? Los diferentes grupos de apoyo que se establecen en los Centros de Salud son ejemplos de cómo las personas se reinventan y viven las paradojas. Un caso lo representan los grupos dirigidos a las personas adultas mayores que tienen como objetivo estimular las habilidades cognitivas y psicomotoras, sin embargo, para los y las participantes se convierten en una oportunidad de establecer relaciones de amistad, salir de paseo, vivir nuevas experiencias, compartir sentimientos y realidades de vida similares, pero a la vez les permite tener independencia y motivación.

c) Transformación: es el proceso de trascendencia, lo cual indica que la persona se esforzó para tener claridad del rumbo que desea dar a su vida, para lo cual logra tomar decisiones de forma segura y con disposición para asumir las consecuencias tanto positivas como negativas. La paradoja es lo Familiar-No familiar (5). Como ejemplo: cuando se recibe a una mujer que sufre violencia intrafamiliar y la/el enfermera/o le asiste en su proceso de transformación, brindando un acompañamiento y guía en la toma de decisión para que acepte recibir ayuda y rompa con el círculo de violencia, esto involucra trabajar con restablecimiento de autoestima, vínculos afectivos, relaciones interpersonales, género, espiritualidad y sexualidad.

En las situaciones de la vida diaria, cada principio con sus conceptos y paradojas actúan de manera simultánea, por lo tanto, para el profesional de Enfermería aplicar los principios significa respetar a las personas, sus valores y creencias, ya que ellos son, independientemente de sus habilidades personales, méritos, estatus social, facilidad de palabra, de su condición de salud o edad.

La Figura 2 ilustra los supuestos, postulados y principios con sus conceptos y paradojas que conforman la ontología de la Escuela del Pensamiento, los que se derivan de la Teoría *Humanbecoming*.

Figura 2: Humanbecoming supuestos, postulados, principios, conceptos y paradojas.

Supuestos	Postulados	Principios	Conceptos y Paradojas
1-*Humanbecoming* es estructurar significados y tomar decisiones en las situaciones de salud.	Infinito Paradoja Libertad Misterio	Estructurando Significados	Imagen Valoración Lenguaje
2-*Humanbecoming* es configurar los patrones rítmicos de relación con el universo humano (*humanuniverse*).		Configuración de Patrones Rítmicos	Revelación-ocultación Permitir-limitar Conexión-separación
3-*Humanbecoming* es co-trascender ilimitadamente con las posibilidades que emergen.			
4-*Humanbecoming* es co-crear en el universo humano (*humanuniverse*) una sinfonía perfecta.		Co-trascendencia	Poder Origen Transformación

Fuente: Traducido al español y modificado por las autoras. Parse, R. The Humanbecoming Modes of Inquiry (17).

Vivir el Humanbecoming

La Escuela *Humanbecoming* es una opción de vida que eligen las/os enfermeras/as para llevar a cabo la práctica de la disciplina (6), sin embargo, una de las grandes limitaciones para difundirla ha sido el nivel filosófico del lenguaje que utiliza. Además por esta misma característica se dificulta la traducción de los términos a otros idiomas como el español y el portugués (1, 6, 19). Sin embargo, las investigaciones presentadas demuestran que se realizan esfuerzos por difundir esta teoría en el idioma español y portugués, con el fin de poner a disposición de los/as enfermeros/as este conocimiento disciplinar y puedan decidir si desean profundizar en ella y aplicarla a las diferentes realidades profesionales.

La Escuela *Humanbecoming* reconoce que la/el profesional de Enfermería requiere desarrollar extensivamente conocimiento técnico y habilidades para proveer cuidado de forma segura y competente; sin embargo, Enfermería debe considerar que este conocimiento y habilidades necesarias no la de-finen, porque muchas de las acciones derivadas de las intervenciones médico-quirúrgicas no son ejecutadas exclusivamente por enfermeras/os, sino que también intervienen una serie de profesionales y técnicos de la salud (5, 31, 32).

De este modo, la Escuela de Pensamiento Humanbecoming otorga herramientas a la/el Enfermera/o que le ayudan a definir su actuar en el ejercicio profesional, en cuanto logra responder preguntas y descubrir significados sobre las experiencias humanas de salud y calidad de vida de las personas usuarias. Esto le permite aprehender de las personas y de este modo unir su propio conocimiento con el obtenido de otras disciplinas y así dar a conocer a la sociedad cómo Enfermería desde su propio punto de vista aborda las experiencias humanas de salud y calidad de vida. Este conocimiento le brinda seguridad en su actuar, porque constituye un aporte disciplinar, que le permitirá interactuar de manera inter o transdisciplinaria con otros profesionales (33).

La práctica del *Humanbecoming* involucra la realización de un Proceso de Enfermería que fluya a partir del planeamiento e intervención conjunta entre la/el enfermera/o y la persona, de acuerdo con los valores que vive la enfermera/o en concordancia con la experiencia de las personas usuarias; incluye los significados, prioridades y preocupaciones que se identificaron como prioritarias (34), tiene como fin co-transformar sus patrones y significados en beneficio de su salud y calidad de vida. Es un Proceso de Enfermería fundamentado en el respeto a la persona usuaria, ya que las experiencias en salud no se pueden solucionar a menos que las personas lo decidan (5, 25).

Para este proceso se requiere *estar con*, esto es una experiencia relacional que se representa en la Teoría *Humanbecoming,* cuando a las palabras se les antepone el prefijo "co" (7). Se expresa en las

relaciones enfermera-persona/familia/comunidad (5). Se considera dentro de este enfoque que este aspecto es lo que define al profesional de Enfermería. Se aplica en la práctica con la "verdadera presencia", entendida como "*una especial manera de ser, con el cual la/el Enfermera/o está atenta/o al significado de los cambios que presenta la persona en cada momento, contribuye a la reorganización de sus valores prioritarios para la toma de decisiones a favor de su salud y calidad de vida*" (35). Está focalizada en qué es importante para la persona en el aquí y el ahora (36). La/el enfermera/o está en verdadera presencia cuando co-existe con otros ("estar con"), tiene la sabiduría para afrontar las expresiones de significados y patrones de relación y conduce a las personas usuarias a explorar sus esperanzas, deseos y sueños, y este proceso de exploración inspira cambios en la calidad de vida y salud (36). El logro de este proceso se le conoce como una forma de evolución humana.

CONSIDERACIONES FINALES

La Teoría *Humanbecoming* en su evolución se convirtió en una Escuela de Pensamiento, que se compone de supuestos, principios, conceptos, paradojas y postulados; que actúan de manera simultánea a la hora de interactuar con las personas y conforman la ontología y epistemología de esta Escuela, lo que hace posible llevar a la práctica la filosofía, a través de los modelos y metodologías específicas. De este modo, permite implementar el Sistema de Conocimiento en Enfermería Conceptual-Teórico-Empírico y brindar un servicio a la sociedad guiado por el conocimiento, para lo cual es necesario continuar con los esfuerzos de difundir la teoría en español, reduciendo las dificultades del lenguaje e idioma, con el fin de comprobar la utilidad de esta teoría en la práctica profesional y, de este modo, convertirla en una alternativa para las/os profesionales que deseen ejecutar la disciplina desde el Humanbecoming.

El pensamiento *Humanbecoming* tiene como razón principal el ser humano en interrelación directa con el entorno, la calidad de vida y la salud. La Enfermería consigue definir su actuar en el ejercicio profesional, cuando logra responder preguntas y descubrir significados sobre las experiencias humanas de salud y calidad de vida de las personas usuarias, que es lo que se conoce como "estar con" y es una experiencia relacional que se representa en la teoría cuando a las palabras se les antepone "co".

AGRADECIMIENTOS

A Rosemarie Rizzo Parse, RN; PhD; FAAN; Pittsburgh, PA USA. Humanbecoming Theory. A Patricia S. Lyon, RN; MSc; Toronto, Ontario Canada, Secretary International Consortium of Parse Scholars (ICPS) y al International Consortium of Parse Scholars (ICPS)

NOTAS

[1] Fuente de Apoyo Económico: CONICYT-PCHA/EVENTOS Y CURSOS CORTOS EN CHILE Y AL EXTRANJERO 2012-81120482, para asistencia a la15th Bienal Internacional Conferencia en *Humanbecoming.* Canadá, 2012.

Fecha recepción: 15/01/13 Fecha aceptación: 09/07/13

artículos búsqueda de artículos
sumario anterior próximo materia búsqueda home alfab

- Permalink

Enfermería universitaria
versión On-line ISSN 2395-8421*versión impresa* ISSN 1665-7063

Enferm. univ vol.8 no.4 Ciudad de México oct./dic. 2011

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003#:~:text=Nola%20Pender%2C%20enfermera%2C%20autora%20del,bienestar%20y%20el%20potencial%20humano.

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión

Lic. Gladis Patricia Aristizábal Hoyos* Lic. Dolly Marlene Blanco Borjas* Lic. Araceli Sánchez Ramos* Mtra. Rosa María Ostiguín Meléndez**

** Alumnas de la Maestría en Enfermería 9a generación, ENEO-UNAM.*

*** Asesora, coordinadora del programa de Maestría en Enfermería ENEO - UNAM.* Correspondencia: aristizabalh.patricia@gmail.com

Recibido: 30 mayo 2011.
Enviado: 6 junio 2011.
Aceptado: 12 septiembre 2011.

Resumen

La comprensión de las teorías y modelos de enfermería llevan consigo un amplio recorrido de discusión que contribuye al crecimiento de la disciplina. El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables. El objetivo del presente trabajo fue realizar un análisis de los artículos originales publicados en torno a este modelo, durante el período 2000-2010, identificando los aspectos más relevantes expresados en dichas publicaciones, así como las formas en que éste es interpretado y utilizado en la práctica.
Las investigaciones realizadas a partir de este modelo, en el periodo mencionado, predominan en Brasil, Estados Unidos de América y México. Los grupos de personas en las que más se hacen, son adolescentes y adultos, las temáticas más mencionadas son: actividad física, estilos de vida saludable, enfermedades crónicas y obesidad, la gran mayoría de los investigadores, utiliza la totalidad de conceptos expresados en el modelo para la interpretación del fenómeno estudiado.
Los profesionales que más investigan en torno a este modelo, son de los campos de enfermería y sociología. Se ha notado un incremento de las investigaciones alrededor del Modelo de Promoción de la Salud en la última década, reflejo del interés de estos expertos por comprender las conductas promotoras de la salud, así como de las motivaciones que llevan a realizarlas.

Palabras Clave: Modelo de Promoción de la Salud, Nola Pender, enfermería, investigación.

Introducción

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

Nola Pender nace en Lansing, Michigan el 16 de Agosto de 1941, su primer acercamiento con la enfermería fue a los 7 años, al observar el cuidado enfermero que le ofrecían a su tía hospitalizada. En 1962 recibe su diploma de la escuela de enfermería de West Suburban Hospital de Oak Park, Illinois. En1964 completa su título en la Universidad del Estado de Michigan, Evanston, Illinois. Su trabajo de doctorado fue encaminado a los cambios evolutivos advertidos en los procesos de codificación de la memoria inmediata de los niños, de ahí surgió un fuerte interés por ampliar su aprendizaje en el campo de la optimización de la salud humana, que daría origen posteriormente al *Modelo de Promoción de la Salud* (MPS).[1]

El MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura[2,3] y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.[4]

El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.

El MPS expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud, toda esta perspectiva Pender la integra en el siguiente diagrama del Modelo de Promoción de la Salud: (Véase gráfico).

En este esquema se pueden ubicar los componentes por columnas de izquierda a derecha; la primera trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: **conducta previa relacionada y los factores personales.**

El primer concepto se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.

Los componentes de la segunda columna son los centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende 6 conceptos; el primero corresponde a **los beneficios percibidos por la acción,** que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud; el segundo se refiere a las **barreras percibidas para la acción,** alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real; el tercer concepto es la **auto eficacia percibida,** éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. El cuarto componente es **el afecto relacionado con el comportamiento,** son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; el quinto concepto habla de **las influencias interpersonales,** se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirla; finalmente, el último concepto de esta columna, indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.

Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un **compromiso para un plan de acción,** concepto ubicado en la tercera columna y que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir además, *las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas.* En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo. En síntesis, el MPS plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar **la conducta promotora de la salud,** ésta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.[1]

Vista así, la promoción de la salud es una actividad clave en los diferentes ámbitos en que participan los profesionales de enfermería, esta consideración fundamenta la relevancia de analizar los trabajos que se han realizado en torno a dicho modelo a fin de identificar los intereses que orientan su uso y los hallazgos de las investigaciones. Para la búsqueda de artículos se definió el periodo del año 2000 al 2010 en las bases de datos LILACS, SCIELO, REDALYC y MEDLINE, publicados en idioma

portugués, inglés y/o español; se utilizaron los siguientes descriptores: modelo de promoción de la salud, Nola Pender, enfermería e investigación.

Se identificaron 38 documentos, de los cuales 25 corresponden a artículos en que explícitamente señalan que se utilizaron componentes del modelo para evaluar o promover alguna conducta de salud.[5-29] Los otros 13 comprenden trabajos de revisión y ensayos que resaltan la importancia del modelo o de manera general entre sus fundamentos teóricos consideran éste.[30-42] También en este segundo grupo se identificaron estudios enfocados a probar instrumentos para abordar algunos de los componentes del modelo.

El análisis que se realiza en el presente trabajo se centró en el primer subconjunto de estas publicaciones (artículos de carácter científico), con el fin de identificar los aspectos más relevantes del modelo de Promoción de la Salud, así como la manera en que es interpretado y utilizado en la práctica.

Durante el periodo mencionado, se identificó un número significativo de publicaciones en las que se menciona el MPS, se observó que los países donde más se han realizado investigaciones con el modelo de Pender son: Brasil, Estados Unidos y México. Es importante señalar que en el mismo periodo se identificaron 6 estudios de investigación en los que participó la autora para probar su modelo en diferentes poblaciones[5-10] también que los adolescentes y adultos son los grupos predominantes en las investigaciones identificadas.[5-21]

Los profesionales que más investigan acerca del modelo, son los profesionales de enfermería con formación en maes-tría[9,11,13,15-17,21,23,28,29] y doctorado[8,16,17,21,23,28,29] algunos apoyados de sociólogos[21,36,42.] Lo cual es una muestra de la simbiosis con profesiones como la sociología para entender los comportamientos de las personas y comunidades y saber como actuar en consecuencia.

Se encontraron investigaciones bajo una perspectiva metodológica cualitativa[5, 6, 17,22] así como cuantitativa[7,8,9,10-21,23-25,29]Las primeras guardan prioritariamente relación con intervenciones en adolescentes y las segundas tienen una temática diversa. El tipo de estudios muestra la preferencia de las(os) enfermeras(os) por elegir metodologías cuantitativas para abordar los fenómenos estudiados y la aun escasa exploración de las cualitativas para la comprensión de los mismos.

Los diseños de estudios más utilizados fueron los descriptivos, transversales[11, 12,16,18-20,22] así mismo, se encontró un estudio socio poético desarrollado en Brasil[22] que refleja la diversidad y versatilidad del modelo y la creatividad de los profesionales para abordar fenómenos de su interés.

Las temáticas más utilizadas en los artículos explorados fueron: actividad física y ejercicio,[5,7,11,24,25] tanto en adolescentes como en adultos, estilos de vida saluda-ble.[19,21] Lo cual nos hace suponer que éstas son acciones eficientes en la modificación de la conducta y tienen impacto sobre las personas y su salud.

Por otro lado, las investigaciones en adolescentes y escolares muestran que si bien estos grupos tienen conductas aprendidas que no son fáciles de modificar, también cuentan con motivaciones diferentes y elementos capaces de influir en sus estilos de vida, de forma favorable.

la exploración del MPS puede ayudar a profesionales de la salud a entender el proceso salud-enfermedad, así como a apoyar la práctica de enfermería. En las investigaciones se explora el diagrama propuesto en el modelo, con el fin de comprender su utilidad en el cuidado de las personas. Este análisis ha permitido evidenciar que la representación gráfica del diagrama es de fácil comprensión, los componentes se describen en los textos con claridad lo que al parecer facilita su uso por todos los conceptos incluidos en el diagrama son mencionados en los estudios como una base importante para su desarrollo, sin embargo el más utilizado es el de autoeficacia las enfermeras en el cuidado e investigación, así el MPS puede ser una propuesta para llevar a cabo intervenciones de enfermería en el contexto de promoción de la salud relacionadas con el cambio de comportamiento.

Vale la pena destacar que todos los conceptos incluidos en el diagrama son mencionados en los estudios como una base importante para su desarrollo, sin embargo el más utilizado es el de autoeficacia,[6,7,19-21] a la cual se le atribuye gran parte de los resultados exitosos, dicha expresión, es

definida como la capacidad de una persona de generar una conducta de salud, lo que explica su importancia en la evaluación de las investigaciones y la pauta que puede dar a la hora de intervenir en las necesidades de los individuos.

Derivado del análisis realizado se aprecia una gama de alternativas en la exploración del modelo, algunas investigaciones tienen preferencia para usarlo como explicación o comprensión de ciertas conductas de salud, como son: la actitud consciente hacia el uso de guantes,[14] el uso de estrategias para realizar ejercicio,[6,8,25] y la comprensión de fenómenos encaminados al bienestar.[7,21]

En adultos es ampliamente empleado con el propósito de dar respuestas a las conductas generadoras de salud que motivan a las personas a adquirir dichos com-portamientos.[9,15,16,19,22]

Al cotejar la similitud entre el título, los objetivos, los resultados y las conclusiones de los artículos analizados, se puede observar que con relativa facilidad se asume que el modelo se *aplica,* aunque en sentido estricto más bien lo utilizan para la comprensión y explicación de realidades humanas, lo cual, es función de las teorías (de las cuales se derivan los modelos);[43] es decir, se utilizan los modelos como base teórica.[44]

En este orden de ideas, algunas interrogantes surgidas de este análisis son en primer lugar en el sentido de la interpretación del modelo por los profesionales de enfermería, pues parece asumirse la validez y sentido de las relaciones entre los componentes sin una aparente discusión a profundidad de estos aspectos.

también de acuerdo con el modelo, los beneficios o barreras para la acción aparentemente están modulados por las características y experiencias personales, sin embargo nos parece importante documentar de manera más contundente ante qué características o experiencias tienen mayor peso los beneficios o bien ante cuáles las barreras. O bien, ¿qué tiene mayor influencia en generar conductas relacionadas con la salud, los beneficios y barreras percibidos ó las demandas por cubrir las necesidades básicas y preferencias? ¿cuál es la correspondencia existente entre lo que plantea el modelo con la realidad observada?

Conclusiones

El Modelo de Promoción de la Salud ha sido utilizado por los profesionales de Enfermería en la última década, con frecuencia en diferentes situaciones que van desde la práctica segura del uso de guantes en las enfermeras hasta la percepción de la salud de los pacientes, pero particularmente dirigido a la promoción de conductas saludables en las personas, lo que indudablemente es una parte esencial del cuidado enfermero tal como se evidencia en los trabajos publicados los cuáles conservan un interés genuino e implícito hacia el cuidado, el mejoramiento de la salud y la generación de conductas que previenen la enfermedad.

Este modelo parece ser una poderosa herramienta utilizada por las(os) enfermeras(os) para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, señalado por Nola Pender en su modelo, el cual es utilizado por los profesionales de enfermería para valorar la pertinencia de las intervenciones y las exploraciones realizadas en torno al mismo.

Sería deseable documentar en mayor medida el sentido de las relaciones planteadas en el modelo a fin de fortalecer su solidez teórica y empírica, por lo que seguramente en un futuro surgirán nuevas interrogantes alrededor de esta propuesta.

Podemos concluir que conocer y explorar el tipo de investigaciones que se realizan, la relación de éstas con las teorías y constructos propios de la disciplina, la utilidad de las mismas y su impacto en la consecución de mejores oportunidades y calidad de vida, fortalece nuestra disciplina y fundamenta su quehacer ya que orienta de manera objetiva hacia los intereses de los profesionales y las necesidades de los pacientes.

Instrumento EBBS , Escala para medir ejercicio, beneficios y barreras. Investigacion Nola Pender

- PMC5586993

Médico de electrones. 2017 julio; 9(7): 4780–4785.

Publicado en línea el 25 de julio de 2017. doi: 10.19082/4780

PMCID: PMC5586993

PMID: 28894535

Las propiedades psicométricas de la escala de beneficios/barreras del ejercicio entre mujeres

Leila Amiri Farahani , [1] Soroor Parvizy , [2] Eesa Mohammadi , [3] Mohsen Asadi-Lari , [4] Anoshiravan Kazemnejad , [5] Seyede Batool Hasanpoor-Azgahdy , [1] y Ziba Taghizadeh [6]

Resumen

Antecedentes y objetivo

A pesar de los numerosos beneficios para la salud de la actividad física regular (AF), la inactividad física es un problema de salud importante entre las mujeres. El objetivo del estudio actual fue medir la evaluación de la validez y confiabilidad de la escala de beneficios/barreras del ejercicio entre mujeres

entre las edades de 18 y 65 años. Este estudio se llevó a cabo entre mujeres que residen en el barrio de Khoramroudi en Teherán entre diciembre de 2013 y febrero de 2014.

Métodos

En este estudio metodológico descriptivo, 278 mujeres que residían en el barrio de Khoramroudi en Teherán entre diciembre de 2013 y febrero de 2014 completaron tres cuestionarios: el formulario de datos demográficos, la Escala de beneficios/barreras del ejercicio. La validez de constructo, la consistencia interna y la estabilidad del estudio se midieron mediante análisis factorial confirmatorio, alfa de Cronbach y coeficiente de correlación de Spearman Brown utilizando SPSS 21 y LISREL 8.80, respectivamente.

Resultados

El análisis factorial confirmatorio mostró que la versión persa de EBBS estaba bien estructurada. Los coeficientes alfa de Cronbach para la escala total y sus subescalas fueron 0,927, 0,94 y 0,82, respectivamente. El coeficiente de correlación de Spearman Brown también mostró una buena confiabilidad test-retest.

Conclusión

Los resultados de este estudio verificaron la confiabilidad y validez del instrumento aplicado y lo introdujeron como una herramienta para medir los beneficios y las barreras de la actividad física entre las mujeres iraníes.

Palabras clave: Actividad Física, Ejercicio, Beneficios, Barreras

Ir a:

1. Introducción

La falta de actividad física (AF) es una de las principales causas prevenibles de muerte en todo el mundo (1). Es un factor de riesgo que contribuye a muchos problemas de salud crónicos comunes, como la obesidad, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares (2). Los perjuicios de la inactividad física han sido objeto de varios estudios y

están bien documentados en muchos artículos (3 , 4). El informe del proyecto Urban Health Equity Assessment and Response Tool (Urban HEART) (2011) dice que el 20,5 % de las mujeres y el 24,3 % de los hombres iraníes hacen ejercicio menos del tiempo recomendado por la directriz de PA (datos no publicados). Por lo tanto, la AF mínima por semana es de 150 minutos de ejercicio de intensidad moderada o 75 minutos de ejercicio de intensidad vigorosa (5). La participación en la actividad física está directamente relacionada con la percepción de los participantes sobre los beneficios del ejercicio, la motivación y las barreras que impiden la actividad física (5). La percepción de los beneficios de la AP se compone de refuerzo, facilitación, nutrición y habilitación de la adopción y adherencia a dicho comportamiento. En cuanto a los beneficios intrínsecos de la AF, pueden ser la promoción de la salud, la autoconfianza y el bienestar o pueden ser extrínsecos, como la promoción de la interacción social, la asistencia en un ambiente confortable y la recepción de recompensas económicas (6). En general, las personas con una mejor percepción de los beneficios de la actividad física son más propensas a hacer ejercicio que otras (7). La percepción de las barreras de la AF consiste en obstáculos, inconvenientes, dificultades y gastos, reales o imaginarios, que pueden influir negativamente en los niveles de actividad (7). En el caso de las mujeres, las barreras para su participación en las AP a menudo están relacionadas con la responsabilidad del cuidado de los niños, la incapacidad financiera y las preocupaciones de seguridad (8 , 9). Identificar las barreras y tener una comprensión adecuada de las ventajas de la AF conduce a un estilo de vida físicamente activo. Sin embargo, es poco probable que se produzcan cambios en el estilo de vida sin una comprensión adecuada de los beneficios y las barreras de la AF (10). Por lo tanto, existe la necesidad de una herramienta confiable y válida que pueda identificar y medir los beneficios percibidos y las barreras de la actividad física para la población objetivo. La falta de un instrumento basado en la cultura anima a otros a utilizar herramientas desarrolladas en otras culturas, si siguen los métodos estándar de la adaptación transcultural (11). Entre los estudios internacionales publicados, la Escala de Beneficios/Barreras del Ejercicio (EBBS) diseñada por Sechrist et al. tener una validez y fiabilidad aceptables. Los coeficientes alfa de Cronbach para las subescalas escala total, beneficios y barreras fueron 0,952, 0,953 y 0,866, respectivamente (12). Entre los estudios realizados en Irán, Aghamolaei et al. midieron la confiabilidad de la escala total utilizando los coeficientes alfa de Cronbach entre estudiantes universitarios ($\alpha = 0,87$), pero los investigadores

no realizaron otras propiedades psicométricas de la EBBS, como los análisis factoriales (13). Akbari Kamrani et al. informaron características psicométricas de EBBS en una población de ancianos en Irán (14). Dado el nivel de AF, los beneficios percibidos y las barreras difieren entre los grupos de edad (15); por lo tanto, es necesario medir beneficios y barreras entre las mujeres utilizando un instrumento estandarizado. El estudio presentado se realizó con el objetivo de evaluar las características psicométricas de una versión iraní de EBBS entre mujeres de entre 18 y 65 años. Es importante mencionar que este artículo es un proyecto más amplio sobre cómo mejorar la actividad física en mujeres mediante una investigación de acción de método mixto en Irán. El objetivo de este proyecto es diseñar, implementar y evaluar un programa teniendo en cuenta la cultura y el contexto para la promoción de la AF en mujeres iraníes.

Ir a:

2. Material y Métodos

2.1. Diseño del estudio

Esta investigación se realizó como un estudio transversal metodológico que utilizó las propiedades psicométricas y el proceso de adaptación cultural de EBBS desarrollado por Sechrist et al. (12).

2.2. Ajuste y muestra

La población objetivo estuvo compuesta por mujeres entre las edades de 18 a 65 años. La muestra de conveniencia estuvo compuesta por 300 mujeres que residían en el barrio de Khoramroudi en el segundo distrito municipal de Teherán entre diciembre de 2013 y febrero de 2014. El tamaño de la muestra del estudio actual es de 300 personas, con respecto a los estudios, se realizaron sobre PA en el proyecto Urban HEART. (datos no publicados) con P (prevalencia de AF suficiente) =23%, d=0,05%, y considerando α=0,05 y β=1,96. Según el segundo informe (2011) del proyecto Urban HEART en Teherán, cada barrio de 22 distritos municipales de Teherán se dividió en varios bloques. Utilizamos la información disponible sobre los bloques ubicados en el barrio de Khoramroudi. El barrio de Khoramroudi tiene numerosas cuadras; sin embargo, solo seleccionamos algunas manzanas

utilizando un método de muestreo sistemático en el que solo se entrevistó a mujeres de 18 a 65 años en los hogares del vecindario. Si una mujer se negaba a participar, se invitaba a otra mujer a participar en el proyecto y completaba el cuestionario. Los participantes del estudio fueron elegidos bajo el criterio de ser mujeres entre las edades de 18 y 65 años, capaces de leer persa, capaces de participar en AF y en consentimiento verbal para contribuir en el estudio. Los criterios para la exclusión de participantes del estudio fueron malestar físico o psicológico agudo y embarazo. Los participantes del estudio fueron elegidos bajo el criterio de ser mujeres entre las edades de 18 y 65 años, capaces de leer persa, capaces de participar en AF y en consentimiento verbal para contribuir en el estudio. Los criterios para la exclusión de participantes del estudio fueron malestar físico o psicológico agudo y embarazo. Los participantes del estudio fueron elegidos bajo el criterio de ser mujeres entre las edades de 18 y 65 años, capaces de leer persa, capaces de participar en AF y en consentimiento verbal para contribuir en el estudio. Los criterios para la exclusión de participantes del estudio fueron malestar físico o psicológico agudo y embarazo.

2.3. Consideración ética

El permiso para usar el EBBS original se obtuvo de su autor. La Junta de Revisión Institucional de la Universidad de Ciencias Médicas de Teherán (número de aprobación del IRB: 92-02-28-23311) aprobó el proyecto de investigación. El objetivo de este estudio fue declarado a los participantes. Asimismo, se les aseguró la confidencialidad de la información. También expresaron verbalmente su consentimiento de participación en el estudio.

2.4. Mediciones/Instrumentos

Se recogieron las siguientes variables sociodemográficas: edad, escolaridad, estado civil, ocupación, renta y nivel de vida, así como los siguientes índices antropométricos: peso, talla e Índice de Masa Corporal (IMC). La versión original de EBBS constaba de 43 ítems, 29 ítems bajo el constructo de beneficios y 14 ítems bajo el constructo de barreras. Las escalas de beneficios se componen de 5 subescalas: mejora de la vida, rendimiento físico, perspectiva psicológica, interacción social y salud preventiva. Las escalas de barrera están compuestas por 4 subescalas: medio de ejercicio, gasto de tiempo, esfuerzo

físico y desánimo familiar. Las escalas están diseñadas en base a una escala tipo Likert de 4 puntos: muy de acuerdo (4), de acuerdo (3), en desacuerdo (2), muy en desacuerdo (1). Cuando las barreras y los beneficios se suman para obtener una puntuación total de beneficios/barreras, los ítems de la escala de barrera tienen una puntuación inversa. Los elementos de barrera no se puntúan de forma inversa si solo se utilizan los elementos de barrera. Las subescalas de beneficio pueden tener una puntuación que va de 29 a 116 y las subescalas de barrera pueden tener una puntuación de 14 a 56. En conjunto, dan como resultado una puntuación total entre 43 y 172. En este sistema de puntuación, la puntuación más alta representa una mayor percepción de una subescala (12).

2.5. Recopilación de datos/Procedimiento

En esta investigación, la traducción al persa de EBBS se realizó en un procedimiento de traducción hacia adelante y hacia atrás. La herramienta fue traducida por dos personas que tenían suficiente experiencia con el texto en inglés y familiaridad con los términos médicos y de salud. Posteriormente, dos traductores expertos tradujeron la herramienta nuevamente al inglés estadounidense. Después de la retrotraducción, los investigadores y traductores compararon la retrotraducción al inglés y la versión original y llevaron a cabo las revisiones. Después de una cuidadosa revisión y adaptación cultural, se hicieron algunos cambios y se proporcionó la versión provisional del cuestionario. Más tarde, veinte mujeres participantes completaron el cuestionario y, en consecuencia, las oraciones y frases que eran incomprensibles para los participantes fueron editadas por los investigadores. Además, un panel de expertos de catorce especialistas en promoción de la salud, Se pidió a la educación para la salud, la enfermería y la partería, la actividad física y las ciencias del deporte, así como a la salud reproductiva, que evaluaran cualitativamente la EBBS para la validez aparente. Esto resultó en la revisión de muchos ítems del cuestionario. Los mismos expertos también evaluaron EBBS cualitativamente para la validez de contenido.

2.6. Análisis de los datos: Para el análisis estadístico se utilizó IBM© SPSS© Statistics versión 21 (IBM© Corp., Armonk, NY, EE. UU.) y LISREL 8.80 (Scientific Software International Inc., 2007). $P < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. La confiabilidad de EBBS se midió utilizando la

consistencia interna y la estabilidad. La consistencia interna se estimó mediante el alfa de Cronbach para las subescalas escala total, beneficios y barreras. Se consideraron aceptables valores mayores o iguales a 0,70. Usando el enfoque de prueba-reprueba, la estabilidad de EBBS se midió empleando el coeficiente de Spearman Brown sobre una muestra aleatoria de mujeres. Treinta participantes completaron EBBS dos veces en dos semanas. Se consideró como resultado satisfactorio el coeficiente de Spearman mayor o igual a 0.70 (16). La validez se evaluó a través de una combinación de validez de contenido, validez de constructo con CFA. El CFA se realizó utilizando la estimación de mínimos cuadrados ponderados para evaluar qué tan bien se ajustaban los modelos a los datos observados. Se utilizó la matriz de covarianza asintomática como matriz ponderada y la matriz de entrada se consideró la matriz de covarianza de los datos (17 , 18 – 20). $\chi 2/gl < 5$, error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) < 0,08 y residuo cuadrático medio estandarizado (SRMR) < 0,1 y también índice de ajuste comparativo (CFI), índice de bondad de ajuste (GFI), bondad de ajuste ajustada Índice (AGFI) Índice de ajuste normado (NFI), Índice de ajuste no normado (NNFI) > 0,90 se utilizaron para el análisis de datos como índices de ajuste y sus valores aceptables (18).

Ir a:

3. Resultados

3.1. Características de los participantes

De 300 casos de estudio, 278 devolvieron el cuestionario, lo que resultó en una tasa de respuesta del 92,67%. La guía EBBS recomienda descartar la respuesta si no se responde más del 5% de los ítems. La guía también recomienda utilizar la mediana cuando la tasa de elementos faltantes es inferior al 5 % (12). Diecisiete cuestionarios tenían más del 5% de elementos faltantes; por lo tanto, fueron excluidos del estudio y los análisis se realizaron con base en 261 cuestionarios. La edad promedio de los participantes del estudio fue de 41,7 años. El 44 % de los participantes tenía bachillerato; El 72,8% de ellos estaban casados y el 57,4% de ellos vivían con su cónyuge e hijos. El 37% de los

participantes tenían sobrepeso mientras que el 22,2% de ellos eran obesos (tabla 1).

tabla 1

Las características demográficas de las muestras.

Características		
Edad (año), media (DE)		41.70 (12.01)
IMC (kg/M [2]), media (DE)		26.06 (4.54)
Nivel educacional; norte (%)	Escuela primaria	5 (1,9)
	Escuela secundaria	11 (4.2)
	bachillerato y diploma	115 (44,0)
	[1] licenciatura	96 (36,7)
	[2] MS y superior	25 (9,5)
	Otro	9 (3.4)
Ocupación; norte (%)	Ama de casa	149 (57,0)
	Desempleados	82 (31,4)
	empleado	30 (11,5)
Estado civil; norte (%)	Único	53 (20,3)
	Casado	190 (72,8)
	Viudo	12 (4,5)
	Separado Divorciado	6 (2.2)
estado de vida; norte (%)	Solo	5 (1,9)
	Padres	44 (16,8)
	Solo con el padre o solo con la madre	9 (3.4)
	Cónyuge e hijos	150 (57,4)
	solo con niños	18 (6,7)
	Cónyuge	30 (11,5)
	Otro	5 (1,9)

Abrir en una ventana separada

[1] Licenciatura en Ciencias,

[2] Maestría en Ciencias

3.2. Fiabilidad

Se calcularon los coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach para cada parte del instrumento para la medición de la consistencia interna. Los coeficientes alfa de Cronbach para la escala total, las subescalas de beneficios y barreras

fueron 0,927, 0,94 y 0,82, respectivamente. El valor del test-retest de EBBS calculado por el coeficiente de Spearman Brown fue de 0,76 (p=0,004), 0,79 (p=0,046) y 0,74 (p=0,008) para las subescalas escala total, beneficios y barreras, respectivamente.

3.3. Validez

La validez de la escala se realizó sobre la base de la validez cualitativa de apariencia y contenido. Esto indica que el cuestionario se tradujo correctamente. Se utilizó CFA para evaluar el modelo diseñado sobre la base de la escala original. Se vio que el modelo tenía índices de ajuste razonablemente buenos como se muestra enTabla 2. Con base en este modelo, las cargas factoriales estandarizadas oscilaron entre 0,30 y 0,97 en EBBS, y todos los ítems demostraron cargas factoriales de moderadas a fuertes (por encima de 0,30). Esto reveló que la versión persa de EBBS estaba bien estructurada.

Tabla 2

Resultado del índice de ajuste CFA de EBBS

2x2 -	d.f.	X^2 /df	SRMR	RMSEA	CFI	NFI	NNFI	GFI	AGFI
1735.91	824	2.12	0.06	0.06	0,96	0,95	0,95	0,94	0.90

Abrir en una ventana separada

Todas las relaciones de escala de ítems fueron estadísticamente significativas (P<0.005).

Ir a:

4. Discusión

Esta investigación evalúa las propiedades psicométricas de EBBS en una población de mujeres entre 18 y 65 años. Fue un estudio realizado en Irán para investigar las propiedades psicométricas de EBBS sobre la población de mujeres entre las edades de 18 y 65 años. Por simplicidad, fluidez y cumplimiento de las normas culturales y sociales, los contenidos del cuestionario fueron modificados con frecuencia durante el proceso de traducción y evaluación de la validez aparente y de contenido; sin embargo, la cantidad de elementos se mantuvo sin cambios en 29 elementos de beneficios y 14 elementos de barreras junto con 9 factores que se ingresaron en el proceso de validación. Los resultados muestran que EBBS puede usarse como una

herramienta confiable y válida para evaluar los beneficios y las barreras de la actividad física entre las mujeres iraníes.6 , 14). La validez de constructo de EBBS para mujeres se determinó a través del análisis factorial. Según los resultados, el mejor ajuste para este conjunto de datos es una solución de 9 factores. Se empleó CFA para confirmar los resultados del estudio original, que apoyó la validez de construcción inicial de la versión iraní de EBBS en mujeres. Los resultados del estudio presentado fueron diferentes a la investigación realizada por Akbari Kamrani et al. ya que pronosticaron 41 ítems en 10 componentes (14). Aunque tres factores medidos en el estudio presentado fueron exactamente consistentes con sus resultados. De manera similar, Brown identificó 26 ítems en 7 factores (21). Tres factores informados en este estudio fueron inconsistentes con los informados por el estudio de Brown. El coeficiente alfa de Cronbach, que muestra confiabilidad, estuvo en un rango aceptable, superior a 0,7 para todos los ítems y mostró una fuerte consistencia interna para las subescalas de escala total, beneficios y barreras. Este nivel de satisfacción en consistencia interna es casi similar a la versión original de EBBS y la mayoría de las versiones traducidas (6 , 12 , 14). En el estudio de Victor et al., los valores de confiabilidad, que fueron medidos por el alfa de Cronbach, fueron 0,94, 0,93 y 0,87 para las subescalas escala total, beneficios y barreras, respectivamente (6), mientras que fueron 0,83, 0,94 y 0,68 en las subescalas investigación presentada por Akbari Kamrani et al. (14). Es importante mencionar que un ítem debe tener un valor mínimo de 0.70 para poder medir el mismo constructo. En el análisis del comportamiento de cada ítem en cuanto a su contribución a la consistencia interna del instrumento, se reportó una mínima variación de los valores alfa. Esto demuestra que la versión traducida es congruente o complementaria en cuanto a cada ítem individual (22). El análisis de estabilidad de EBBS por el coeficiente de Spearman Brown mostró valores aceptables. Estos valores son 0,76, 0,79 y 0,74 para las subescalas escala total, beneficios y barreras, respectivamente. Sin embargo, los valores son más bajos que la escala original, 0.889, 0.893 y 0.772 que se calcularon con base en el instrumento de 43 ítems que incluye 29 escalas de beneficios y las 14 escalas de barreras (12). El estudio de Brown se realizó en estudiantes de entre 18 y 35 años. La mayoría de los estudiantes eran solteros y blancos y más del 50% de ellos tenían una AF adecuada. Akbari Kamrani et al. hizo su estudio en personas mayores con una edad superior a 60 años. En su estudio, la mayoría de las personas eran hombres y las muestras se recolectaron en un área diferente de Teherán. El

estudio propuesto se realizó en mujeres entre las edades de 18 y 65 años. La mayoría de ellas estaban casadas y eran amas de casa y todas vivían en el mismo barrio de Teherán. La mayoría de ellos tenían un nivel socioeconómico similar y carecían de AF. Como las características demográficas y el nivel de actividad física pueden variar en otros estudios, se espera que los beneficios percibidos y las barreras de la actividad física sean diferentes entre los participantes en comparación con el estudio propuesto.

Ir a:

5. Conclusiones

Este estudio investigó la confiabilidad y validez de la versión persa de EBBS. Los resultados indicaron que este instrumento tiene buenas propiedades psicométricas y puede recomendarse como una herramienta válida para medir los beneficios y las barreras de la AF entre mujeres iraníes entre 18 y 65 años. En este estudio, todos los participantes fueron seleccionados del mismo barrio de Teherán. Esto sugiere realizar un estudio similar para una población de mujeres de diferentes regiones y culturas.

Ir a:

Expresiones de gratitud

Este estudio fue financiado y apoyado por la Universidad de Ciencias Médicas de Teherán (subvención n.º 92-02-28-23311). Los autores desean expresar su agradecimiento a las mujeres que participaron en este estudio y su sincera cooperación, así como a Kayla J. Power por su valiosa y amable ayuda con la edición del artículo en inglés.

Acceder al Instrumento HPLP utilizado por **Pender** en su Investigación

pdf_IJWHR_191_supp.pdf HPLP PENDE

- Permalink

Revista Cubana de Enfermería
versión impresa ISSN 0864-0319*versión On-line* ISSN 1561-2961

Rev Cubana Enfermer v.25 n.3-4 Ciudad de la Habana jul.-dic. 2009

LEININGER MADELEINE

Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana. Camaguey 2008

Transcultural nursing like a method for care management in a urban community. Camaguey, 2008

Lic. Sandra Pérez Pimentel

Licenciada en Enfermería. Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Docente. "Amalia Simoni". Camagüey. alluch@finlay.cmw.sld.cu

---

RESUMEN

La teoría de cuidados culturales de Madeleine Leininger plantea que el conocimiento de la estructura cultural y social de una comunidad, grupo o individuo puede definir el logro de objetivos en las prácticas asistenciales de enfermería. Para la utilización práctica de ésta teoría en nuestro medio se realizó un estudio descriptivo cualitativo en una comunidad urbana del Policlínico "Julio Antonio Mella", con el objetivo de describir las características culturales de esa población e identificar los cuidados culturales que requieren para lo cual aplicamos el modelo del Sol Naciente de la teórica que abarca las siguientes variables: Factores educativo, económico, político y legal, valores culturales y estilos de vida, factores sociales y familiares y factores religiosos y filosóficos. Se determinó que ésta población tiene un nivel de escolaridad promedio de 12°, practica mayormente la religión protestante, está integrada a las organizaciones de masas y tienen un bajo índice de criminalidad. La mayoría trabaja, hay baja taza de natalidad y los valores culturales se identifican fundamentalmente en la solidaridad. Se desarrollan estilos de vida no sanos relacionados con factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. Se identificaron varios mitos populares que pueden ser respetados y se confeccionó una propuesta de cuidados transculturales a ésta población.

Palabras clave: Enfermería transcultural, cuidados culturales, modelo del Sol Naciente.

INTRODUCCIÓN

Entre las décadas del 60 y 70, la enfermera norteamericana Madeleine Leininger dio a conocer al mundo por medio de diversas e importantes investigaciones, su teoría sobre cuidados culturales.[1] La notable investigadora, para ésa fecha, llegó a ser la primera profesional en enfermería que obtuvo el grado de doctora en antropología y fue nombrada decana, profesora de enfermería y profesora adjunta de la Universidad de Utah.[2] Los éxitos cosechados por tan importante figura de nuestra profesión, que hoy se le reconoce como una de nuestras más relevantes teóricas. Están dados por la trascendencia que su teoría tiene para la enfermería contemporánea,[3] teniendo en cuenta que ella ha definido la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería que se centra en el estudio y el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta; siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimiento científico y humanística que permiten una práctica de la actividad sanitaria, específica de las culturas. [4] Hasta la fecha, Leininger ha estudiado numerosas culturas y hoy se mantiene activa como asesora de diferentes instituciones y proyectos de investigación en especial los que aplican su teoría de los cuidados culturales.[5]

En Cuba, el desarrollo de la práctica de enfermería se ha incrementado tanto cuantitativa como cualitativamente dando respuesta a las demandas asistenciales que conllevan la puesta en práctica de numerosos programas de salud que han abarcado todos los niveles de atención y que exigen un número elevado de profesionales con muy variados objetivos que hacen también variados el tipo de cuidado a brindar.[6]

Por otra parte el mejoramiento permanente de la calidad e integralidad de los programas de estudio de enfermería hacen de los profesionales y/o estudiantes cubanos, un grupo de expertos cada vez más capaces de brindar cuidados más congruentes con las demandas de la población, la que a su vez, adquiere mayor nivel de instrucción en cuestiones inherentes a los fenómenos salud _ enfermedad dado por la preocupación de nuestro gobierno en elevar el nivel cultural de nuestro pueblo y convertirlos a su vez en partícipes del cuidado de su propia salud.

La teoría de la transculturación plantea concretamente que el conocimiento de la estructura cultural y social de una comunidad, grupo o individuo puede definir el logro de objetivos en las prácticas asistenciales de enfermería. De esta manera se prodigaron cuidados que respetan los sistemas genéricos o tradicionales y aplican a su vez los sistemas profesionales, logrando así un estado de salud holístico con una asistencia de enfermería coherente con la cultura.[7]

El estudio de la cultura cubana ha sido motivación para estudiosos de diversos campos de la ciencia que van desde naturalistas, sociólogos, demógrafos, humanistas y científicos de todas las áreas. Los antropólogos cubanos han realizado estudios más afines a las necesidades investigativas de enfermería para el "marketting" de cuidados, de allí que *Leininger* haya planteado que para la aplicación de la enfermería transcultural se requieren conocimientos de ésta ciencia o la colaboración de sus especialistas.[8] Los estudios antropológicos de Cuba nos muestran una amplísima gama de características propias de la población cubana en general y además nuestros estudios también por áreas, regiones y poblaciones específicas que demuestran que se hace necesario que los cuidados de enfermería en nuestro país comiencen a tener en cuenta el elemento Cultura para suministrar cuidados que se ajusten de modo razonable a las necesidades, los valores, las creencias y los modos de vida de los pacientes,[9] lo cual es imprescindible en los tiempos actuales de la enfermería cubana que se caracteriza por éstos, presentes en todas naciones y regiones de nuestro país.[10]

La teoría de Leininger se deriva de la antropología y la enfermería desde una perspectiva transcultural de la asistencia a los seres humanos, para lo que diseñó un modelo para describir sus componentes esenciales que facilitan el desarrollo de investigaciones que den lugar al planteamiento de estrategias o sistemas de cuidados destinados a diferentes culturas. Este modelo fue nombrado "Modelo del Sol Naciente", donde la enfermería actúa como un puente entre los sistemas genéricos populares y los profesionales, permitiendo producir acciones y decisiones de enfermería teniendo en

cuenta a los seres humanos de forma inseparable de sus referencias culturales y su estructura social, visión del mundo, historia y contexto ambiental.[12]

La aplicación de ésta teoría con su modelo en diferentes estudios internacionales validan su importancia. Sin embargo, en Cuba no encontramos muchas investigaciones de éste tipo, que teniendo en cuenta el diseño de nuestra atención primaria de salud, consideramos que sería muy interesante su aplicación, lo que daría lugar a la conformación de sistemas de cuidados específicos para la población, por ejemplo: en un consultorio.13 Lo más cercano encontrado y que consideramos sería una fuente valiosa de información para enfermeras interesadas en la aplicación de ésta teoría, es el Análisis de la Situación de Salud que realizan los consultorios. No obstante, consideramos que es aplicable a la atención secundaria teniendo en cuenta la especialización de departamentos, tales como Nefrología, Hematología, Oncología, entre otros que les sería muy provechoso la adecuación de los cuidados a la cultura de grupos de enfermos con muchas cosas en común.[14] Por otra parte resultaría novedoso realizar Marketting de cuidados culturales en regiones, tales como: Oriente, Occidente, en Zonas Montañosas, Tabacaleras, Costeras, etc., donde se evidencian marcadas diferencias culturales que requerirán cuidados congruentes con su entorno.[15]

En la realización de investigaciones acerca de la enfermería transcultural, ésta autora considera que debe ganar en interesados, más aún cuando además de estar dispersos en todo el país, miles de enfermeras cubanas brindan servicios en otros países, donde el conocimiento acerca de ésta teoría les sería muy útil para poder alcanzar la satisfacción del paciente sea cual sea su cultura.[16]

Leininger desarrolló la etnoenfermería como método de investigación que parte de la etnociencia que es el estudio sistemático de la forma de vida de un grupo cultural determinado para poder obtener un relato preciso de la conducta de sus miembros y del modo en que perciben y conocen su universo.[17] Este método proporciona datos que ayudan a los profesionales de la enfermería a comprender el sentido de la asistencia en cualquier fenómeno que estudie y a predecir la conducta humana dentro de un contexto cultural. Con estos métodos cualitativos el investigador de enfermería entra en contacto con las actividades cotidianas de la gente para aprender su mundo y obtiene datos en observaciones desde una actitud participativa. Es por esto que Leininger sostiene que para entender bien los significados y alcanzar un conocimiento cultural preciso son particularmente importantes los Métodos Cualitativos de Investigación.[18]

Las comunidades urbanas en Cuba, al igual que las rurales, tienen aplicado el modelo de atención integral de salud conceptualizado por el sistema del médico de la familia. No obstante que no se identifiquen situaciones de salud relevantes relacionadas con la cultura resulta de singular importancia analizar cualitativamente los aspectos de la comunidad en relación con esta, de manera que se facilite la introducción de los modelos profesionales de salud respetando los aspectos culturales que identifiquen a los diferentes grupos de personas, ayudando así a que el logro de metas y objetivos en estas cuestiones sean aceptados con mayor fluidez.

Valorando todos los postulados de Leininger y tomando en consideración la diversidad cultural de nuestro pueblo y el papel protagónico del enfermero en la sociedad cubana actual, nos hemos motivado a realizar un análisis cualitativo de una comunidad urbana mediante la utilización de los elementos del Modelo del Sol Naciente. El estudio tuvo como objetivo el planificar una gestión del cuidado a sus integrantes.

MÉTODO

Se realizó un estudio cualitativo interpretativo la comunidad urbana del consultorio #32 del Policlínico "Julio Antonio Mella", la cual constituyó universo y muestra, con el objetivo de describir las características culturales de esa población e identificar los cuidados transculturales que se requieren. Se utilizó como dato primario el análisis de la situación de salud de ese consultorio y el levantamiento sociológico del distrito del Partido Comunista de Cuba, así como la actividad observacional e interactiva.

Para la recolección de datos émicos.

Se determinaron como variables a evaluar cualitativamente los aspectos que indican el modelo del Sol Naciente con las modificaciones de 1996 y que se considera el instrumento para el trabajo con la teoría de cuidados culturales.

Las variables son las siguientes:

a) Factores educativos: se basa fundamentalmente en el nivel de escolaridad promedio y el acceso a la educación.[19]

b) Factores económicos: abarcó el análisis del alcance económico para satisfacer medios básicos, la accesibilidad a los productos que incluye medicación y el vínculo laboral.[20]

c) Factores políticos y legales: incluyó integración a organizaciones e índice de criminalidad.

d) Valores culturales y estilos de vida de vida: realiza una caracterización del problema de salud más frecuentemente; valores más identificados y creencias y mitos populares más arraigados.

e) Factores sociales y familiares: se analizó la tasa de natalidad y cuál fue la familia tipo y edad promedio, calidad de la vivienda promedio y otros elementos del modo de vida.

f) Factores religiosos y filosóficos: determinado fundamentalmente por la religión más practicada y se analizó cómo ella enfoca el problema salud _ enfermedad _ muerte.

DESARROLLO

1. Nivel Educacional

Se determinó que la población estudiada tiene un nivel de escolaridad promedio de duodécimo grado, lo que puede valorarse como un elemento muy positivo que favorece el entendimiento entre los profesionales de la salud y la comunidad, tanto para las acciones de promoción y prevención como las de curación. Aunque no está de más tener en cuenta que a mayor nivel educacional mayor autodeterminación y menor subordinación, lo que puede favorecer la aparición de tendencias a la automedicación y la selectividad de los servicios de salud.

2. Religión

La religión más practicada de ésta comunidad es la protestante en sus diferentes vertientes (Pentecostal, Adventista del 7mo. día, Bautistas, Metodistas). El enfoque religioso del fenómeno salud _ enfermedad varía según la vertiente, pero en sentido general ésta religión no interfiere en ninguna forma en los procesos de enfrentamiento a las enfermedades y/o factores de riesgo, todo lo contrario, insta a ser partícipe del cuidado de la salud y el medio ambiente. Las prácticas religiosas protestantes relacionadas con la enfermedad están dotadas de algunos ritos que se alimentan fundamentalmente de la autosugestión, pero que son sinónimos en mayor cuantía del autoestímulo y la positividad de pensamiento para el logro de la curación y/o evitación de la enfermedad.

3. Factores Políticos-Legales

Un porciento elevado de ésta población está integrada a las organizaciones de masas y políticas, lo cual lo vincula a la vida sociopolítica del país y favorece la interacción entre los seres humanos para el intercambio de conocimiento y experiencias, lo que incluye a los centros de salud (Policlínico _ Consultorio), y éstos a su vez utilizan la influencia de éstas organizaciones en los cambios de conductas con el objetivo común de lograr equilibrio entre el hombre y su medio. Así mismo se vio un bajo índice de criminalidad (bajo delito, bajo número de reclusos, bajo número de personas con peligrosidad social, etc.), factor éste muy positivo que está en relación con un bajo índice de riesgo social.

4. Factor económico

La mayoría de los integrantes de ésta comunidad son trabajadores, lo cual hace más amplio el círculo de interacción y a su vez las demandas de cuidados, a lo que se le suma el riesgo laboral

como otro factor generador de necesidades de salud. No obstante, éste elemento posibilita mejor alcance económico para mejor satisfacción de las necesidades básicas (alimentación, vivienda, vestuario, recreación), además del acceso a los medicamentos.

5. Factores sociales y familiares

El análisis de la situación de salud informó que existía una baja taza de natalidad y un elevado número de familias nucleares. Estos elementos favorecen la funcionalidad de la familia a lo que se suma que las características constructivas de las viviendas (edificios multifamiliares) favorecen un modo de vida bastante cercano a lo adecuado y con la facilidad de que las intervenciones de los profesionales de la salud pueden llegar fácilmente pues la comunidad tiene grandes cosas en común, por lo que una solución a un problema de salud por ejemplo, ambiental, puede ser la solución para muchas personas a la vez. Algunos elementos sociales también fueron importantes valorar; se trata de una población mayormente adulta, lo que indica que existe la madurez necesaria para acatar las normas sanitarias y ser partícipe, con las instituciones de salud, de la educación de los jóvenes y niños y así mismos del cuidado de los adultos mayores.

6. Valores culturales y Estilos vida

Según el análisis de la situación de salud se plantea que se trata de una comunidad con un porciento importante de pacientes dispensarizados en el grupo de personas con riesgos fundamentalmente relacionados con hábitos tóxicos, riesgo de accidentes, stress y sobrepeso, lo que facilita la implementación de planes y estrategias de intervención para evitar la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, todo lo cual habla de estilos de vida no sanos que incluye poca recreación y exceso de carga física y mental.

Los valores culturales están reflejados de forma positiva y desde el punto de vista político con totalidad de los niños incorporados al sistema nacional de educación, buena identificación con el patriotismo y la lucha contra tendencias sociales negativas. La solidaridad se ve como algo muy evidente teniendo en cuenta que las características de la comunidad favorecen la ayuda entre vecinos basada en el respeto.

Los valores culturales también son evaluados en relación con el proceso salud _ enfermedad realizando un análisis de los mitos y creencias populares relacionadas con las enfermedades pues en ocasiones éstos están en contraposición con los sistemas profesionales, no siendo así en este caso pues los vistos pueden ser fácilmente aceptados por los profesionales de la salud y de ésta forma respetar sus tradiciones como parte de su cultura, pero sin abandonar la práctica profesional e inculcando en la población la importancia del cumplimiento de ésta en primer orden.

Se pudo observar en orden de aceptación y uso por ésta población, los siguientes mitos y creencias:

1. "Cura del empacho".

2. "Oración del San Luis Beltrán contra el mal de ojo en los niños" y "Santigüarlos".

3. "Cortar la culebrilla".

4. "No andar descalzo con la menstruación".

5. "Cura del orzuelo pasma'o con rezos".

6. "Poner un hilo en la frente del bebé con hipo".

7. "No tocar la barriga de la embarazada cuando hay eclipse".

8. "Poner collar de higuereta para las paperas".

9. "Criar un perro chino para contrarrestar el asma".

Como se observa, puede ser perfectamente respetado sin que esto sea un patrón de cuidado; no mostrar desprecio por ellos es una forma de interrelacionar los sistemas genéricos tradicionales y los sistemas profesionales por medio de cuidados de enfermería coherentes con ambos sistemas, lo cual demuestra que la teoría de los cuidados culturales es aplicable y razonable.

Podemos concluir que la aplicación del Modelo del Sol Naciente para caracterizar la cultura de una comunidad, población o individuo es eficiente para establecer cuidados transculturales de enfermería capaces de transmitir bienestar al paciente al sentir que los elementos de su cultura son respetados y que está siendo "cuidado" coherentemente con ellos. Las características que ésta población arrojó con respecto a su cultura, según los elementos del Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger, nos muestra que puede determinarse en ella un Marketting de cuidados aprovechando los elementos que favorecen la aplicación de estrategias preventivas y nutriendo de soluciones educativas los elementos predisponentes a procesos patológicos y como muestra de ello sugerimos una propuesta de cuidados culturales a ésta población.

Lic. Sandra Pérez Pimentel. Hospital Clínico Quirúrgico Docente. "Amalia Simoni". Camagüey. E Mail: alluch@finlay.cmw.sld.cu

VIDEO LENINGER: https://youtu.be/7I1WXftiIK8

Index de Enfermería
versión On-line ISSN 1699-5988*versión impresa* ISSN 1132-1296

Index Enferm vol.19 no.2-3 Granada abr./sep. 2010

Madeleine Leininger: claroscuro trascultural

David Fornons Fontdevila[1]

[1]Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital del Mar/ Parc Salut del Mar (Centro adscrito a la Universidad Pompeu Fabra). Barcelona, España.

RESUMEN

A principios de la década de los años 60, Madeleine Leininger conceptualiza y funda la Enfermería transcultural, pero a pesar de la vigencia y reconocimiento que actualmente posee la enfermería transcultural, ésta no se escapa de un territorio claro-oscuro de contradicciones y dicciones. ¿Qué concepto de cultura utiliza Madeleine Leininger? ¿Qué consecuencias implica su transculturalidad? En el artículo se debate la particularidad conceptual utilizada por Leininger. Así mismo se propone cambiar terminológicamente y conceptualmente significados y significantes como la etnoenfermería y los conceptos de transculturalidad que a ella refieren. Para evitar los determinismos culturales se considera más correcto hablar de las identidades culturales, propias e individuales. La enfermería debe establecer un diálogo transcultural con las identidades culturales, con las medicinas y enfermerías transculturales. Un diálogo en igualdad, no sin por ello renunciar a la riqueza y eficiencia de la enfermería y de la medicina occidentales.

Palabras clave: Madeleine Leininger, Enfermería transcultural, etnoenfermería.

Introducción

La enfermería actual, como todas las ciencias en general, incluidas las llamadas ciencias de la salud, está en un proceso continuo como disciplina, planteándose y replanteándose tanto sus marcos teóricos como metodológicos. No en vano, las ciencias cartesianas, los saberes modernos, llevan años en un proceso de revisión y complejización constante. En todo el universo teorético y práctico del profesional de enfermería existe una urdimbre de creencias, prácticas y problemas todos ellos enlazados y relacionados con la salud siempre en constante visión y revisión. En las sociedades complejas actuales, el proceso de la globalización y la movilidad humana, reflejada en las continuas y abundantes migraciones, el fenómeno de la vivencia y convivencia cultural está en primer plano. En la historia de la humanidad estos procesos siempre han existido, pero ahora devienen más importantes por su amplitud y significancia; son parte constitutiva de la realidad social, una realidad donde las culturas humanas toman relevancia en unos espacios heterogéneos sometidos a un proceso de homogeneización globalizante.

De la lógica de la pluralidad de las culturas y de la lógica del progreso y cambio dentro de la disciplina de enfermería han surgido conceptualizaciones y herramientas cognitivas para hacer frente a estas nuevas realidades. Ahí hay que centrar el origen y la intención de la enfermería transcultural. A *grosso modo* la enfermería transcultural pretende facilitar una asistencia sanitaria multicultural segura y eficaz. Se parte de la hipótesis que el profesional enfermero debe enfrentarse en su cotidianeidad a unos usuarios con un fondo cultural o étnico distinto del propio con las necesidades y dificultades que, supuestamente, este hecho genera. En definitiva parece estar en juego la posibilidad de proporcionar cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes con la cultura de la persona que recibe la atención del profesional de enfermería.

A principios de la década de los años 60, Madeleine Leininger conceptualiza y funda la Enfermería transcultural, a la cual definió como el área de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencia de salud o enfermedad, valores o prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte. Es en el año 1966 cuando Leininger crea el primer curso de enfermería transcultural en una universidad americana. La transculturalidad se define como "aquellos fenómenos que resultan cuando los grupos de individuos, que tienen culturas diferentes, toman contacto continuo de primera mano, con los consiguientes cambios en los patrones de la cultura original de uno de los grupos o de ambos".[1] La propuesta de Madeleine Leininger sobre la enfermería transcultural es "un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte".[2]

A pesar de la vigencia y reconocimiento que actualmente posee la enfermería transcultural, ésta no se escapa de un territorio claro-oscuro de contradicciones y dicciones. En este artículo se pretende explorar este territorio, tanto desde la perspectiva de la Antropología social y cultural de la cual deriva esta nueva disciplina, como desde la Enfermería.

Los claros de la Enfermería Transcultural

La enfermería puede entenderse y abordarse como una disciplina claramente dualista. Por una parte corresponde al universo de las ciencias de la salud como objeto propio de conocimiento, pero por otra parte los sujetos de la disciplina, son objeto de las ciencias sociales y humanas. La enfermería no solo pertenece al mundo de las ciencias cartesianas, del empirismo, del estudio de lo natural, lo biológico. La enfermería también es una ciencia de lo humano, holística, de lo probabilístico, de lo cultural. De aquella definición dada por la antropología sobre el ser humano, como un ser sujeto a unas tramas de significación tejidas por él, vemos al pensar en la enfermería como ésta participa, está sujeta a unas tramas, a unos saberes que elabora, que construye, que reconstruye y participa, a veces activamente y otras veces pasivamente.[3] Y quizás, que es lo que se planeta en este artículo, es la naturaleza dual de la enfermería la que por un lado otorga a la disciplina su particularidad, una particularidad llena de claros, aunque también es poseedora de oscuros.

La dualidad de la enfermería es gestionada a su vez desde pares conceptuales como salud-enfermedad, biológico-cultural, individual-comunitario, diagnosticar-curar, técnica-cuidados Y otros que podríamos y que de manera directa en algunos casos e indirecta en otros están presentes en el imaginario común de la disciplina. La enfermería siempre ha tenido una vocación holística (aunque no haya sido reconocida en sus orígenes como disciplina). Por esto la dualidad de la enfermería se nutre de las aportaciones de otras disciplinas y saberes como la medicina, la biología, la psiquiatría, la bioquímica, la farmacia, la psicología, la sociología e, importante en el caso que nos ocupa, la enfermería transcultural, la antropología. Estas aportaciones son claros, aunque a veces estas aportaciones mal interpretadas o aplicadas pueden suponer oscuros.

La Antropología es una ciencia holística y comparativa en grado único. Y precisamente el holismo, la comparación entre culturas, la búsqueda de lo unitario desde lo diferente conforma la disciplina antropológica. Estudia la totalidad de la condición humana: pasado, presente y futuro: biología, sociedad, lenguaje y cultura. La cultura, como el cuidar en la antropología, es el término central de la disciplina y versa sobre todas las sociedades, antiguas y modernas, simples y complejas. En definitiva, es poseedora de una perspectiva transcultural única. Este concepto de transcultural es la aportación objeto de debate en el artículo de la antropología a la enfermería.

Las culturas son tradiciones y costumbres, transmitidas mediante el aprendizaje, que rigen las creencias y el comportamiento de las personas expuestas a ellas. El proceso de adquisición de la cultura se denomina endoculturación. La cultura no es en sí misma biológica, pero se apoya en ciertas características de la biología humana. La enfermería por su parte no es solo biología, también se apoya en la especificidad de la biología humana y es producto y elaboración humano. En definitiva comparte en plenitud la dualidad naturaleza-cultura.

Esta construcción dualista de la profesión, plantea el siguiente interrogante: ¿la situación actual de la enfermería viene determinada por sus aspectos más biológicos o tecnológicos, o más bien por los aspectos que refieren a toda su naturaleza como ciencia humana? ¿Es la enfermería transcultural la

lógica evolución teórica, un claro en la disciplina o más bien un juego de terminología, un oscuro, en el cual no son respetadas ni la Antropología ni la Enfermería?

La respuesta a ambas preguntas pivota sobre el concepto de cuidar, sobre el proceso de cuidados en enfermería. Este cuidar se ha ido definiendo con el tiempo como un cuidar que implica no solo la enfermedad, sino la salud. Por esto Colliere[4] define los cuidados como acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de curación y rehabilitación cuando la persona esté enferma, destacando que no solo la enfermedad es el eje, sino la salud con o en su ausencia es lo fundamental. Benavent[5] ha ampliado con certeza, concretado y profesionalizado el concepto de Colliere, completándolo con la siguiente extensión: el proceso de cuidados como una forma de pensar y de hacer que requiere un soporte metodológico que configure un orden a las acciones.

Así pues Benavent, por si alguien aún lo dudaba, daba como *hecho per se* la posesión por parte de la disciplina de modelos conceptuales, cambiantes y mutantes en el devenir histórico. Y evidentemente estos modelos son aplicados mediante una metodología y unas acciones que le son propias a la enfermería. Tanto Benavent como Guirau[6] hablan de la adaptación, quizás adecuación, a cada sujeto. Ambos autores parecen referir a un sujeto dividido en individuo y grupo, pero se trata de dos conceptos entendidos desde las ciencias sociales como discordantes, como pares de opuestos que conllevan connotaciones y orientaciones distintas, tanto en la teorización como en la praxis. Así mismo, la enfermería como ciencia dual no trata con individuos, trata con personas. El individuo refiere a una naturaleza física y biológica y la persona refiere a la misma que la anterior más a una naturaleza cultural y social. La persona existe en cuanto existe una sociedad, una cultura. El individuo es una clasificación taxonómica y biológica. La enfermería interviene para y por las personas, no en los individuos, o al menos partiendo de la base teórica de ciencia dual, científica tecnológica y humanística así debería ser. La enfermería se centra en la persona, perteneciente ésta a un grupo, aunque esta pertenencia no tiene porqué predeterminar sus actos.

Centrándonos en el hecho que la enfermería realiza un proceso de cuidados con personas, ya desde los inicios de la profesión Florence Nightingale,[7] desde la perspectiva de su época, claramente naturalista, entendía que la enfermedad es la respuesta de la naturaleza frente a una agresión externa. Posteriormente Virginia Henderson introduce en el concepto el aspecto global de la persona y su relación con el entorno. Estos cuidados adquieren acción con I. King;[8] y esta acción se establece por la comunicación-relación del profesional de enfermería con el paciente. En definitiva se constata, como también lo hacen Callista Roy[9] y Betty Neuman,[10] la relación de la persona con su entorno y que en este proceso los factores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales son importantes.

Evidentemente estos planteamientos devienen de la naturaleza dual, más específicamente humanística de la enfermería. En estos planteamientos la enfermería transcultural podría ser la culminación de la enfermería como ciencia holística que además de adquirir el concepto de persona, acepta y adapta el concepto de cultura a la disciplina, pero una cultura que no es determinista: la persona es el centro, no el grupo.

Los oscuros de la enfermería transcultural

Pero ¿de qué concepto de cultura nos habla Madeleine Leininger? ¿Qué consecuencias implica su transculturalidad? ¿El concepto de etnoenfermería es válido como herramienta conceptual y metodológica, o en el fondo es un juego léxico formado por la unión fragmentaria de la etnología (como antropología o parte de ella) y la enfermería?

Empecemos por los oscuros que plantean estas cuestiones por el orden inverso de aparición. La etnoenfermería se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada, a través de las manifestaciones *emic* locales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores, sobre los fenómenos de enfermería reales o potenciales, como pueda ser la asistencia, la salud y los factores ambientales.[11]

Claro que si nos atenemos a la Antropología, el concepto etnia, en profunda revisión, refiere más a un estudio local. Actualmente en Europa existen estudios etnológicos y patrimoniales que refieren a culturas y su expresión en el ámbito local. Aquí la utilización del prefijo etno particulariza hacia lo local, alejándose de la propuesta holística y universal de la antropología y por ende de la enfermería. La utilización de la terminología *emic* y *etic*[12] (Harris considera *emic* a las explicaciones que una comunidad considera válidas sobre sus actos y etic a las explicaciones científicas que un observador externo da a esos mismos actos),[12] muy antropológica, refiere más bien a puntos de partida del observador, a planteamientos teóricos y metodológicos de la antropología en el trabajo de campo, pero el término adquiere oscuridad cuando es aplicado al concepto de salud, salud propuesta y aplicada por una ciencia desde un determinado entorno cultural. El propósito de la cultura que ha profesionalizado el proceso de cuidar es hacer llegar su saber y su acción, claramente *etic* hacia un usuario al parecer claramente *emic*. Se puede afirmar que el juego conceptual *etic-emic* no va por estos derroteros. Madeleine Leininguer, cuando plantea sus teorías, en ese momento la antropología americana en la figura de Murdok[13] y como respuesta al padre de la antropología americana Frank Boas[14] (padre así mismo del relativismo cultural y clarificador del concepto *emic*) establecía un sistema clasificatorio sobre las culturas, en las cuales como la etnoenfermería establecía clasificaciones sistemáticas de una serie de ítems presuntamente culturales como creencias, valores, prácticas, para que así se pudiera comparar y estudiar con otras culturas. El grupo predeterminado. La experiencia de Murdok ni fue aceptada por toda la disciplina en su momento, y actualmente tampoco se considera como un referente de la antropología: más bien es un oscuro útil que sirvió para que la antropología avanzara, pero no como dogma tanto para la antropología como para ser prestado a otras disciplinas, en el caso que nos ocupa, la enfermería. Es decir Leininger, influenciada principalmente por Murdok, toma prestados conceptos que no son universalmente aceptados por la antropología y los fusiona con la enfermería.

Así pues Madeleine Leininger no *fusiona* la antropología y la enfermería, fusiona una especie de particularismo histórico boasiano (podría decirse que mal interpretado) y la metodología comparativa de Murdok con la enfermería. Evidentemente esto no es lo mismo que utilizar conceptos aceptados por toda la disciplina antropológica y aplicarlos a la enfermería.

El oscuro, así mismo, de la etnología es que ésta utiliza los materiales de la etnografía, pero conserva una perspectiva a menudo estática y descriptiva. A veces, *puede propender a neutralizar la dinámica temporal que recorre toda sociedad y cultura.* La antropología utiliza en su metodología en sus investigaciones la etnografía. Pero la etnología, que es el siguiente paso metodológico tras la etnografía, refiere a una localidad y a una particularidad siendo como se ha dicho anteriormente, estática y descriptiva. Las sociedades modernas no son estáticas, el cambio es consustancial a las mismas.

Siguiendo con los conceptos que utiliza de la antropología, Leininger en el mismo sentido que sus referentes antropológicos, Murdok principalmente, en el paso de la etnografía a la etnología y después a la antropología, revela a la vez un encaje aparentemente técnico, incluso teórico y un proceso de generalización y comparación cada vez más acusado. Pero esta generalización parte de lo particular y de una clasificación de términos, elaborados desde la perspectiva *etic* con pretensiones de ser *emic.* Es decir, el problema de estas técnicas comparativas y analíticas culturales es que partiendo de conceptos de la cultura occidental como familia, religión, economía, se establecen los significados y significantes para la cultura, la cual se estudia interpretando las narrativas de los informantes, lo *emic,* pero evidentemente con herramientas conceptuales *etic* que no tienen porqué tener la misma significancia para la cultura estudiada. Por ejemplo, estudiar el parentesco en una cultura distante tal y como este modelo propone, significa recoger lo que significa para los estudiados el concepto de familia. Pero este concepto fundamental de partida en el análisis no tiene por qué existir o significar lo mismo para el informante como para el investigador proveniente de una realidad cultural diferente. Es importante la relación que establece la antropología como ciencia con la visión o concepción holística de la realidad, una realidad que al ser explicada, reconstruida, lo debe ser también en los conceptos de análisis de los cuales se parte.

En el uso científico corriente, el término etnia designa un conjunto lingüístico, cultural y territorial de cierto tamaño, estando generalmente destinado el término tribu a grupos de menor dimensión. Etnia, palabra constantemente mencionada y unidad base de los estudios de la antropología, no ha sido definida ni debatida excesivamente. Además nos lleva Leininger al territorio del grupo, como determinismo que nos aleja del concepto de persona, aunque no sea ésta su intención.

Por esto quizá la opción para solventar este oscuro es utilizar otra herramienta conceptual como puede ser el de identidad cultural, el cual, como se expondrá en las conclusiones, puede resultar más útil a la enfermería, a la enfermería transcultural.

La policromía de la enfermería transcultural

Para despejar dudas desde la antropología en los oscuros referidos anteriormente puede parecer una crítica al relativismo cultural de Boas y las aportaciones de la antropología americana en la figura de Murdok. Nada más alejado de la realidad, en el caso de Boas. Así pues, se trata de clarificar, policromar estas aportaciones que posiblemente y de forma bienintencionada han sido fragmentadas y utilizadas por Leininger.

Para el Particularismo Histórico de Boas, los mismos fenómenos sociales y culturales no tienen por qué ser resultado de idénticas causas. "Los mismos fenómenos pueden ser resultado de causas diferentes".[15] Boas enfatizó la importancia del trabajo de campo, del estudio intensivo de cada cultura en particular, para después poder establecer generalizaciones. Nunca a la inversa. De manera que, la característica principal del pensamiento de Boas fue el relativismo cultural. Este argumentaba que los sistemas de valores de las distintas culturas deben ser juzgados de acuerdo con la cultura a la que pertenecen y no etnocéntricamente según los patrones de quien las estudia. Y esta aportación es fundamental. Pero Leininger y las clasificaciones *murdoknianas* caen precisamente en el error de pretender que de unos sistemas de valores descritos como *emics* hace valoraciones *etics.* Implica el trayecto del grupo al individuo.

Leininger quiere, recordemos, ofrecer una asistencia coherente con el entorno cultural para proporcionar cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes. Buen propósito, pero estos cuidados son etnocéntricos, parten del concepto de salud y enfermedad, de cuidado de la cultura occidental, eurocéntrica. En definitiva prima el objetivo de eficiencia en un proceso de cuidados dirigido a la diversidad cultural, entendiéndola, pero esta diversidad no es partícipe y no es parte constituyente del cuidado. El juego está en conocerla, comprenderla para así poder adaptar e incorporar los objetivos de salud, los propósitos, propósitos que son claramente de la cultura dominante, de las discursivas médicas oficiales.

No existe un proceso de mediación en igualdad entre la diversidad cultural. Existe el esfuerzo comprensivo para poder actuar desde los objetivos de la medicina occidental. En definitiva se establece una relación de poder en la cual la consecución de la eficiencia, de los objetivos, pasa por el conocimiento del otro, pero el otro, bajo este concepto no nos conoce, al menos en criterios de igualdad, en criterios dialógicos. Y quizá el problema arranca con el concepto mal entendido de etnicidad. Según Frederik Barth,[16] puede decirse que existe etnicidad cuando la gente exige para sí una cierta identidad y es definida por otros con referencia a esa identidad. Significa identificación con y sentirse parte de, un grupo étnico, y exclusión de ciertos otros grupos debido a esta afiliación.

Centrémonos en el cambio de terminología, en el concepto de identidad cultural. La Identidad Cultural es el conjunto de valores, tradiciones, símbolos, creencias y modos de comportamiento que funcionan como elemento cohesionador dentro de un grupo social y que actúan como sustrato para que los individuos que lo forman puedan fundamentar su sentimiento de pertenencia. Pero, y esto es lo más importante, refiere a la persona, a lo que ella quiere ser, a lo que percibe que es. Transciende al grupo, va de la persona al grupo y no como el concepto de etncidad del grupo a la persona que ya está clasificada y catalogada. La identidad cultural refiere más a lo individual, a la persona, a una elección. La etnicidad es una clasificación.

Uno de los peligros del recorrido que va del grupo al individuo es el determinismo. Conviene recordar que aunque pertenezcamos a una misma cultura y ésta nos ofrece una serie de conocimientos de opciones, de saberes, no actuamos como autómatas. Siempre en el ser humano existe el libre albedrío y no todos los grupos humanos clasificados en etnias tienen que responder de la misma manera ante un mismo estímulo. Este es el peligro de las clasificaciones culturales. Leininger, o al menos como determinados sectores de la enfermería han entendido sus propuestas transculturales, éstas (se pide disculpa por la canalización) refieren a una serie de catálogos descriptivos de lo que ellos denominan distintas etnias. En el caso de Norteamérica, estas etnias son los amerindios, los afroamericanos, los asiáticos, los latinos, que al parecer no pertenecen a la cultura mayoritaria norteamericana. Aunque se hayan endoculturado en su seno y siempre hayan

vivido en Norteamérica no son cultura americana, ni la etnia americana y por esto hay que establecer unas categorías culturales para así poder dar una mejor asistencia y eficiencia. Cuesta entender que un amerindio o un afroamericano tengan una cultura, una etnia diferente a la americana. Los catálogos culturales elaborados bajo el prisma de una asistencia pragmática y efectiva rozan en algunos casos la estereoticipación y una marginación silente del colectivo sujeto a esta clasificación. Clasificación que por otra parte englobaría a todos y cada uno de los miembros de esa supuesta etnia, de esa supuesta cultura a ser trasnculturada, violando, si cabe el derecho a la individualidad, a la persona.

Pero este modelo también es erróneo si lo aplicamos en otros espacios sociales, con personas inmigradas desde otros lugares. No se puede presuponer, en el caso de España, que todos los inmigrantes marroquíes actúen de la misma manera ante un proceso de salud-enfermedad. Es absolutamente determinista, como también pensar que existe de partida una incomprensión cultural que dificulta los cuidados. Existe la diversidad de culturas pero existe también la diversidad, la pluralidad, la individualidad de los seres humanos. Podría decirse que cada ser humano es único y con él se podría montar una categoría clasificatoria. Lo humano es policromado, la enfermería transcultural, a pesar de sus claroscuros es también policromada. Como Sol Tarrés expone: "la necesidad de conocer los condicionantes del paciente contextualizándolo en su propia cultura, comprenderlos desde su perspectiva, de entender qué es la salud y la enfermedad para estos individuos de cara a optimizar la relación persona a persona con ellos".[17]

Conclusiones

Este artículo tan solo pretende provocar una revisión de los conceptos utilizados por la enfermería transcultural. A pesar de su grandísima aportación a la enfermería, el sesgo del tipo de antropología que utilizó en su día, Leininger ha podido distorsionar, seguramente, incluso los propósitos iniciales de la autora. Por esto la propuesta es cambiar terminológicamente y conceptualmente disciplinas como la etnoenfermería y los conceptos de transculturalidad que a ella refieren. La identidad cultural, como patrimonio propio del ser humano, patrimonio escogido por su poseedor y el respeto a la individualidad, a la particularidad humana debe estar siempre presente. Si no, la trampa del determinismo distorsiona los objetivos mismos de la enfermería transcultural.

La enfermería debe establecer un diálogo transcultural con las identidades culturales, con las medicinas y enfermerías transculturales. Un diálogo en igualdad, no sin por ello renunciar a la riqueza y eficiencia de la enfermería y de la medicina occidental. En definitiva nuestro acercamiento al otro, para poder así establecer una relación destinada a un proceso de curar debemos hacerlo desde la mutua comprensión de la realidad cultural y de la diversidad humana.

Dirección para correspondencia:
dfornons@terrassa.uned.es

Manuscrito recibido el 11.3.2010
Manuscrito aceptado el 17.7.2010

Todo el contenido de esta revista, excepto dónde está identificado, está bajo una Licencia Creative Commons

http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v2n1/v2n1a04.pdf

articles articles search
toc previous next author subject form home alpha

- Permalink

Aquichan
Print version ISSN 1657-5997

Aquichan vol.2 no.1 Bogotá Jan./Dec. 2002

Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy

Grupo de estudio para el desarrollo del modelo de adaptación, Facultad de Enfermería, Universidad de La Sabana*

* Leticia Díaz de Flores; María Mercedes Durán de Villalobos; Patricia Gallego de Pardo; Bertha Gómez Daza; Elizabeth Gómez de Obando; Yolanda González de Acuña; María del Carmen Gutiérrez de Giraldo; Ángela Hernández Posada; Jenny Carolina Londoño Maya; María Elisa Moreno Fergusson; Beatriz Pérez Giraldo; Claudia Rodríguez Carranza; Clara Rozo de Arévalo; Carmen Umaña de Lozano; Sandra Valbuena; Roberto Vargas Márquez y Blanca Cecilia Venegas Bustos.

RESUMEN

El artículo presenta el análisis sobre los elementos básicos del modelo de adaptación, que viene realizando el grupo de estudio de la Facultad de Enfermería.

Partiendo de una revisión histórica, de los principios filosóficos y científicos que sustentan el modelo, se abordan conceptos como sistema adaptativo humano, ambiente, estímulos, mecanismos de enfrentamiento, nivel de adaptación, salud y meta de enfermería, los cuales orientan el cuidado, teniendo en cuenta la autodeterminación de la persona y los mecanismos que emplea para lograr su adaptación.

PALABRAS CLAVE

Modelo de adaptación de Callista Roy, meta de enfermería, cuidado, sistema adaptativo humano, salud, medio ambiente, estímulos, mecanismos de enfrentamiento.

El grupo de estudio para el desarrollo del modelo de adaptación de Callista Roy, con el interés de profundizar en la conceptualización y operacionalización de este modelo teórico, ha realizado una primera aproximación en el análisis de algunos de los conceptos centrales sobre los que este se desarrolla, el cual sirve de base para que estudiantes, profesores y profesionales de enfermería fundamenten la dimensión del cuidado de las personas, como seres adaptativos acordes con la realidad del otro.

Al revisar los antecedentes históricos del modelo, encontramos que se publicó por primera vez en 1970, en un artículo titulado *Adaptación: Un marco conceptual para enfermería.* En sus publicaciones, Roy reconoce que este modelo surge de su experiencia personal y profesional como enfermera pediátrica, al observar la facilidad con que los niños se adaptaban a los cambios ocasionados por la enfermedad; también de sus creencias con relación al ser humano, y de la motivación de Dorothy Johnson para que plasmara sus ideas en un modelo conceptual. Sus principios científicos se basan en la teoría de sistemas de Von Bertalanffy y en la teoría de la adaptación del psicólogo fisiólogo Harry Helson. Sus principios filosóficos están enraizados en el humanismo, en la *veritivity* y en la unidad cósmica, dos términos que han sido incorporados últimamente y que tienen especial significado para Roy.

A lo largo de estos años el modelo ha tenido un gran desarrollo, gracias a la profundización que ha hecho la autora en el campo humanístico y en el de las ciencias sociales, así como a los resultados de investigaciones aplicadas y la influencia de otros teóricos de enfermería, como Martha Rogers y Margaret Newman, que llevaron a Roy a revisar y modificar la visión filosófica del modelo, de tal manera que en la actualidad corresponde más a una visión de reciprocidad (interactiva-integrativa), que a una visión de reacción[2] (particular-determinística)[3].

La *veritivity*, término acuñado por Roy, se define como principio de la naturaleza que afirma una finalidad común de la existencia humana[4], en la cual establece una fundamentación y apreciación de la realidad, cuyo significado radica en la unión del ser humano con la verdad infinita que es Dios..

Con base en lo anterior, Roy postula las siguientes creencias filosóficas y valores acerca de la enfermería:

- Los seres humanos son holísticos y trascendentes. La persona busca, en la autorrealización, una razón de ser para su existencia.
- Por su autodeterminación, las personas toman decisiones y, por lo tanto, son autónomas y responsables de los procesos de interacción y creatividad.
- Las personas y el mundo tienen patrones comunes y relaciones integrales, que los identifican como seres únicos.
- La transformación de las personas y del ambiente está creada en la conciencia humana, o sea, en la capacidad que tiene cada uno de interpretar el medio ambiente interno y externo.
- La adaptación es "el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental"[5].

Esta evolución en la visión de la realidad debe llevar a los profesionales a cuestionar su actitud en la práctica y a la aplicación del proceso de enfermería, mirando al individuo como un ser holístico y no fragmentándolo en un ser bio-psico-social y espiritual, como hasta ahora se venía haciendo. Se debe tener en cuenta que la persona está inmersa en el ambiente constituido por sus creencias, valores, principios, sentimientos, vivencias y patrones de relación, entre otros, que determinan la forma como el individuo se enfrentará a los estímulos del medio.

Con base en lo anterior, se puede considerar que el quehacer de la práctica de enfermería debe ser más trascendente. El profesional de enfermería, al establecer una relación con el paciente, debe tener en

cuenta la capacidad de autodeterminación de la persona, y los mecanismos que esta emplea para lograr la adaptación.

Ante estos planteamientos y directrices, expuestos por Roy en su modelo, el grupo ha buscado interpretar y unificar sus conceptos, así como adaptarlos para facilitar su aplicación en la docencia y en la práctica, en escenarios de la cultura y situación sociopolítica de nuestro país.

Algunos de los avances logrados en la evolución del modelo teórico de Callista Roy, desde nuestra perspectiva, son:

Sistema Adaptativo Humano: SAH

"Roy describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones, y a la sociedad como un todo".

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Este concepto está directamente relacionado con el de adaptación, de tal forma que la percepción que tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta son individuales y diferentes para cada uno.

Al realizar la valoración se destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo; la valoración del modo fisiológico y psicosocial constituye una oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento, cómo la está afrontando y cuáles son sus expectativas frente al cuidado de enfermería, para promover su adaptación. Ello permite establecer las estrategias más efectivas para lograr en forma conjunta la meta de enfermería, que, de acuerdo con los planteamientos del modelo, es promover la adaptación, entendida esta como un estado de bienestar del ser humano.

Ambiente

"Son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y de los recursos del mundo"[6]. El ambiente es todo aquello que rodea a la persona y lo que está dentro de ella. El ambiente no se limita al entorno, está constituido además por sus experiencias y los aspectos que constituyen su ambiente interno.

Desde esta perspectiva, la enfermera y el paciente forman parte del ambiente de cada uno, y en él establecen una relación de reciprocidad. El personal de enfermería debe ser consciente de que constituye un estímulo para el paciente y, por lo tanto, puede afectar en forma positiva o negativa su adaptación. A su vez, implica reconocer una interacción de iguales, consecuente con su condición de persona, en la cual se establece una comunicación bidireccional que promueve el crecimiento mutuo.

El ambiente está directamente relacionado con los estímulos, toda vez que estos desencadenan respuestas adaptativas, que promueven las metas de adaptación e integridad, y respuestas inefectivas, que no promueven la integridad, ni contribuyen a la meta de adaptación e integración de las personas con el mundo.

Estímulos

En el modelo, Roy define los estímulos como "todo aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente"[7]. Ella los clasifica así:

- Estímulo focal. "Es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo"[8]. Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación.
- Estímulos contextuales. Son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación.

- Estímulos residuales. Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual.

Roy también identifica unos estímulos comunes a todas las personas, que en un momento dado pueden ser focales, contextuales o residuales. Entre estos se encuentran:

- Los estímulos culturales, que comprenden el nivel socioeconómico, la etnicidad y el sistema de creencias.
- Los estímulos familiares, que involucran la estructura y las tareas del grupo familiar.
- Los estímulos relacionados con la etapa de desarrollo.
- Los estímulos relacionados con la integridad de los modos adaptativos, con la efectividad del mecanismo cognitivo y el nivel de adaptación.
- Los estímulos relacionados con el ambiente, tales como los cambios en el ambiente interno y externo, el manejo médico, el uso de drogas, el alcohol, el tabaco, la situación social, política y económica[9].

Estos estímulos siempre están presentes y son relevantes al conjugarse con otros, pues desencadenan respuestas adaptativas o inefectivas en el individuo. Si tomamos como ejemplo la etapa de desarrollo, que es un estímulo común, y la conjugamos con un evento como una caída, vamos a encontrar que la respuesta varía si se presenta en un niño o en un anciano. En la mayoría de los casos, el niño podrá adaptarse mucho más fácilmente a las consecuencias de esta. En un anciano, si la caída no tiene complicaciones, como fracturas, el solo hecho de haberse presentado puede ocasionar mayor inseguridad y temor a los desplazamientos, lo cual podría limitar su actividad física. Si, por el contrario, la caída ocasiona una fractura de fémur, las consecuencias de esta situación pueden ser catastróficas e incluso las complicaciones de la inmovilidad pueden llevar a la muerte.

La identificación de los estímulos, al igual que la adaptación, es un proceso dinámico; en la medida en que varía la situación cambian los estímulos, y en un momento dado, un estímulo que no era importante se puede volver focal, contextual o residual. El análisis permanente de la relación estímulo–respuesta permite al profesional de enfermería determinar la prioridad e individualidad de los planes de cuidado, y de esta manera pueden ajustarse a los cambios que se presentan en el nivel de adaptación.

Nivel de adaptación

Según Roy, "el nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido"[10].

El nivel de adaptación integrado describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas. Este nivel puede observarse en una consulta de control de crecimiento y desarrollo, cuando se presenta un niño con un desarrollo psicomotor acorde con su edad y sin ninguna alteración en su estado de salud.

En el nivel compensatorio los mecanismos reguladores y cognitivo se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema. Esta puede ser la situación de una persona con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, quien mantiene presiones arteriales de oxígeno bajas y presiones de CO_2 elevadas, como un estímulo indispensable para mantener una respuesta adecuada en la función de oxigenación y circulación.

El nivel de adaptación comprometido se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas y, por lo tanto, resulta un problema de adaptación. El nivel de adaptación se encuentra comprometido en una gestante con preeclampsia, en la cual las respuestas del organismo al estado actual de gestación pueden llegar a comprometer el desarrollo y la vida de la madre y del niño.

La condición cambiante del nivel de adaptación afecta la habilidad del sistema adaptativo humano para responder positivamente a la situación. Actúa como un sistema de amortiguación del estímulo focal y se comporta a su vez como otro estímulo; de aquí la importancia de establecer el nivel previo a la situación actual del individuo. El nivel de adaptación depende fundamentalmente de la estructuración de los subsistemas regulador y cognitivo, que constituyen los mecanismos de enfrentamiento de la persona.

Figura 1. Representación diagramática de los sistemas adaptativos humanos.

Tomado de Roy, Callista; Andrews, Heather. *The Roy adaptation model*, Editorial Appleton y Lange, p. 50 (fig. 2-3), 1999.

Mecanismos de enfrentamiento

El subsistema regulador es el proceso que se opera en el sistema adaptativo humano para enfrentar los estímulos. Se basa en las respuestas del sistema neuroquímico ante un estímulo y su acción sobre los órganos efectores. Las entradas son de naturaleza química y se transmiten a través de los sistemas circulatorio y nervioso.

El subsistema cognitivo es el otro sistema que permite el enfrentamiento de los estímulos. Este proceso se fundamenta en las actividades complejas que desarrolla el sistema nervioso central, para interpretar los estímulos ambientales internos y externos[11]. Según Roy, la cognición se relaciona con "las habilidades humanas de pensar, sentir y actuar", y ha seleccionado el modelo de Luria para explicar el procesamiento de la información, de tal forma que la estructura es el cerebro, los procesos son neuropsicológicos y la base del conocimiento tiene relación con la experiencia y la educación[12].

El centro del modelo de procesamiento de la información está determinado por los procesos cognitivos de la persona: el estado de alerta-atención, la sensación-percepción, la formación y codificación de conceptos, la memoria, el lenguaje, la planeación y las respuestas motoras.

Los procesos cognitivos pueden expresarse a través de funciones motoras, como el lenguaje, los movimientos y la expresión corporal, los cuales están enmarcados por la conciencia, que tiene la capacidad de percibir e interpretar los estímulos del medio ambiente. Roy destaca que existe una interrelación permanente entre los estímulos y la conciencia.

Con lo anterior se puede concluir que el individuo al enfrentarse a una situación (estímulo) la evalúa, y con base en su experiencia y conocimientos desencadena una respuesta; según esto, el proceso cognitivo también está influenciado por el proceso emocional[13].

El profesional de enfermería, al identificar el estímulo, relaciona sus conocimientos con la situación que está enfrentando la persona, para lograr así comprender las respuestas que se manifiestan a través de los modos de adaptación físico-fisiológico y psicosocial.

Salud

Es el proceso de ser y llegar a ser un todo integrado[14]. Salud significa adaptación. Según las circunstancias de su ambiente, la persona se adapta de una forma diferente; esto lleva a que los individuos sean cada vez más complejos y tengan un mayor crecimiento.

Meta de enfermería

Es la promoción de la adaptación del sistema humano. La adaptación busca mantener la integridad y la dignidad; contribuye a promover, mantener y mejorar la salud, la calidad de vida, y a morir con dignidad.

CONCLUSIÓN

El análisis de los conceptos mencionados en el modelo teórico de Callista Roy permite enfocar el cuidado de enfermería en la disminución de las respuestas inefectivas, para lo cual se debe identificar la causa de estas y lograr así los resultados esperados.

Al revisar y analizar los conceptos del modelo se unifican las relaciones que se producen entre la persona, el ambiente y la enfermería, y se involucran dentro de estos los estímulos, que se traducen en respuestas adaptativas o inefectivas, lo cual determina el nivel de adaptación. Por lo tanto, el profesional de enfermería debe actuar para promover las situaciones de bienestar, y así mejorar el nivel de adaptación de las personas y las respuestas adaptativas frente a los diferentes estímulos.

Ejemplo : Modelo de adaptación

Perspectiva general de los modos de adaptación

Modo de adaptación	Necesidades de afrontamiento
Fisiológico El modo de adaptación fisiológico hace referencia a la manera en que una persona, como ser físico, responde e interactúa con los entornos interno y externo **Necesidad básica:** integridad fisiológica	**Oxigenación:** mantener la oxigenación adecuada a través de la ventilación, el intercambio gaseoso y el transporte de gases **Nutrición:** mantener el funcionamiento, fomentar el crecimiento y sustituir tejidos a través de la ingestión y la asimilación de los alimentos **Eliminación:** excreción de los desechos metabólicos, principalmente a través del intestino y el riñón **Actividad y reposo:** mantener un equilibrio entre la actividad física y el reposo **Protección:** defender el organismo contra la infección, los traumatismos y los cambios de temperatura, principalmente mediante las estructuras tegumentarias y la inmunidad innata y adquirida **Sentidos:** permitir que las personas interactúen con su entorno mediante la vista, el oído, el tacto, el gusto y el olfato **Equilibrio hídrico, electrolítico y acidobásico:** mantener el equilibrio homeostático hídrico, electrolítico y acidobásico para fomentar el funcionamiento celular, extracelular y sistémico **Funcionamiento neurológico:** coordinar y controlar los movimientos corporales, la conciencia y los procesos cognitivo-emocionales **Funcionamiento endocrino:** integrar y coordinar las funciones corporales
Autoconcepto El modo de adaptación del autoconcepto hace referencia a las características psicológicas y espirituales de una persona El autoconcepto consta del producto de los sentimientos de una persona sobre sí misma en un momento dado El autoconcepto se forma a partir de las percepciones internas y de las percepciones de las reacciones de los otros El autoconcepto tiene dos dimensiones principales: el yo físico y el yo personal **Necesidad básica:** integridad psíquica y espiritual	**Yo físico** **Sensación corporal:** mantener un sentimiento positivo sobre el propio ser físico (es decir, funcionamiento físico, sexualidad y salud) **Imagen corporal:** mantener una visión positiva del propio cuerpo y del aspecto físico **Yo personal** **Autocoherencia:** mantener una autoorganización consistente y evitar el desequilibrio **Yo ideal o autoexpectativas:** mantener una visión positiva o esperanzada de lo que uno es, lo que uno espera ser y lo que uno espera hacer **Yo moral-espiritual-ético:** mantener una evaluación positiva de lo que uno es
Interdependencia **Necesidad básica:** integridad relacional o seguridad en las relaciones positivas	Mantener relaciones cercanas y positivas con las personas que quieren dar y recibir amor, respeto y valor
Función del rol **Necesidad básica:** integridad social	Saber quién es uno mismo y cuáles son las expectativas de la sociedad, de manera que pueda actuar correctamente dentro de ella

Imagen pág 265 alligood 9° edición

https://enfermeriavirtual.com/callista-roy-modelo-de-adaptacion/

MODELO DE ADAPTACIÓN DE ROY

Metaparadigmas

Enfermería

El fin es ayudar a la persona a quien se cuida para alcanzar un estado de adaptación que le permita responder a los demás estímulos.

Persona

Ser biopsicosocial que interactúa con el entorno, tiene un papel fundamental en los cuidados.

Salud

Meta de la adaptación de la persona en su entorno.

Entorno

Condiciones cambiantes (externas e internas) en interacción con la persona, afectando el desarrollo y la conducta de la persona.

Modos adaptativos

Modo fisiológico

Necesidades básicas: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad/reposo y protección.
Procesos complejos: sentidos, equilibrio de líquidos, electrólitos y ácido base, función neurológica y función endócrina.

Modo autoconcepto

Yo físico (sensaciones corporales, imagen corporal) y **Yo personal** (autoconsistencia, yo ideal, yo moral ético y espiritual).

Modo función del rol

Primario, secundario y terciario.

Modo de interdependencia

Personas significativas y sistemas de apoyo.

Procesos de afrontamiento

Regulador: es el proceso que opera en el sistema adaptativo para enfrentar los estímulos. Se basa en las respuestas del sistema neuroquímico ante un estímulo y su acción sobre los órganos efectores.

Cognitivo: Proceso que se fundamenta en las actividades complejas que desarrolla el SNC, para interpretar los estímulos ambientales internos y externos.

Tres tipos de estímulos:

Focales: es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente.

Contextuales: aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal

Residuales: Factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual.

Niveles de adaptación

Integrado: describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas.

Compensatorio: los mecanismos reguladores y cognitivo se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema.

Comprometido: se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas y, por lo tanto, resulta un problema de adaptación.

Términos del Mar relacionados al PAE

Problemas de adaptación

«Áreas amplias de interés que están relacionadas con la adaptación. Estas describen las dificultades que presentan los indicadores de la adaptación positiva»

Respuestas ineficaces

«no contribuyen a la integridad en función de los objetivos del sistema humano»

Respuestas de adaptación

«Fomentan la integridad en función de los objetivos que tiene el sistema humano»

KAREN MONTERO BARRERA

Enfermería
www.elsevierres/feu

Enfermería Universitaria 2015;12(1):28-35

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Rol de enfermería en educación para la salud de los menonitas desde el interaccionismo simbólico

P. Islas-Salinas[a,*], A. Pérez-Piñón[b] y G. Hernández-Orozco[b]

[a] *Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez División Cuauhtémoc, Chihuahua, México*
[b] *Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Autónoma de Chihuahua, Chihuahua, México*

Recibido 28 junio 2014; aceptado 31 octubre 2014

Resumen
Este trabajo deriva de una investigación cualitativa etnográica cuyo objeto de estudio es la educación para la salud de personas pertenecientes a la cultura menonita, así como la descripción de sus percepciones y creencias acerca del proceso salud-enfermedad. A partir del conocimiento que se obtuvo en el análisis de los datos surge la necesidad de indagar la relación entre los usuarios menonitas y el personal de enfermería en los centros de salud de la comunidad mestiza en Cuauhtémoc, Chihuahua, México.
Objetivo: Develar la importancia de enfermería como agente educador para la salud cuando existe un acercamiento a culturas diferentes a la propia, se considera la interacción enfermera-paciente-familia como núcleo central conforme al modelo enfermero de Joan Riehl Sisca.
Método: Estudio con enfoque cualitativo fenomenológico. La recolección de datos fue a través de entrevistas a profundidad a enfermeras y el análisis de los diarios de campo de estudiantes de enfermería en su práctica clínica en el hospital de ginecoobstetricia de la ciudad, gene-

rándose categorías que permitieron describir sus percepciones cuando deben atender a pacientes de cultura diferente a la propia. Los criterios de validación se hicieron a través de la triangulación de los datos obtenidos de coniabilidad y conirmabilidad.
Resultados: Se presentan los datos analizados a partir de dos categorías: 1) desconocimiento de la cultura menonita, 2) deseo de brindar cuidado holístico.
Conclusiones: Los estudiantes y personal de enfermería reieren que cuando logran la comprensión de la cosmovisión menonita obtienen un alto grado de satisfacción por el cuidado que brindan y descubren un sentido de autoeicacia elevado.

Derechos Reservados © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0

* Autor para correspondencia: *Correo electrónico:* patricia.islas@uacj.mx (P. Islas-Salinas).

1665-7063/Derechos Reservados © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0

O papel da enfermagem na educação para a saúde dos menonitas desde o interacionismo simbólico

Resumo
Este trabalho procede de uma pesquisa qualitativa etnográica cujo objeto de estudo é a educação para a saúde de pessoas pertencentes à cultura menonita, bem como a descrição das suas percepções e crenças relativas ao processo de saúde-doença. A partir do conhecimento que se obteve na análise de dados, aparece a necessidade de procurar a relação entre os usuários menonitas e o pessoal de enfermagem nos centros de saúde da comunidade mestiça em Cuauhtémoc, Chihuahua, México.
Objetivo: Revelar a importância da enfermagem como agente educador para a saúde quando existe uma aproximação de culturas diferentes à própria, considera-se a interação enfermeira-paciente-família como núcleo central conforme ao modelo da enfermagem de Joan Riehl Sisca.
Método: Estudo com abordagem qualitativa fenomenológica, a coleta de dados se deu através de entrevistas em profundidade com enfermeiras e com a análise dos diários de campo de estudantes de enfermagem na sua prática clínica no hospital de gineco obstetrícia da cidade, produziram-se categorias que permitiram descobrir as percepções sobre quando devem atender aos pacientes de cultura diferente à própria. Os critérios de validação realizaram-se através da triangulação dos dados obtidos de coniabilidade e conirmação.
Resultados: Presentam-se os dados analisados a partir de duas categorias: 1) desconhecimento da cultura menonita, 2) desejo de oferecer cuidado holístico.
Conclusões: Os estudantes e o pessoal de enfermagem atribuem que no caso de atingir a compreensão da cosmovisão menonita, eles obtêm um alto grau de satisfação pelo cuidado que oferecem e descobrem um sentido de auto-eicácia elevado.

Direitos Reservados © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enferme- ría y Obstetricia. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a licença de Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0

Introducción

El mundo globalizado en que vivimos es como un gran crisol con personas, cosmovisión e interacciones diferentes fundi- das en un mismo contexto; es por eso por lo que educar para la salud se ha convertido en un arte, y el educador en el artesano. Es necesario que este tenga la capacidad de asombro ante su materia prima, los seres humanos, que sepa respetar al diferente, que sea sensible ante esa gran diversidad de formas de ser y que, además, pueda reaccio- nar para proporcionar el cuidado más adecuado buscando la meta del bienestar holístico de las personas a través de la educación para la salud.

El contexto donde se desarrolla esta investigación es una región multicultural, en donde cotidianamente en los hospi- tales se interactúa con pacientes de diferente cultura, como los menonitas y los rarámuris. Se dirige este estudio solamente a los usuarios de la cultura menonita, quienes acuden a solicitar atención cuando no ven otra salida a su problema de salud. Ante ello surge la necesidad de com- prender la interacción que ocurre entre enfermería y estos pacientes durante su atención, así como la intervención que se puede dar para brindar educación en apoyo a la conser- vación de la salud posterior a la estancia en el centro hospi- talario.

El objetivo es fundamentar una propuesta que brinde los principios y fundamentos para que dicha interacción se es- tablezca en un marco de respeto y comprensión hacia los pacientes de cultura diferente, que permita brindar aten- ción y educación para la salud en forma adecuada.

El estudio de la salud es un tópico desaiante, ya que reú- ne elementos biológicos y socioculturales, fusionando creencias, tradiciones, tabúes y prácticas familiares de la vida cotidiana. Todos estos son factores condicionantes de la salud de un grupo y de las prácticas terapéuticas funda- mentadas en sus representaciones simbólicas.

La educación para la salud supone una interacción en don- de se involucran los comportamientos y las acciones huma- nas de los educadores y los educandos, en un proceso de formación permanente que implica el interactuar para aprender los signiicados[1]; sin embargo, a menudo, en las sociedades interculturales este conocimiento mutuo no se da, originando obstáculos para brindar un adecuado cuidado enfermero y educación para la salud a aquellas personas que tienen una cultura diferente a la propia.

Perea[2] deine la educación para la salud como un proceso de formación permanente que se inicia en la infancia, se orienta al conocimiento de sí mismo y tiene una inluencia individual y social en la salud colectiva. También habla so- bre la función preventiva y correctiva de la educación para la salud ya que no solo exige de la familia y el grupo social los conocimientos y actitudes para promover estilos de vida saludables sino la adopción de otros que sirvan para ir en pos de una salud integral de la comunidad.

Con respecto a la educación para la salud intercultural Perea[3] airma que la tradición de los pueblos resulta vital para su supervivencia y esta se basa en las costumbres an- cestrales, valores milenarios, actitudes y cosmovisiones he- redadas, dignas de tomarse en cuenta a la hora de ejercer una acción pedagógica.

La enfermera en su papel de educadora no solo educa, sino que también es educada, es decir, ocurre una inversión de roles como consecuencia de la interacción entre ella y el paciente lo que le permite conocer de cerca las percepcio- nes de este, aprendiendo de las actitudes del paciente y su familia, para reaccionar y desarrollar una conducta personal y un método que le posibiliten proporcionar un cuidado ho- lístico basado en la educación para la salud.

La importancia del rol de educador en salud parte del gra- do de convicción que este ejerce en el paciente y la familia, aconsejando y orientando para que se obtengan competen- cias que los lleven a tomar las riendas de su salud y la de los suyos, lo cual los llevará a obtener una mejor calidad de vida con base en cambios ambientales y de comportamiento por formas de vida más saludables.

Riehl[4] precisa que el proceso salud-enfermedad en un in- dividuo es dirigido por la visión de sí mismo que parte de la comunicación con los otros, y deine el entorno como las condiciones que inluyen sobre las personas y que están en interacción continua, el individuo vive en un entorno físico y simbólico, entonces el educador-enfermero deberá adop- tar roles basados en la comunicación por símbolos, com- prendiendo y respetando las creencias, formas de ser y pensar del paciente y su familia, de aquí la importancia de que el profesional de la salud tenga la capacidad y los cono- cimientos necesarios para reaccionar ante las diferentes si- tuaciones que se presentan en el hospital, consciente de que es él quien debe adaptar su respuesta al paciente y no al revés, tomar la iniciativa de interactuar de acuerdo con las necesidades de cada situación vivida y analizar las ex- pectativas del paciente para desarrollar su propia actividad respecto a las mismas.

La importancia de la teoría de Riehl[4] está en la valoración e interpretación que enfermería hace de las acciones del pa- ciente, para poder hacer predicciones sobre su conducta. Esto se realiza para planear intervenciones con el paciente y su familia, en donde la relación se basa en el intercambio activo de información. La primera recibe información y des- cubre en el conocimiento de las costumbres y creencias de los segundos una valiosa fuente para intervenir en la educa- ción para la salud, donde el paciente funge como educando en temas de higiene, autocuidado y conservación de la salud. Mead[5] aseguraba que, para explicar la conducta de un in- dividuo, es necesario primero explicar la conducta del grupo al que este individuo pertenece. Los menonitas tienen muy deinida y clara su identidad, creencias y costumbres, las cuales son factor intrínseco de su personalidad y, por lo tan- to, inalienable. Esto se observa en los pacientes de los dife- rentes centros de salud de Cuauhtémoc, Chihuahua.

Los profesionales de la salud primero son personas con creencias y costumbres propias, las cuales son relejadas en su práctica clínica; sin embargo, a veces tendrán que dejar- las de lado en pos de comprender al otro, para poder actuar en consecuencia. De acuerdo con esto se consideró que la perspectiva del interaccionismo simbólico y del self, enten- diendo este como la capacidad de ponerse inconsciente- mente en el lugar del otro y actuar como lo haría él[5], brindan los fundamentos para proporcionar un cuidado ade- cuado, de tal forma que se puedan aportar soluciones al problema de la educación para la salud en un contexto en que los proveedores de servicios, en este caso, personal de enfermería, tienen contacto con usuarios de otras culturas. Existen pocas investigaciones acerca de las percepciones de los menonitas con respecto a la atención en hospitales.

En México no se encontraron datos, pero Judith C. Kulig[6] y otros investigadores de la universidad de Lethbridge, en Al- berta (Canadá), proporcionaron el comparativo acerca de los diferentes obstáculos que enfrentan cuando reciben a pacientes menonitas residentes especialmente en Ontario, Manitoba y Alberta con idiosincrasia igual a los que residen en Cd.

Cuauhtémoc. Este grupo de investigadores se preo- cupa por encontrar la manera de brindar un cuidado enfer- mero adecuado a estos usuarios, narran en sus estudios la lucha por acercarse a los grupos más vulnerables de estas comunidades como lo son las mujeres, ya que no hablan el idioma inglés y obedecen en silencio las decisiones que mi- nistros o esposos toman sobre su salud, la barrera del idio- ma genera que se deba disponer de traductores, que generalmente son los esposos; también han identiicado que las creencias sobre salud reproductiva están basadas en los preceptos religiosos; la información acerca de ellas es esca- sa, pero lo que está disponible pone de maniiesto que son el sexo débil y que su rol es tener muchos hijos y trabajar en silencio al lado de sus esposos[6].

Al igual que en el presente trabajo consideran de gran importancia conocer la cosmovisión de este grupo para com- prender sus percepciones de salud y de vida incluyendo su disposición a aceptar o rechazar un tratamiento médico[7].

Metodología

Se utilizó un enfoque cualitativo descriptivo para conocer, describir y analizar la interrelación entre enfermería, los pacientes menonitas y sus familias. Los datos se obtuvieron a través del análisis de los diarios de 6 estudiantes de 4º se- mestre de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez divi- sión Cuauhtémoc en su práctica clínica que reirieron haber atendido a pacientes menonitas y escribieron su experien- cia.

La información de las entrevistas fue obtenida de 5 enfer- meras que laboran en el hospital de ginecoobstetricia de la ciudad de Cuauhtémoc, la mayoría con antigüedad mínima de 10 años, quienes narraron su experiencia en el trato con mujeres menonitas y los obstáculos que se presentan al brindar atención y cuidado enfermero.

Para la recolección de datos se obtuvo el consentimiento informado de las entrevistadas así como el permiso por par- te de los estudiantes para la revisión de sus diarios. Las en- trevistas, se llevaron a cabo en el hospital en el tiempo, espacio y condiciones que las enfermeras sugirieron, se rea- lizaron bajo un formato semiestructurado y a profundidad, fueron grabadas, transcritas y revisadas por las mismas en- trevistadas para asegurar la veracidad de los datos obteni- dos y agregar algunos sugeridos por ellas. Se hizo un análisis de los diarios de campo de los estudiantes localizando algu- nos relatos acerca de la atención a mujeres menonitas y posteriormente se platicó con ellos para conocer sus per- cepciones y sugerencias.

Se protegió la conidencialidad de los informantes por lo que fueron identiicados con números para todas las entre- vistas y análisis. Toda la información del estudio, entrevistas y encuestas solo estuvieron disponibles para los investigado- res y los participantes.

una primera investigación de tipo etnográico, la cual per- mitió un acercamiento a la comunidad por medio de entre- vistas a profundidad a diversos miembros de la cultura y observación directa de los investigadores al contexto por radicar en el mismo lugar. En el presente reporte se presen- tan algunos testimonios relacionados con la temática del mismo.

Los menonitas de Cuauhtémoc, Chih

Contextualización

La comunidad menonita habita en la región de Cuauhtémoc, al noroeste del estado de Chihuahua, México, se formaron como grupo religioso anabaptista* en el continente europeo y son seguidores de Mennon Simons, a quien deben su nom- bre; de Europa migraron a Canadá donde estuvieron aproxi- madamente 50 años, posteriormente arribaron a México en 1922, cambiaron de país de residencia al ver amenazadas sus creencias, tradiciones y estilo de vida, las cuales se han ido heredando de generación en generación, gracias a la memoria colectiva; son agricultores por naturaleza, con vestido, religión, idioma y sistema escolar que les coniere su identidad de menonitas; se han empeñado en conservar- se en comunidad cerrada a la población que los aloja, to- man de la misma solamente lo que les es necesario, pero sin permitir la intromisión de los pobladores de la región, quie- nes los aprecian y aceptan como son. En la actualidad la comunidad menonita es diversa pues practican su religión en 7 iglesias diferentes; según el apego a su cultura y tradi- ciones se reconoce a la mayoría como tradicionales o con- servadores, algunos como liberales o modernos y los ultra conservadores, quienes constituyen un bajo porcentaje, este tipo de apego inluye en las percepciones del proceso salud-enfermedad y de educación para la salud, así como en sus decisiones de acudir a los servicios sanitarios a los que como mexicanos tienen derecho.

Aspectos vinculados con la atención de la salud

Percepciones de salud-enfermedad de los miembros de la comunidad menonita

Las experiencias de salud-enfermedad se perciben y se vi- ven de manera individual y de acuerdo con dimensiones como la personalidad, pero los sujetos se ven inluenciados por las creencias y costumbres de su grupo; en la comunidad menonita de Cd. Cuauhtémoc la inluencia principal en es- tas percepciones se apoya en la religión, como lo muestra el siguiente extracto de un material educativo elaborado para niños de primaria:

Dios prometió a los hijos de Israel que Él los guardaría de enfermedades si ellos obedecían sus mandamientos. Hoy en día, obedecer a Dios, nos guarda de algunas enfermedades[8].

Es necesario abordar el tema del cuerpo y como los dife- rentes grupos lo conciben ya que es precisamente el cuerpo quien nos da la percepción de salud o de enfermedad según

El conocimiento de la cultura menonita y sus percepcio-

nes respecto a acudir a los centros de salud es resultado de

* Palabra que signiica “rebautizar” o “bautizar de nuevo”.

el estado en el que se encuentre, cada cultura tiene con- ceptos propios, los cuales se convierten en símbolos. En el caso de la cultura menonita no es fácil reconstruir una teo- ría sobre la percepción del cuerpo humano a partir de la información recabada, debido a que esta se presenta frag- mentada, pues las personas no tienen conocimiento pleno acerca de los órganos y sus funciones. Entre la comunidad ultra conservadora y conservadora el saber respecto al cuer- po es un tema “tabú”, solo se conoce lo que se transmite oralmente, es parte del intercambio cotidiano y sucede des- de el momento en que la enfermedad y los padecimientos hacen su aparición, los hombres han tenido la oportunidad de observar los órganos de animales que se sacriican para el consumo, lo cual representa un punto de referencia para saber lo que tenemos debajo de la piel e imaginar cómo so- mos por dentro. Mientras que entre la población liberal o moderna los conceptos de las partes del cuerpo y sus funcio- nes llegan de manera informal a través de libros, folletos o videos que se reciben de Estados Unidos y Canadá, los mate- riales para sus escuelas son con un alto contenido cristiano y se restringen temas como sexualidad, salud reproductiva, esquemas e información sobre la anatomía y ísiología de los aparatos reproductores.

Así, las creencias de salud-enfermedad de los menonitas están regidas por un conjunto de representaciones simbóli- cas basadas en la religión, el obedecer los mandamientos de Dios les proporciona a las personas la salud y las libra de las enfermedades, es sumamente importante el estudio conti- nuo de la biblia para mantenerse sano, se acepta que de vez en cuando aunque se sigan los mandatos irmemente se pue- de enfermar, esto es tomado como una prueba para coniar en Dios y ponerse en sus manos para sanar, estas creencias son producto de una herencia religiosa-cultural, la cual se va transmitiendo en el núcleo familiar y en la escuela de acuerdo con la interpretación que le dan a las acciones rea- lizadas por las personas, los padres y sobre todo el ministro de la iglesia, quien es la máxima autoridad en la comuni- dad.

Generalmente la mayoría de los menonitas no acuden a los servicios de salud ya que esperan que al rectiicar sus actitudes y dejar de pecar, dios los sanará:

Yo tenía hipertiroidismo y marcado, muy marcado, es- tuve tratando con medicamentos y salía poquito me- jor, pero muy pálido, muy débil, muy desanimado al trabajo. Y llegaron unos ministros, unos evangelistas, y predicaron que Dios puede sanar, y lo que hicimos fue que juntamos a toda la gente, oramos fuertemen- te, pedí perdón por mis pecados y no pasó nada, me seguí sintiendo mal, pero cada vez menos, hasta que, en un mes, a veces se me olvidaban las tabletas esas que tomaba. ¿Por qué?, pues no las sentí muy necesa- rias. Después de tres meses hicimos un análisis y sale el tiroidismo normalmente, bueno según me explican los doctores, es algo que no se puede curar, que nada más se puede controlar y desde esas fechas no he to- mado ni una pastillita y ya son años, así que estoy con- vencido que dios me curó. (Comunicación oral Martens C., mayo 2013)

Para Riehl[4] la persona es un ser capaz de actuar individual y colectivamente en respuesta al signiicado de los objetos

que constituyen su mundo, los menonitas adoptan la biblia como la principal fuente de conocimiento sobre enfermedad y salud, analizan los salmos y los versículos y los adaptan o aplican a las situaciones que viven las personas dentro de la familia y de la comunidad, si hay alguien que se rehúsa a seguir los mandamientos o los desobedece estará destinado a enfermar espiritualmente, lo que le llevará a la enferme- dad física, sin embargo, si se arrepiente y regresa al buen camino puede sanar por medio de la oración.

Los menonitas consideran la enfermedad como aquella si- tuación perjudicial de la cual ya no se puede salir con ora- ción o remedios caseros, por lo que muchas veces esperan demasiado y acuden al hospital cuando ya el padecimiento es más grave; sin embargo, aun cuando se abren a la posibi- lidad de acudir al médico porque ya no encuentran una cura o remedio para su mal, la mayoría de las veces acuden por un diagnóstico, pero una vez que se los proporcionan, vuel- ven a intentar un remedio casero recibido de sus antepasa- dos antes de recurrir a los centros de salud:

Yo asistí al seguro social y a otros médicos para que me checaran, para saber qué es lo que tenía, me hicieron sonografía y una vez que me dijeron que era piedra y me programaron para operación, yo sabía que era pura piedra, me dijeron que era una muy grande, yo dejé la fecha para operarme, y dije si para esa fecha no me siento bien, me voy a operar, y mientras trabajé con un remedio casero que viene en el libro y dos días antes de la operación fui a cancelar. (Wolf L., comunicación oral, 2013)

Uno de los supuestos de la teoría de las transiciones de Meleis[9] dice que estas incluyen un proceso de movimiento y cambio en patrones básicos de la vida, manifestados en to- dos los individuos; en la actualidad, la comunidad menonita se ve alcanzada por la modernidad, a pesar de la lucha de los tradicionales por conservarse como hace cientos de años, donde las mujeres no manejan automóvil, no deciden acudir al doctor, no hablan español. Las menonitas liberales han ido haciendo una transición que se releja en las per- cepciones del proceso de salud-enfermedad y la resolución de problemas relacionados con el mismo.

Todos somos extraños

Cuando se llega a una institución como paciente es común experimentar sentimientos de miedo e incertidumbre, ge- nerados no solo por el hecho de haber perdido la salud, sino porque se entra en un entorno desconocido y además atendido por extraños, aun cuando sean de la misma cultu- ra. Imaginemos los sentimientos de los pacientes de otra cultura, como los menonitas, que no solo practican otras costumbres, sino que no se pueden comunicar verbalmen- te. Esto les genera un estado de miedo e impotencia cuan- do desean saber qué les está sucediendo. La mayoría maniiestan que no tienen conianza en el cuidado enfer- mero, porque piensan que los servidores de salud no los comprenden cuando necesitan conocer qué procedimien- tos se les practicarán, a donde los llevarán, o desean saber el estado del paciente. Ambas partes sufren estrés al en- frentarse a estos obstáculos generando una situación difí- cil de manejar.

Cuando regresamos, 3 días después, a nuestra guardia, fuimos a visitarlos, están muy tristes, la señora co- mienza a presentar úlceras por presión, nos comenta su esposo que ahí no la bañan porque se les hace muy pe- sada, que se molestan por el cambio de pañal, y que no logran comunicarse con las enfermeras o con los médi- cos, que no le explican qué le van a hacer porque no entiende bien el español y tiene miedo de todo. (Ex- tracto diario ELE, 2013)

Batallamos hasta para proporcionar los cuidados necesarios como el baño de esponja, su esposo no se encontraba, fue muy difícil explicar a la señora lo que era necesario hacer, tuvimos prácticamente que decirlo todo por medio de seña- les y gestos, hasta que en apariencia lo comprendió aunque su actitud era de miedo. (Comunicación oral E. 3)

Percepciones de los proveedores de salud

Categoría I: Desconocimiento de la cultura menonita

Las percepciones de los estudiantes de enfermería cuando deben atender a pacientes menonitas son de inseguridad e impotencia, al no conocer sus creencias ni su idioma se sien- ten incapaces de brindar un cuidado integral, esto en gene- ral les preocupa e intentan resolverlo con la comunicación no verbal.

Llegamos y era una paciente menonita, por lo que nos dimos cuenta de que iba a ser una noche difícil y que batallaríamos para comunicarnos con ella, nos presen- tamos y realizamos algunas preguntas con señas porque no nos entendía bien, le informé que debía retirarle sus pasadores del cabello por lo del cauterio, ella acce- dió pero con señas dijo que su pañoleta no, así que de- cidimos dejársela puesta para que estuviera más tranquila. (Extracto de diario ELE, 2013)

Con base en la aplicación del modelo del interaccionis- mo simbólico enfermería va construyendo el signiicado y el sentido de las situaciones sociales, considera a la con- ducta no como una respuesta automática a los estímulos de origen externo sino como una construcción subjetiva sobre uno mismo, sobre los otros y sobre las exigencias sociales que se producen en las situaciones de la vida coti- diana[10].

Categoría II: Deseo de brindar cuidado holístico

Para los estudiantes y personal de enfermería, lo cotidiano en su práctica clínica es tratar con pacientes menonitas. Esto los lleva a ser relexivos y críticos en el cuidado enfer- mero. Reconocen la necesidad de generar estrategias para brindar lo necesario a cada paciente y su familia, y respetar la cosmovisión de los mismos, como lo supone el siguiente extracto de un diario de campo:

Creo que es de suma importancia conocer las culturas que nos rodean, hacernos parte de ellas, ya que son parte de nosotros; debo no solo conocer sus hábitos y costumbres, sino también comprenderlos y sobre todo respetarlos. (Extracto diario de campo ELE, 2013)

¿Por qué he de someter a bañarse diariamente a una persona poniéndole horario? Si siente un alivio o un confort físico al recibir ayuda espiritual independiente- mente de su religión, ¿quién soy yo para negárselo? (Comunicación oral E1)

Riehl[11] sugiere enfatizar en una adecuada evaluación e in- terpretación de las acciones de los pacientes que son aten- didos y observados por la enfermera, quien evalúa y predice la naturaleza del paciente y su comportamiento, se mantie- ne al pendiente a partir de la interacción con la familia en el tratamiento del paciente[11], entonces el educador puede tomar múltiples teorías, terapias y disciplinas para poder afrontar el reto de brindar educación para la salud, bajo un clima de respeto por el otro.

Cuando tratamos de deshacer las trenzas de su cabe- llo, ella solo nos decía que no, pero no pudimos com- prender el porqué; cuando llegó el esposo, nos dijo que no quería quitarse las trencitas porque las muje- res no deben mostrar su cabello suelto, ya que va en contra de sus costumbres; al siguiente día la convenci- mos de deshacerlas en el baño y le ayudamos a reha- cerlas sin que la viera nadie. (Extracto de diario de campo ELE, 2013)

El componente principal de la teoría de Rihel Sisca[4] es la comunicación a través de la interacción con el paciente, aunque la principal fuente de intercambio es verbal, la co- municación no verbal sería de gran importancia en la inter- acción con los pacientes menonitas, es a través del gesto signiicante que se logra la reacción del otro, los gestos son movimientos de un emisor que pueden ser estímulos que provoquen una respuesta del receptor[5], ya que un gran por- centaje sobre todo mujeres y niños no practican el español, hablan el "plautdietsh" o alemán bajo, los gestos pueden ser una buena herramienta para enfermería.

Apuntando la charola de la comida hice una expresión que debía comer más verduras poca carne, poco pan y tomar más agua. (Comunicación oral E2)

Señalando al baño y haciendo señas de aseo de su heri- da con movimientos suaves en mi abdomen de cómo de- bía hacerlo todos los días en el baño diario para que su herida no se infectara, su esposo intervenía hablándole en su dialecto para explicarle. (Diario de campo ELE, 2014)

Otro componente sumamente importante de la teoría de Riehl[4] es la interacción con la familia del paciente; la mayo- ría de los hombres adultos hablan español, motivo por el cual a menudo fungen como traductores entre la enferme- ra-educadora y el educando-paciente, así que la triada pa- ciente-educador-familia se convierte en el eje de la educación para la salud.

Como ya nos conocían A y J, ya fue un poco más fácil comunicarnos con él, y ella le decía a él todo lo que necesitaba para que a su vez nos lo dijera a nosotras. Sin embargo, seguía siendo muy difícil, pues había mo- mentos en que este se ausentaba, y se quedaba con al-

guna de sus hijas, y ellas tampoco hablan español. (Extracto de diario de campo ELE, 2013)

Viendo la diicultad que tenemos para comunicarnos, comenzamos a preguntarle a él y a sus hijos por algunas palabras que considerábamos esenciales por medio de señas, tales como dolor, molestia, medicamento, en qué podemos ayudarle, etc., solo que también fue com- plicado, pues es un dialecto difícil de entender, y como ellos no escriben, tuvimos que hacerlo nosotras escri- biendo los sonidos, pero a la vez sirvió porque ellos también aprendieron. (Comunicación oral E2)

La transformación de la realidad a partir de la educación para la salud

En general, un educador para la salud debe de poder eva- luar la capacidad del paciente para participar en activida- des de la vida diaria y ayudarlo en cualquier momento proporcionándole los recursos necesarios para que obtenga conocimientos que le lleven a procurar su salud.

Para que el enfermero se convierta en educador y propor- cione un cuidado adecuado primero se deben formar y re- formar en un mundo de experiencia interior a través de un "autointeraccionismo", es decir, salir "fuera de sí" para po- nerse en el lugar del otro y contemplarse desde ese punto de vista, esto repercute en la redeinición de los demás y la reinterpretación de las situaciones en las que otros están involucrados[5], así se prepara para saber cuándo entrar o re- tirarse de la asociación con el paciente y su familia.

El análisis de los testimonios de los menonitas nos lleva a pensar en la urgente necesidad que existe en educación para la salud para esta comunidad ya que las instituciones importantes como la escuela, la iglesia o la familia solamen- te instruyen a las personas en aspectos básicos de higiene, nutrición y cuidados en el trabajo.

Cuando las mujeres acuden a los centros de salud, es co- mún que el personal enfermero se enfrente con la resistencia a permitir que se les practiquen protocolos que tienen que ver con descubrir sus partes íntimas o ser auscultadas, por- que para ellas es pecado, por lo general se presentan acom- pañadas de sus familiares masculinos, ellos solicitan estar al lado de la mujer para poder explicarle lo que se le practica- rá, es común que cuando les recibe un enfermero, no quieran que les atienda y soliciten que sea enfermera quien esté con ellos ocasionando que la interrelación se complique.

De acuerdo con Meleis[9], la transición es una condición personal, como pudimos constatar en las diferentes entre- vistas con mujeres menonitas liberales, se han ido produ- ciendo cambios de identidades, de roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta, aun cuando es en una fracción reducida de la población si tomamos en cuenta que se trata de aproximadamente un 10% del total de habitantes de la comunidad menonita.

Se ha ido evolucionando en la relación menonitas-servi- cios de salud las nuevas generaciones liberales, poco a poco han dejado de lado los remedios, los sobadores y las parte- ras de su comunidad para asistir a los servicios de salud.

Es aquí donde el enfermero educador tiene la oportunidad de transformar la realidad social que ocurre en esta socie- dad intercultural, es en su actuar creativo al hacer uso del interaccionismo simbólico como un proceso interpersonal y a la vez autorrelexivo que puede actuar o reaccionar cons- cientemente en pos de la educación del paciente y su fami- lia utilizando como herramienta el modelo de Riehl Sisca.

Los profesionales de enfermería y los estudiantes que rea- lizan sus prácticas propedéuticas están convencidos de la necesidad de implementar modelos de cuidado adecuados a los pacientes de cultura diferente y su familia, de manera que cuando llega el momento de la interacción paciente- enfermera, esta pueda adoptar el rol de cuidador-educador para lograr un resultado signiicativo en el aspecto de salud y un proceso de aprendizaje compartido.

Con base en lo anterior podrán fundamentar su práctica clínica con los menonitas o con cualquier usuario de otra cultura, interpretando la respuesta del paciente frente a la situación problema y al entorno ayudándole a adquirir des- trezas y conocimientos en educación para la salud que le proporcionen tranquilidad, conianza y bienestar, lo que re- percutirá en la transformación de su realidad social al apli- carlos dentro de su núcleo familiar y comunitario.

Mediante el modelo del interaccionismo simbólico será capaz de predecir el comportamiento de sus pacientes y de adecuar su conducta al grado de ponerse "*en los zapa- tos del otro*" [11] para aplicar un plan de acción y ayudarle a alcanzar el objetivo de cuidado, conocimiento y bienestar deseado.

Conclusiones

Tanto a los estudiantes como a las enfermeras que les toca convivir con pacientes de culturas diferentes les genera un sentimiento de autoeicacia y seguridad el conocer la cosmo- visión de los miembros de las etnias de la región de Cuauhté- moc, Chihuahua, como lo son los rarámuris y los menonitas.

La responsabilidad de proporcionar un cuidado adecuado a estos pacientes está íntimamente relacionada con la ex- periencia cotidiana, de tal manera que el enfermero-educa- dor toma de la misma lo necesario para aplicarlo en la educación para la salud que brinda a los pacientes y su fami- lia dentro o fuera de su centro de trabajo.

La importancia de que los profesionales de enfermería se formen en el modelo del interaccionismo simbólico es fun- damentada por la realidad social de este contexto multicul- tural.

Financiamiento

No se recibió apoyo inanciero para la investigación.

Conlicto de intereses

Los autores declaran no tener conlicto de intereses.

Referencias

- Blumer H. George Herbert Mead and human conduct. Walnut Creek, CA: Alta Mira Press. 2004.
- Perea R. Promoción y educación para la salud tendencias inova- doras. Madrid: Díaz de Santos; 2009.

- Perea R. Educación para la salud: reto de nuestro tiempo. Ma- drid: Díaz de Santos; 2004.
- Riehl-Sisca J. Interaccionismo simbólico. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 4ª ed. Barce- lona: Harcourt Brace; 1998. p. 375-85.
- Mead G. Espíritu, persona y sociedad. Buenos Aires: Paidós; 1972.
- Kulig J, Babcock R, Wall M, et al. Being a woman: perspectives of low German-speaking mennonite women. Health Care Wo- men Int. 2009;30:324-38.
- Kulig J, Fan L. Suffering: is the concept signiicant among Low German-speaking Mennonites? Journal of Mennonite Studies. 2011;29:153-65.

- Bauman S. Los buenos modales y la salud. Crockett, KY: Vara y Cayado; 2011.
- Meleis AI. Theoretical Nursing. Development and progress. Phi- ladelphia: Lippincott William & Wilkins; 2011.
- Rodrigo Alsina M. Teorías de la comunicación: ámbitos, métodos y perspectivas. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2001.
- Riehl-Sisca J, Roy C. Conceptual models for nursing practice. 2ª ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1980.