



# Fundamentos de Enfermería I

## MODELOS TEÓRICOS DE ENFERMERÍA

Unidad II

[Jacema.jimdo.com](http://Jacema.jimdo.com)



# MODELOS TEÓRICOS DE ENFERMERÍA

## Tabla de contenido

<b>1</b>	<b>EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD .....</b>	<b>4</b>
1.1	DENTRO DEL MARCO DEL MODELO “HISTORIA NATURAL Y SOCIAL DE LA ENFERMEDAD” Y SUS NIVELES DE PREVENCIÓN.....	4
1.2	HISTORIA NATURAL Y SOCIAL DE LA ENFERMEDAD .....	4
1.2.1	<i>Periodo Prepatogénico.....</i>	5
1.2.2	<i>Prevención Primaria.....</i>	8
1.2.3	<i>Periodo Patogénico.....</i>	11
1.2.4	<i>Prevención Secundaria .....</i>	13
1.2.5	<i>Prevención Terciaria .....</i>	15
<b>2</b>	<b>PROMOCIÓN DE LA SALUD, BIENESTAR Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES .....</b>	<b>17</b>
2.1	CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD .....	17
2.2	PROMOCIÓN DE LA SALUD .....	17
2.3	SALUD Y BIENESTAR .....	20
2.3.1	<i>El bienestar, estar sano o estado saludable.....</i>	20
2.4	MODELOS DE SALUD Y ESTADO SALUDABLE.....	23
<b>3</b>	<b>LAS NECESIDADES HUMANAS.....</b>	<b>26</b>
3.1	NECESIDADES BÁSICAS DEL SER HUMANO.....	27
3.1.1	<i>Teorías de las necesidades .....</i>	28
3.1.2	<i>Jerarquía de las necesidades de Kalish.....</i>	29
3.1.3	<i>Teoría del Desarrollo a Escala Humana.....</i>	29
<b>4</b>	<b>TEORÍAS DE ENFERMERÍA Y MARCOS CONCEPTUALES .....</b>	<b>33</b>
4.1	CONCEPTUALIZACIÓN .....	33
4.1.1	<i>Modelo.....</i>	33
4.1.2	<i>Teoría .....</i>	34
4.1.3	<i>Teoría de enfermería .....</i>	35
4.2	APLICACIÓN Y UTILIDAD DE LA TEORÍA.....	37
4.2.1	<i>Características de las teorías de enfermería.....</i>	38
4.2.2	<i>Relación entre la teoría y práctica de la enfermería .....</i>	38
<b>5</b>	<b>INSTITUCIONES QUE CONTRIBUYEN AL MANTENIMIENTO DE LA SALUD.....</b>	<b>40</b>
5.1	ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS).....	40
5.1.1	<i>Definición de Atención Primaria de Salud .....</i>	41
5.2	CENTRO DE SALUD .....	41
5.2.1	<i>Contenidos de la Atención Primaria de Salud .....</i>	41

5.2.2	<i>Atención primaria centrada en las personas</i> .....	43
5.2.3	<i>La enfermería en la atención primaria a la salud</i> .....	45
5.3	ATENCIÓN DOMICILIARIA .....	46
5.4	HOSPITAL .....	47
5.5	NORMAS A SEGUIR EN LA CONSTRUCCIÓN Y REGULACIÓN DE UN HOSPITAL .....	52
<b>6</b>	<b>EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS)</b> .....	<b>54</b>
6.1	INTRODUCCIÓN .....	54
6.1.1	<i>Concepto</i> .....	55
6.1.2	<i>Objetivos y contenidos de la educación para la salud</i> .....	56
<b>7</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>57</b>

# 1 EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

## 1.1 Dentro del marco del modelo “historia natural y social de la enfermedad” y sus niveles de prevención

La salud y la enfermedad se ha conceptualizado de diferentes maneras; sin embargo, a través del tiempo se ha evidenciado que ni la salud ni la enfermedad constituyen fenómenos estáticos, separados o aislados. En la actualidad se conciben como elementos interactuantes dentro de un complejo proceso propio de los seres vivos que en el caso de los seres humanos, dada su esencia reflexiva, manifiesta un carácter histórico y social, en función de que el binomio se construye en una ardua relación social entre los seres humanos y con la naturaleza.

Por lo tanto, hablar de salud-enfermedad como un fenómeno estático no es apropiado, porque ubicaríamos el binomio en vacío histórico y social, que lo descalifica como proceso (individual o grupal) que cambia en tiempo, espacio y persona(s).

Entonces, si se supone que la salud-enfermedad es un proceso, estamos aceptando que no se produce de manera espontánea y simple (o unicausal), sino que es la resultante de una compleja interrelación de varios factores (multicausalidad) que la desencadenan en sus expresiones crónicas, agudas o ambas. Lo anterior permite ampliar el horizonte clínico, aun antes de la concepción del paciente, y permite plantear acciones anticipatorias (de todo tipo) al considerar posible un escenario de susceptibilidad.

Dado que la salud-enfermedad es un proceso amplio y complejo que se da en la realidad, para su comprensión y explicación se ha hecho necesario echar mano de ciertos paradigmas a fin de establecer modelos de salud-enfermedad que faciliten su comprensión. Uno de estos modelos es el denominado “historia natural de la enfermedad”, que a pesar de sus fallas (como cualquier producto de la inteligencia humana) reviste gran importancia en la formación y la práctica de los miembros del equipo de salud, principalmente por la actitud reflexiva de carácter preventivo que propicia al desarrollar acciones que pretenden impactar la salud-enfermedad, a través de promocionar la salud y prevenir la enfermedad y la muerte en nuestra comunidad.

## 1.2 Historia Natural y Social de la Enfermedad

El concepto y modelo de historia natural de la enfermedad se desarrolló a mediados del siglo pasado (1953) y se publicó en el libro *Preventive Medicine for the Doctor in his Community* de los doctores Hugh Rodman Leavell, Profesor Emérito de Prácticas de Salud Pública en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, y E. Gurney Clark, Profesor de Epidemiología de la Escuela de Salud Pública y Medicina Administrativa de la Facultad de Medicina de la Universidad de Columbia.

Este modelo reúne el modelo de la tríada ecológica con el modelo clínico de la libre trayectoria de la enfermedad. Posteriormente, en 1971, el psicólogo argentino Juan César García, asesor en educación médica de la OPS, complementó la historia natural, añadiendo el enfoque de roles sociales, es decir, las conductas preventivas que deben desarrollar tanto el paciente como el equipo de salud.

### Periodos de la Historia Natural y Social de la Enfermedad

Desde el punto de vista ecológico-social, la salud-enfermedad en el individuo depende:

- a) De la compleja interacción de estímulos entre el agente, el huésped y el ambiente, elementos de la tríada ecológica ubicados en un contexto sociohistórico.
- b) Del conjunto de determinaciones y causas que resulta de las múltiples influencias, características, factores y variaciones socioculturales de cada uno de los tres elementos.
- c) De la reacción o respuesta del huésped u hospedero a los estímulos patógenos o protectores de dicha interacción multicausal.

Por lo anterior, se pueden establecer dos momentos o periodos en la historia natural y social de la enfermedad: el primero se realiza en un primer momento sociohistórico, antes de ser afectado el ser humano, y comprende el llamado periodo prepatogénico; y un segundo periodo, cuando ya está afectada la persona, que corresponde al curso de la enfermedad y se denomina periodo patogénico. Ambos periodos constituyen la historia natural y social de la enfermedad, que estudia el proceso de relación entre los momentos sociohistóricos de salud y de enfermedad, tomando al ser humano como unidad biológica, psicológica y social, por lo que si una de estas partes de la unidad es afectada ello podrá repercutir en las demás (figura 1).

#### 1.2.1 Periodo Prepatogénico

En él se establece la interacción entre agente, huésped y ambiente, y tiene dos niveles de acción:

1. La **promoción de la salud**, que se realiza en el ambiente mediante la praxis del huésped para modificar su contexto social; se incluye aquí la educación en salud, que también pretende un cambio significativo en la cultura de salud del huésped.
2. La **protección específica**, que está dirigida a preservar al huésped de agentes o factores específicos de enfermedad.

En este periodo es mandatorio identificar los factores de riesgo y de protección de cualquier enfermedad, porque:

- Ocurren en un contexto socio histórico determinado, antes de ser afectado el ser humano.
- Forman parte de un equilibrio ecológico manifestado como un estado de aparente salud.
- Son anteriores a cualquier manifestación subclínica.

- Son asintomáticos desde el punto de vista clínico, pero no desde el epidemiológico y menos desde el enfoque social.
- Es la etapa en la que inician su acción los determinantes sociales y los factores de riesgo.

### Algunos tipos de agentes

Para fines prácticos, los agentes que interactúan en el proceso salud-enfermedad pueden dividirse en físicos, químicos, biológicos y sociales. Aunque son posibles combinaciones de ellos, cabe señalar que desde un punto de vista ecológico y procesal, su ausencia, presencia o exceso puede provocar salud o enfermedad en el individuo o en la comunidad. A continuación, algunos ejemplos.

1. **Agentes físicos**, como radiaciones ionizantes, ondas electromagnéticas o sonoras, temperatura, humedad, presión, fuerzas mecánicas, etc. Por ejemplo, la radiación gamma puede producir daño genético, pero un grado de humedad adecuada permite un drenaje respiratorio correcto.
2. **Agentes químicos**, sustancias orgánicas o inorgánicas, así como elementos aislados, que pueden penetrar por diferentes vías (aérea, digestiva, contacto directo). Por ejemplo, un exceso de flúor en el agua puede provocar que el esmalte de los dientes presente un aspecto moteado, así como la deficiencia de hierro en la dieta humana produce anemia.
3. **Agentes biológicos**, incluidos los seres vivos, como vegetales, virus, bacterias, protozoarios y metazoarios, cuyas propiedades pueden ser:
  - a) Favorables a la salud, como el caso de vacunas atenuadas, bacterias probióticas, sanguijuelas y larvas de mosca usadas en ciertas afecciones inflamatorias.
  - b) Desfavorables a la salud, como el virus de la influenza aviar, el bacilo tetánico, el hematozoario del paludismo y los áscaris lumbricoides. Dentro de estos factores pueden encontrarse combinaciones entre agentes químicos y vegetales como los hongos venenosos (amanitas), el polen de ciertos árboles, o las hojas de plantas urticantes.
4. **Agentes psicológicos**, que tienen relación con emociones, afectos, filias, fobias, locus de control, percepciones, representaciones, estrés crónico o agudo, ansiedad y depresión. Pueden detectarse solos o combinados, mediante técnicas psicológicas especializadas; Sin embargo, la mayoría se asocian con otros agentes.
5. **Agentes sociales**. El ser humano, por su naturaleza y sus relaciones, crea agentes de salud-enfermedad; así, las relaciones familiares, la solidaridad, la pobreza en todas sus acepciones, las relaciones de parentesco, el trabajo, la amistad, el compadrazgo, las redes de

apoyo, etc. propician entre otras cosas estilos o condiciones de vida saludables o de enfermedad.

### **Algunos aspectos destacados del huésped u hospedero**

Éstos se resumen como atributos invariables o características variables, que tienen implicaciones para la promoción, prevención o control dentro del proceso salud–enfermedad.

Entre los atributos invariables destacan el sexo, la inmunidad de especie y la herencia, la cual, para fines de la historia natural y social, debe considerarse resultado de la interacción entre natura y cultura y no aisladamente desde el aspecto biológico. Dentro de este tenor, deben tomarse en cuenta:

1. La perspectiva histórica de las situaciones que favorecieron la implantación de ciertos genotipos en cierta población, por ejemplo la susceptibilidad a la diabetes de las etnias americanas, que entre otros factores, se desarrolla a partir de una dieta “indígena” de siglos.
2. La posibilidad de modificar genotipos mediante cambios bioculturales sustentables a partir de tres generaciones.

Las características variables incluyen género (como rol social), edad, escolaridad, ocupación, clase social, hábitos (sobre todo los nutricios y de actividad física), costumbres, crecimiento físico, desarrollo mental, etc. Todas ellas presentan oportunidades para ser aprovechadas en pro de la salud individual o grupal, aunque también se pueden considerar factores de riesgo para la incidencia de enfermedad.

### **Algunos aspectos del ambiente**

El ambiente, como el agente y el huésped, debe considerarse en su interacción de forma integral, aunque para fines didácticos u operativos se pueda subdividir o tipificar de diversas maneras:

- **Microambiente:** alude a lo que C. Bernard llamaba “medio interno”, expresado como la fisiología humana.
- **Matroambiente:** se refiere a cuando el bebé está contenido por la madre durante el periodo de gestación.
- **Macroambiente**, que a su vez se subdivide en:
  - ✓ *Ambiente físico;* tienen un cometido importante la geografía física (con sus aspectos de altitud, latitud y longitud) y la humana (con la contaminación, marginalidad, etc.). Algunos de estos aspectos presentan estrecha correlación con algunos agentes físicos como temperatura, presión, humedad y radiación entre otros, cuya modificación como en los

cambios ambientales actuales altera la incidencia o la prevalencia de ciertas enfermedades infectocontagiosas e incluso crónico-degenerativas.

- ✓ *Ambiente biológico*: en su interacción microecológica y macroecológica, incluye la flora y la fauna, elementos primordiales para el crecimiento y el desarrollo saludable y sustentable de los individuos y las comunidades. Cabe señalar que el microambiente biológico es importantísimo para mantener la salud en sistemas que van desde el organismo humano hasta sistemas de atención como son los hospitales.
- ✓ *Ambiente social*: se pueden identificar tres espacios que inciden substancialmente como barreras o facilitadores de la salud–enfermedad:
  - ☺ La familia como reproductora de relaciones sociales. En función de su estructura, estadio, rol, fase de desarrollo, etc., tiene un cometido básico en la socialización de las acciones higiénicas y dietéticas de los individuos.
  - ☺ La escuela, como reproductora del modo de producción no material, incide en los conocimientos y actitudes sobre salud-enfermedad.
  - ☺ El trabajo, con sus aspectos técnicos y jurídicos, condiciona no sólo la producción de bienes y servicios, sino también la de salud y enfermedad tanto grupal como individual.
- ✓ *Ambiente económico*: enmarcado por una sociedad con modernización limitada y donde la producción y distribución están encaminadas al consumo y provocan una brecha en el acceso libre y democrático a los servicios de salud, seguridad y bienestar social.
- ✓ *Ambiente político*: que tiene que ver con el manejo del poder; evidencia actualmente una creciente desigualdad social y por ende sanitario-asistencial, que favorece la atomización de las instituciones y servicios de atención de la salud del niño y el adolescente.
- ✓ *Ambiente cultural*: integrado por tradiciones, costumbres, valores, significados y sentidos relacionados con el proceso salud-enfermedad. Actualmente requiere un cambio, ya que nuestra cultura médica está más relacionada con la parte de la enfermedad que de la salud.

### 1.2.2 Prevención Primaria

El objetivo de la prevención primaria es mantener y mejorar la salud del individuo y la comunidad, por ende evitar a todo costo la enfermedad. Lo anterior conlleva no sólo reducir factores de riesgo, sino también detener su avance y erradicar su raigambre social, es decir, lograr cero casos nuevos de enfermedad.

La prevención primaria emplea estrategias de intervención relacionadas con los niveles de prevención y con las conductas preventivas en salud (figura 1) basadas en conceptos tales como:

- ✓ Empoderamiento, donde las personas adquieren un mayor control de sus acciones y decisiones que afectan su salud.
- ✓ Inversión en salud, que se refiere a dedicar recursos que facilitan la producción explícita de salud por la comunidad y los individuos.
- ✓ Estilo de vida, como una forma de vivir basada en conductas identificables determinadas por la interacción del individuo en sociedad.
- ✓ Calidad de vida, entendida como percepción de la posición individual en la vida, dentro de un contexto sociocultural en función de sus metas, normas, aspiraciones y preocupaciones, que engloba la salud biopsicosocial.
- ✓ Autoayuda, o todas las medidas llevadas al cabo por individuos y grupos para promover, mantener y restaurar la salud del mismo individuo y la comunidad.
- ✓ Capital social, mediante redes y vínculos que facilitan la cooperación y la coordinación para crear salud.
- ✓ Desarrollo sustentable, definido como aquél que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de satisfacer también las necesidades de generaciones futuras.

### **Promoción de la salud**

Se entiende como la procuración activa que se realiza a nivel social e individual en todos los niveles y procesos, que se refieren a los aspectos materiales y no materiales del modo de vivir que promuevan o mantengan un estilo de vida saludable y por ende que prevengan la enfermedad de manera genérica y amplia, lo cual vulnera inclusive el concepto de causa idiopática.

El objetivo de la promoción de la salud no se limita a eliminar cualquier factor de riesgo de padecer enfermedad, sino que además implica favorecer la creación, el desarrollo y la perpetuación de factores protectores de la salud del individuo y la comunidad.

La **educación en salud**, incluida en las acciones de promoción de salud, tiene como objetivo lograr el aprendizaje reflexivo y significativo sobre ¿que haré? y ¿como haré? Para mantener y mejorar la salud individual y comunitaria, es decir, que en base a una verdadera participación el educando sea protagonista en la elaboración de su propio conocimiento (Viniegra, 2002).

La labor docente se centrará entonces en propiciar condiciones para facilitar la educación formal e informal a nivel individual, familiar, escolar, laboral y social, impactando todos los grupos de edad, sobre los siguientes temas:

1. Cultura nutricional
2. Cultura del ejercicio
3. Cultura de la salud mental, que incluye la asertividad y la autorreflexión

4. Cultura de la salud ambiental
5. Cultura de la protección de la salud física, mental y social así como de prevención del riesgo para las enfermedades presentes y futuras

### **Protección Específica**

Debido a que cualquier enfermedad es resultado de un proceso continuo y progresivo, que se inicia aún teniendo “aparente normalidad subjetiva u objetiva” y tomando en cuenta que aún no podemos asegurar la detección y el tratamiento equitativos para todas las enfermedades y personas, los objetivos y la estrategia de la protección específica se encaminan a evitar o reducir riesgos en la población, sobre todo en aquellas personas que presentan algún nivel de riesgo individual, ya que está demostrado que una reducción cualitativa y cuantitativa de ciertos riesgos disminuye a su vez la incidencia de enfermedad y de la mortalidad.

Con miras a lo anterior, quienes esto escriben apoyan las siguientes estrategias para las medidas de protección específica:

1. Deben sustentarse por sí mismas, con base en la sencillez y fácil aplicación.
2. Deben medirse en términos de prevenir la incidencia de la enfermedad, tomando en cuenta la reserva de salud y no sólo la presencia de riesgos.
3. Deben valorarse no sólo con base en su costo-beneficio, sino también su trascendencia socio-cultural a mediano y largo plazos.

Las medidas específicas se encaminan a proteger al huésped de ciertas enfermedades con el fin de evitarlas al:

- a) Utilizar todas las inmunizaciones específicas conforme a cada grupo de edad y situación.
- b) Promover las diferentes acciones de higiene personal, sobre todo el lavado de manos.
- c) Ingerir nutrimentos específicos, como yodo, ácidos  $\Omega$ -3, etc.
- d) Fomentar y utilizar la infraestructura del saneamiento ambiental.
- e) Establecer medidas para evitar accidentes en el hogar y la escuela.
- f) Evitar la exposición a sustancias cancerígenas y alergénicas.
- g) Practicar ejercicio aeróbico.
- h) Desarrollar programas de desarrollo sano, posturas saludables, visión saludable, etc.
- i) Visitar periódicamente al médico para supervisar crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente.
- j) Recibir asesoría genética.
- k) Evitar la propaganda y los ambientes adictivos a tabaco, drogas y alcohol.
- l) Proteger contra la violencia doméstica y escolar.

### 1.2.3 Periodo Patogénico

Abarca todo el curso de la enfermedad en el huésped hasta su desenlace. Se inicia con la pérdida de la salud a partir del o los estímulos que originan defecto o daño a nivel de microcambios en la estructura y el funcionamiento humanos y cuya trayectoria puede terminar con la recuperación, la incapacidad temporal o permanente o la muerte. Este periodo comprende las etapas de patogénesis temprana, enfermedad inicial, enfermedad clínicamente discernible, enfermedad avanzada, convalecencia y no más allá del resultado final (recuperación, estado crónico, incapacidad o muerte).

La patogénesis inicial, es decir el cambio del periodo prepatogénico al patogénico, presenta una complejidad importante, que involucra mecanismos muy finos, y su explicación no es sencilla.

#### **Etapas Del Periodo Patogénico**

El periodo patogénico o patogénesis, comprende la evolución de la enfermedad en el individuo; es decir, en el huésped. Se caracteriza por los cambios a todo nivel (molecular, celular, tisular, orgánico y corporal) que son más o menos detectables según el desarrollo tecnológico de las ciencias de la salud y obviamente la accesibilidad económica y social del paciente. El periodo patogénico se engloba en dos etapas, la subclínica y la clínica.

#### **Etapas subclínica**

Corresponde, en la historia natural de la enfermedad, a la fase más temprana de ésta, donde el contacto con el agente empieza a afectar al huésped susceptible. Clínicamente manifiesta o no síntomas mínimos, generales, inespecíficos, de escasa o limitada duración, cuyo diagnóstico sólo puede hacerse mediante análisis de laboratorio o gabinete de gran sensibilidad y de alta especificidad. En esta etapa quedan incluidas las formas “ambulatorias”, asintomáticas, las de infección inaparente, etc. que dan sustento al modelo del iceberg, el cual plantea que por lo general existe una mayor cantidad de casos subclínicos (parte sumergida del iceberg) que de casos clínicos (parte emergente de un iceberg sobre el nivel del agua).

La etapa subclínica depende de aspectos cualitativos y cuantitativos de la relación del agente con el huésped, por lo que sus manifestaciones patológicas pueden darse con diferente intensidad y en diversas formas, según el carácter de la enfermedad.

Así, en la enfermedad genética la relación se puede iniciar en el momento de la fecundación de un ovulo por el espermatozoide como en el síndrome de Down, o más tardíamente debido a mutaciones inducidas por mecanismos diversos y manifestarse temprana o tardíamente, según el caso que se trate, por ejemplo en la mucoviscidosis.

En el caso de las enfermedades infectocontagiosas, las manifestaciones de la relación agente-huésped implican ciertos periodos de duración variable, como el de incubación, el de manifestaciones clínicas y el de convalecencia; por ejemplo varicela, fiebre tifoidea y virus del SIDA.

En el caso de agentes no infecciosos, el tiempo de exposición y la dosis de agente tienen un cometido importante para el inicio tardío o temprano del periodo patogénico, en función de la susceptibilidad del huésped, por ejemplo enfisema y cáncer pulmonar en el tabaquismo.

### **Reversión de la enfermedad**

La detención y reversión del proceso patogénico es un tema de bastante importancia en la historia natural de cualquier enfermedad, ya que como es sabido, en las enfermedades de tipo infectocontagioso esta situación es factible y común. No así en ciertas enfermedades no infecciosas de carácter crónico, donde el debate se centra en el punto exacto para lograr la reversibilidad en los cambios anatómicos y fisiológicos establecidos. En éstas son básicos el carácter lesional (cualitativo), el nivel de daño alcanzado (cuantitativo), y el tipo de tejido o células afectadas.

### **Otros tipos de cambios**

En las patologías de carácter físico deben considerarse no sólo los cambios de orden psicológico y social que anteceden y acompañan a la enfermedad. Estos cambios afectan la subjetividad del sujeto y su manera de dar sentido y significado a la realidad; por ejemplo, la hipertensión arterial se presenta en edades más tempranas y sus manifestaciones frecuentemente son mínimas, por no decir nulas (quizás un poco de ansiedad), y son un hallazgo sorpresivo y por lo tanto “no significan” un peligro para el adolescente que la padece.

### **Horizonte clínico**

Se llama horizonte clínico al nivel mínimo de asertividad clínica a partir del cual puede identificarse de manera genérica o específica cualquier patología. En este nivel tienen un cometido fundamental los conceptos de sensibilidad –entendida como la capacidad de identificar un caso de enfermedad– y de especificidad –la habilidad de determinar una caso de no enfermedad o sano–.

Este horizonte depende en mucho de la tecnología para amplificar el alcance de nuestros sentidos y ayudarnos a elaborar raciocinios diagnósticos eficaces y eficientes.

### **Etapas clínicas**

Corresponde al estado de enfermedad que se manifiesta en el individuo (huésped), donde

toda la gama variada de datos clínicos a que da origen una patología en el enfermo presenta un cuadro reconocible (para el médico e inclusive para los legos), que puede ser típico o atípico, mediante el agrupamiento lógico y sistemático de signos (manifestaciones objetivas) y síntomas (manifestaciones subjetivas) de la enfermedad, elementos con los cuales se puede establecer un diagnóstico provisional, definitivo o diferencial

#### 1.2.4 Prevención Secundaria

El objetivo de la prevención secundaria en cualquier enfermedad es prevenir complicaciones y la muerte, lo cual se logra con un adecuado control de sus aspectos objetivos (enfermedad) y subjetivos (padecimiento) de la manera lo más temprana y precisa posible, es decir, a partir del diagnóstico precoz. La prevención secundaria debe considerarse en cierto sentido una falla de la inversión social e individual en la prevención primaria; sin embargo, cabe destacar que cuando se realizan acciones de prevención secundaria, aunque parezca paradójico, no deben excluirse acciones de prevención primaria en el paciente y su contexto grupal, porque se corre el riesgo de hacer una prevención parcial.

#### Diagnóstico precoz

Gracias al diagnóstico precoz se ha consolidado la dimensión biológica del concepto de proceso salud–enfermedad, ya que desde la concepción del ser humano o aun antes se tienen posibilidades tecnológicas cada vez más amplias de detectar patologías, merced a diversos marcadores genéticos que orientan al clínico a detectar problemas en familiares y a determinar la susceptibilidad individual a ciertos cánceres, patología renal, etc. La genética molecular y la epidemiología han colaborado con el diagnóstico precoz al establecer niveles de riesgo, que en un momento dado pueden hacer más eficientes nuestros esfuerzos de detección precoz, de ahí la necesidad de establecer protocolos sistematizados para los diversos servicios que en un momento dado atienden en salud y enfermedad a la población.

En otras palabras, la detección precoz, al igual que cualquier medida preventiva en salud–enfermedad, es una actitud de prevención, y debe considerarse de rigor en cualquier persona que presente algún tipo de riesgo, sea éste individual, grupal, histórico, etc., ya que trae beneficios comprobados al incrementar cualitativa y cuantitativamente la vida en el paciente y la comunidad.

De ahí la necesidad, de establecer, aumentar y actualizar los esquemas de diagnóstico precoz en la población, que tengan la característica de orientar acciones terapéuticas que reviertan la condición de enfermo incipiente; esta situación se está logrando ya en algunas enfermedades.

### **Tratamiento oportuno y adecuado**

El tratamiento oportuno y adecuado de la enfermedad ha demostrado su beneficio en diversos estudios controlados, y se concluye en muchos casos que los beneficios de la acción terapéutica superan los problemas que trae consigo la inacción.

El tratamiento adecuado no sólo debe considerar los agentes farmacológicos que presenten beneficios sustanciales de orden curativo o de control de la enfermedad (Borman, 2014), sino también el impacto económico en el paciente y en la comunidad, sobre todo en aquellos casos en que se requiere mantener por largo tiempo un programa terapéutico. Al efecto debe tenerse en cuenta que muchos de los nuevos agentes terapéuticos se introducen con el objetivo de reducir efectos secundarios y algunas consecuencias metabólicas adversas en grupos específicos, pero con precios muy elevados.

Los tratamientos no farmacológicos, por ejemplo la reducción del peso corporal, el incremento de ejercicio físico o la restricción calórica o del consumo de sodio y de la ingesta de alcohol, deben valorarse con base en sus impactos orgánicos como cambios socioculturales en los estilos de vida; así, una reducción de la masa corporal incluye cambiar la cultura del gusto a ciertos alimentos. Asimismo, en la práctica clínica la terapia no farmacológica enfrenta el problema de que frecuentemente el médico no es el profesional adecuado para supervisar y aconsejar sobre este tipo de acciones, lo cual provoca que tanto el paciente que sigue recomendaciones vagas y el médico que las otorga se desalienten y pongan todo su esperanza y voluntad en el tratamiento farmacológico.

### **Otras estrategias de apoyo al tratamiento oportuno y adecuado**

#### **Tratamiento en la escuela o en el sitio de trabajo**

La escuela o el sitio de trabajo pueden constituir espacios excelentes para hacer diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, si se consideran grupos de personas en sitios donde se requiere un servicio de medicina escolar o laboral, tanto para la detección sistemática como para el tratamiento oportuno con un mínimo de personal.

#### **Autocuidado por el propio paciente**

Algunas instituciones, en ciertos pacientes y padecimientos, han desarrollado, previo adiestramiento, el sistema de préstamo de instrumentos como esfigmomanómetros electrónicos a pacientes hipertensos, glucómetros a pacientes diabéticos, cintas métricas a pacientes obesos, etc., a fin de que ellos mismos realicen sus propias mediciones de control. El sistema ha probado su bondad no sólo por tener lecturas fuera del ámbito clínico y ayudar a determinar la respuesta al tratamiento y reducir costos, sino también para crear una conciencia

de responsabilidad hacia la enfermedad y su tratamiento en los pacientes y sus familiares.

### **Limitación del daño**

La limitación del daño debe verse de manera amplia y no sólo desde el punto de vista orgánico sobre el avance de la enfermedad, donde está demostrado que mantener ciertos parámetros fisiológicos dentro de valores recomendados ofrece ventajas al prevenir el avance del daño en ciertos órganos blanco, y así reducir el riesgo individual de morbilidad y mortalidad consecuente que presentan los pacientes.

Sin embargo, debe pensarse también en otros daños que es necesario limitar, como el daño psicológico a la autoestima del hipertenso, cuando un fármaco afecta esferas tan importantes como la de su integridad o su desempeño escolar, o el daño económico que afecta el gasto familiar al tener necesidad de consumir un fármaco que merma una parte sustancial de sus ingresos, máxime si son exiguos. Y no se diga el daño social cuando la enfermedad merma el capital humano de un grupo social o se utiliza para chantajear a la sociedad.

### **1.2.5 Prevención Terciaria**

Tiene por objeto ir más allá de la acción médica de diagnóstico y tratamiento de la fase inicial de la enfermedad. Requiere favorecer la adopción de nuevos y constructivos roles del individuo en su comunidad cuando la enfermedad se ha detenido o continúa con algunas secuelas irreversibles. La rehabilitación que es la base de la prevención terciaria no sólo es física, sino también social y mental. Respecto a estos dos últimos aspectos poco se ha hecho; sin embargo, un modelo de trabajo es la asociación de alcohólicos anónimos (AA).

La rehabilitación tiene dos vertientes, una es cuando hay secuelas y se requiere adaptar al enfermo a un nuevo rol, pero también se requiere cuando hay éxito en el tratamiento. Empecemos por esta última opción. Al controlar efectivamente una enfermedad, al menos durante un año, puede considerarse la posibilidad de reducir la dosis y el número de medicamentos si esto es plausible; esta reducción puede realizarse de manera lenta y progresiva, por pasos, sobre todo en aquellos casos que han logrado modificaciones significativas en su estilo de vida.

Sin embargo, la reducción o la eliminación de fármacos no debe ser vista ni por el médico ni por el paciente como definitiva, dado que puede haber remisiones a meses o años de haberse discontinuado el tratamiento, sobre todo en pacientes que no han sustentado la mejoría en los cambios de su estilo de vida. Esta circunstancia implica una vigilancia por parte del equipo de salud (incluido el médico) y una actitud prudente por parte del paciente, en el sentido de que no está necesariamente curado, sino sólo controlado con éxito, lo cual debe reforzarse con una

mayor responsabilidad en su dieta, ejercicio y control del estrés, buscando constantemente nuevos elementos que refuercen esta actitud ante la enfermedad en su interacción con los profesionales que lo siguen atendiendo.

Otra posibilidad es la creación de estancias de día, o centros de atención al paciente crónico, con facilidades terapéuticas integrales, como están ofreciendo los servicios públicos en otros países.

En suma, hay que estar preparados para rehabilitar pacientes, sobre todo crónicos, dentro del límite de sus restricciones, pero con el máximo de sus capacidades.

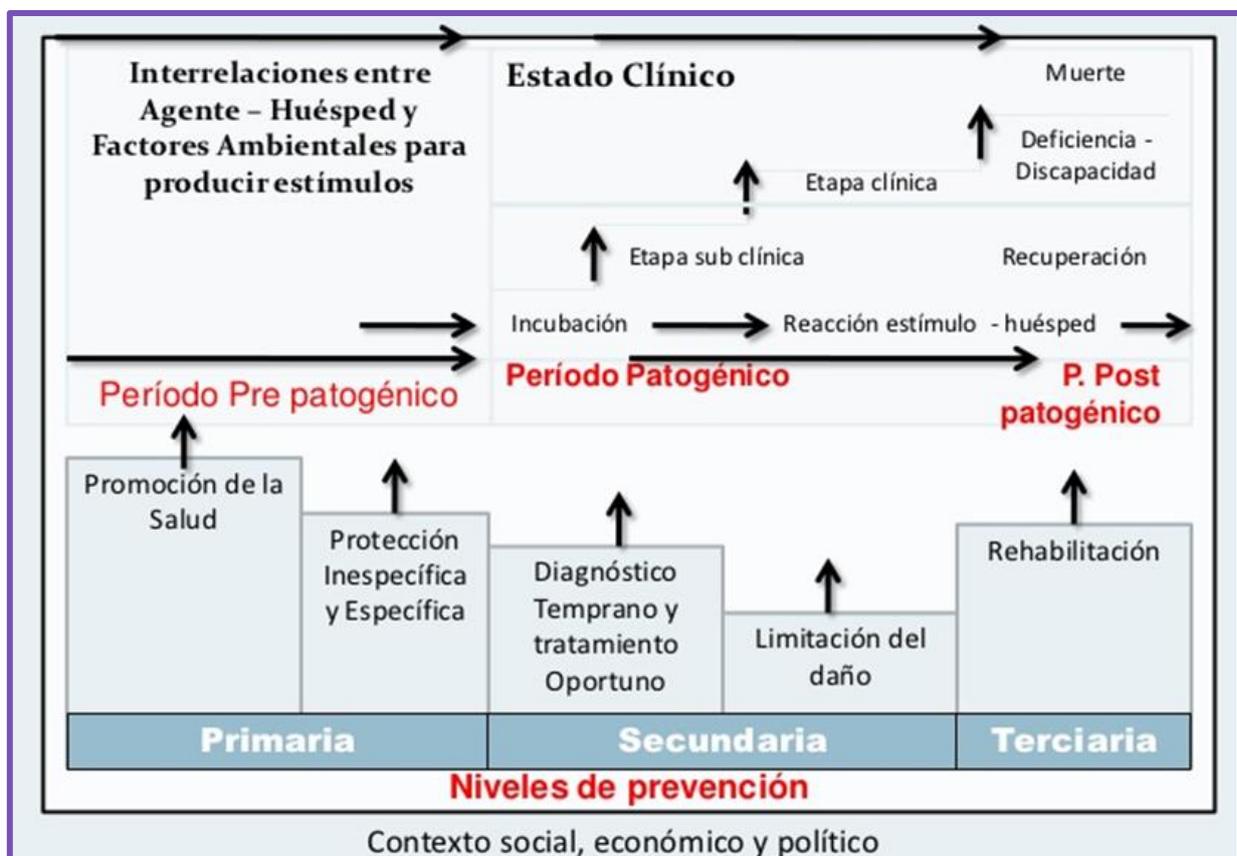


Figura 1, Historia Natural Y Social De La Enfermedad

## 2 Promoción de la salud, bienestar y prevención de Enfermedades

### 2.1 Conceptualización de la Salud

La OMS estableció en su Constitución en 1948 que la salud *es el completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad, malestar o incapacidad*. Esta definición incorpora dos elementos fundamentales para el desarrollo de la promoción de la salud: 1) la salud es un elemento positivo, la mera ausencia de enfermedad no garantiza la salud; 2) la salud es una construcción múltiple, ya que se produce desde diversas facetas, físicas, psíquicas y sociales.

Tradicionalmente, la salud se definía en términos de presencia o ausencia de enfermedad. Florence Nightingale la consideraba como un estado de bien estar y de utilización, en el mayor grado posible, de todas las potencias que un individuo posee (Nightingale, 1860/1969).

La salud es un estado de la existencia que la gente define en relación con sus propios valores, personalidad y estilo de vida. Cada persona tiene un concepto personal de salud. Pender, Murdaugh y Parsons (2011) definen salud como la actualización del potencial humano inherente y adquirido mediante conductas dirigidas a una meta, autocuidado competente y relaciones satisfactorias con otros, al tiempo que se hacen los ajustes necesarios para mantener la integridad estructural y la armonía con el entorno.

### 2.2 Promoción de la Salud

La promoción de la salud está relacionada con ámbitos sociales y apunta hacia el bienestar comunitario, estimula factores protectores de la salud, promueve la adopción de estilos de vida saludables a grupos humanos extensos, por lo cual, intenta construir ambientes que faciliten, al máximo, las mejores opciones para la salud misma.

En la Declaración de Ottawa se define la promoción de la salud como *el proceso que permite que la población pase a controlar los factores que determinan su salud con el objetivo de incrementarla*. La promoción de la salud es más que una filosofía o ideología. La promoción de la salud comprende una gran variedad y diversidad de estrategias, actividades y formas de trabajo. Ofrece estrategias concretas y específicas para crear y construir salud tanto a nivel individual, de organización o de comunidad.

La promoción de la salud se nutre de diversas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de salud pública, que permite cumplir con objetivos y metas sociales para conseguir comunidades e individuos más sanos y con ello alcanzar mayor bienestar con equidad social y mejorar su calidad de vida.

Existen determinantes de la salud y son aquellos dados por los estilos de vida y el ambiente, son los que tienen que ver con las condicionantes de la salud, alimentación, actividad física, consumo de drogas, tabaco, alcohol, factores protectores psicosociales y ambientales. Sin embargo, la capacidad de promocionar los estilos de vida saludables y un ecosistema que interactúa saludablemente con las personas, también depende en gran parte de otros determinantes de la salud como la cultura, el empleo, la educación y los ingresos.

La promoción de la salud es un componente importante de la práctica de la enfermería. Es una forma de pensamiento que se mueve alrededor de una filosofía de totalidad, salud y bienestar.

Las acciones de promoción de salud motivan a las personas a actuar de manera positiva para alcanzar estados de salud más estables. Las acciones de bienestar están diseñadas para ayudar a las personas a conseguir una comprensión y un control nuevo de su vida.

Uno de los modelos que hasta hoy se acepta en la promoción de la salud, bienestar y prevención de las enfermedades es el **modelo de Leavell y Clark**, por lo que el cuidado de enfermería se centra en los términos de prevención primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria incluye el fomento de la salud y la protección específica. La prevención secundaria incluye el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y limitación del daño o incapacidad. La prevención terciaria incluye la rehabilitación o el restablecimiento.

La prevención primaria es la prevención verdaderamente auténtica, debido a que ésta se realiza antes de que aparezca la enfermedad, se concibe como la acción de salud más importante para mantener a las personas o comunidades saludables. Esta prevención abarca todos los esfuerzos de promoción de la salud, así como actividades de bienestar centradas en la mejora o bienestar.

La prevención secundaria se centra en personas que ya tienen la enfermedad y que están en riesgo de desarrollar complicaciones o secuelas. Una gran cantidad de intervenciones de enfermería se centran en el hospital, pero esto ha ido cambiando paulatinamente en las dos últimas décadas, debido a que las personas que padecen una enfermedad crónica o degenerativa, los cuidados se prodigan en su hogar o en centros especializados. Es muy importante dejar sentado, que aún si la persona está enferma, también debe realizarse actividades de prevención y no seguir privilegiando el modelo hegemónico de curación existente en el país.

La prevención terciaria es cuando se produce en la persona una discapacidad permanente e irreversible y que requiere de rehabilitación, para ayudar a conseguir un grado de

funcionamiento lo más óptimo como sea posible, y prevenir de secuelas o daños mayores e inclusive la muerte.

A continuación se presenta en forma esquemática estas categorías y el propósito que se persigue en cada una de ellas:

**Tabla 1, Modelo de Leavell y Clark**

Prevención Primaria	Prevención secundaria	Prevención Terciaria
<p><b>Promoción de la salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación sanitaria</li> <li>• Nutrición acorde con la edad</li> <li>• Atención al desarrollo de la personalidad</li> <li>• Actividades recreativas y seguridad laboral</li> <li>• Educación sexual</li> <li>• Investigación genética</li> <li>• Valoraciones periódicas</li> </ul> <p><b>Protección específica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmunizaciones</li> <li>• Higiene personal</li> <li>• Saneamiento ambiental</li> <li>• Protección de riesgos laborales</li> <li>• Protección de accidentes</li> <li>• Ingesta de nutrimentos específicos</li> <li>• Protección contra carcinógenos</li> <li>• Evitación de alergenos</li> </ul>	<p><b>Diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y limitación de la incapacidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidas de hallazgo del caso</li> <li>• Estudios de investigación</li> <li>• Exploraciones selectivas para: cura y prevención, prevención de propagación de enfermedades transmisibles, prevención de complicaciones y secuelas, reducción del período de incapacidad</li> </ul> <p><b>Limitaciones de la incapacidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento certero para detener la enfermedad y prevenir complicaciones y secuelas</li> <li>• Proporcionar facilidades para limitar la incapacidad y prevenir la muerte</li> </ul>	<p><b>Rehabilitación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción de instalaciones hospitalarias y comunitarias</li> <li>• Educación del sector público e industrial para emplear personas rehabilitadas como sea posible</li> <li>• Terapia de colaboración en hospitales</li> <li>• Utilización de asentamientos de refugio</li> </ul>

Otro de los modelos dirigido a la promoción a la salud, es el diseñado por Pender (1987), que considera la promoción de la salud separada de la prevención primaria y la define como “las actividades encaminadas a aumentar el nivel de bienestar” y la prevención primaria como “las actividades encaminadas a disminuir la probabilidad de enfermedades específicas”.

## 2.3 Salud y bienestar

El profesional de enfermería debe ser consciente de sus propias definiciones personales de salud y aceptar que las demás personas tienen también sus propias definiciones individuales. La definición de salud de una persona influye en su conducta relacionada con la salud y la enfermedad. Si conoce las percepciones de salud y enfermedad del paciente, el profesional de enfermería puede proporcionar una asistencia más significativa para ayudarlo a recuperar o alcanzar un estado de salud.

Esto quiere decir que la salud ya no puede definirse como la simple ausencia de enfermedad, sino que tiene un significado positivo en sí misma. También salud significa “eficiencia física, mental y social óptima” (Du Gas, 2001:13).

Para hablar de salud, se deben de considerar dos conceptos básicos que lleven a comprender la estructura en que se basa la noción actual de atención de salud. Estos conceptos son:

**Salud óptima.** Este concepto se fundamenta en que toda persona tiene un nivel óptimo de funcionamiento que representa su mejor bienestar posible. Esto quiere decir, que a pesar de que la mayoría de las personas presentan algún tipo de déficit menor de salud, como un problema físico menor, alergia a algunos alimentos, ser tímidos, miedo a hablar en público, temor a las alturas, etc., o gente que tiene problemas crónico-degenerativos como la diabetes o la hipertensión; ellos son capaces de llevar una vida normal en tanto toman ciertas precauciones o decisiones que les permiten sentirse bien. Lo cierto es que el ser humano rara vez logra la perfección en todos los aspectos de salud ya sea física, mental o social; sin embargo, se puede asegurar que cada persona tiene su óptimo único que le es alcanzable.

**La salud como un todo funcional u holismo.** Esto quiere decir que el ser humano debe reconocerse como una totalidad o un todo y en interacción con sus componentes físico, social, emocional y espiritual.

### 2.3.1 El bienestar, estar sano o estado saludable

Después de que se ha descrito el significado de lo que es la salud, aquí se retoman estos dos términos ya que la mayoría de las veces se manejan como sinónimos.

El **bienestar** es una percepción subjetiva de equilibrio, armonía y vitalidad y aparece en niveles. En los niveles más altos, la persona siente satisfacción y encuentra sentido de contribuir positivamente a lograr ciertas metas. En los niveles más bajos, la persona se ve así misma como enferma y puede situar su estado de bienestar en el “fondo”. Los conceptos básicos de bienestar incluyen la autorresponsabilidad, un objetivo fundamental, un proceso

dinámico de desarrollo, la toma de decisiones referentes a la nutrición, el control del estrés, una buena forma física, la salud emocional, los cuidados preventivos, entre otros.

El **estado saludable** es un estado de bienestar. Los aspectos básicos del estado saludable son la autorresponsabilidad, una meta final, un proceso de crecimiento dinámico; decisiones diarias en las áreas de la nutrición, el tratamiento del estrés, la forma física, los cuidados de salud preventiva y la salud emocional y, lo que es más importante, la totalidad del individuo.

Anspaugh, Hamrick y Rosato (2009) proponen siete componentes para el estado saludable (figura 4). Para alcanzar una salud y un estado saludable óptimos, las personas deben hacer frente a los factores de cada uno de estos componentes:

- **Físicos.** Capacidad para llevar a cabo las tareas diarias, tener un buen estado físico (p. ej., pulmonar, cardiovascular, digestivo), mantener una nutrición y una grasa corporal adecuadas, evitar abusar de las drogas y el alcohol o del consumo de tabaco, y, en general, practicar hábitos de un estilo de vida positivo.
- **Sociales.** Capacidad para interactuar de manera satisfactoria con la gente y en el ambiente del que forma parte cada persona, desarrollar y mantener la intimidad con las personas allegadas y desarrollar respeto y tolerancia con los que tienen opiniones y creencias distintas.
- **Emocionales.** Capacidad para tratar el estrés y expresar las emociones de forma adecuada. El estado emocional saludable implica la capacidad de reconocer, aceptar y expresar sentimientos y aceptar las propias limitaciones.
- **Intelectuales.** Capacidad para aprender y usar la información de manera efectiva para el desarrollo personal, familiar y profesional. El estado saludable intelectual implica esforzarse por mantener un desarrollo continuo y aprender a afrontar con efectividad los nuevos desafíos.
- **Espirituales.** Creencias en alguna fuerza (naturaleza, ciencia, religión o poder superior) que sirve para unir a los seres humanos y que proporciona un significado y una meta a la vida. Incluye la moralidad, los valores y la ética.
- **Profesionales o laborales.** Capacidad para lograr un equilibrio entre el tiempo dedicado al trabajo y al ocio. Las creencias de la persona sobre educación, empleo y hogar influyen en su satisfacción personal y en sus relaciones con los demás.



Figura 2, Los siete componentes del estado saludable

- *Ambientales*. Capacidad para fomentar medidas de salud que mejoren el estándar vital y la calidad de vida en la comunidad. Comprende influencias del tipo de los alimentos, el agua y el aire.

Los siete componentes se superponen en cierta medida, y los factores de uno de ellos influyen a menudo de forma directa en otros. Por ejemplo, una persona que aprende a controlar su grado de estrés diario desde una perspectiva psicológica está ayudando también a mantener la resistencia emocional necesaria para afrontar una crisis. El estado saludable implica trabajar en todos los aspectos del modelo.

La percepción personal de la salud es la más elevada y puede diferir de las propuestas de los estudiosos o profesionales dedicados a este tema. Los factores que pueden intervenir en su formulación, están determinados por los siguientes aspectos que se describen:

- ☺ *Etapas de desarrollo*: el concepto de salud depende del desarrollo de la persona que la formula y que cambia a lo largo de toda la vida, dependiendo de la edad del individuo.
- ☺ *Capacidad intelectual*: las creencias de una persona sobre la salud están formadas, en parte, por el conocimiento de las funciones y las enfermedades del organismo, la educación y las experiencias pasadas.
- ☺ *Factores emocionales*: el grado de serenidad o de estrés de una persona pueden influir en las creencias y las prácticas de salud.
- ☺ *Factores espirituales*: la espiritualidad se refleja en cómo una persona vive su vida, incluyendo los valores y las creencias, las relaciones con su familia, sus amigos, sus compañeros de trabajo, y la capacidad para encontrar esperanza y significado a la vida.
- ☺ *Influencias culturales y sociales*: cada cultura tiene ideas propias bien definidas sobre la salud y frecuentemente se transmiten de generación en generación
- ☺ *Experiencias previas*: el conocimiento adquirido de experiencias pasadas sobre la salud y la enfermedad afectan a la percepción que tiene la persona de ambas.
- ☺ *Expectativas personales*: algunas personas desean llegar a un nivel elevado tanto en lo físico como en lo psicosocial y mantenerlo siempre que puedan
- ☺ *Percepción de sí mismo*: consiste en cómo la persona se siente consigo misma, considerando los aspectos de autoestima, autoconcepto, autoimagen, necesidades y sus capacidades que desarrolla.

Ya que el concepto de salud es algo complejo, se han desarrollado diversos modelos o paradigmas que explican en qué consisten sus relaciones con la enfermedad. Varias teóricas en enfermería han aportado definiciones sobre la salud, el estar sano, el bienestar y la enfermedad, que incorporan ciertos modelos para estas definiciones.

## 2.4 Modelos de salud y estado saludable

☼ **Modelo clínico:** La interpretación más restringida de la salud es la del modelo clínico. En este modelo se considera a las personas como sistemas fisiológicos con funciones relacionadas y la salud se identifica por la ausencia de signos y síntomas de enfermedad o lesión. Se considera como el estado de no estar «enfermo». En este modelo, lo opuesto a la salud es la enfermedad o la lesión. Muchos médicos usan el modelo clínico en su enfoque de aliviar los signos y síntomas de la enfermedad y eliminar el mal funcionamiento y el dolor. Cuando los signos y síntomas desaparecen, el médico considera que la persona ha recuperado la salud.

☼ **Modelo agente-huésped-entorno o Modelo ecológico:**

El modelo de salud y enfermedad agente-huésped-entorno, también llamado modelo ecológico, se originó en la comunidad de trabajo de salud de Leavell y Clark (1965) y se ha expandido a una teoría general de las causas múltiples de la enfermedad. El modelo se usa sobre todo para predecir la enfermedad, más que para promover un estado saludable, aunque la identificación de los factores de riesgo que derivan de las interacciones del agente, el huésped y el entorno ayuda a promover y mantener la salud.

El modelo consta de tres elementos interactivos dinámicos:

1. *Agente.* Todo factor ambiental o de estrés (biológico, químico, mecánico, físico o psicosocial) que por su presencia o ausencia (p. ej., falta de nutrientes esenciales) pueda llevar a la dolencia o la enfermedad.
2. *Huésped.* Persona que puede o no estar en peligro de adquirir una enfermedad. Los antecedentes familiares, la edad y los hábitos del estilo de vida influyen en la reacción del huésped.
3. *Entorno.* Todos los factores externos al huésped que pueden o no favorecer que la persona desarrolle una enfermedad. El entorno físico abarca el clima, las condiciones de vida, los niveles de ruido y el nivel económico. El entorno social consiste en las interacciones con los demás y los acontecimientos vitales, como la muerte del cónyuge.

Como cada uno de los factores agente-huésped-entorno interactúa de forma constante con los demás, la salud es un estado de cambio continuo. Cuando las variables se encuentran en equilibrio, la salud se mantiene; cuando las variables se desequilibran, se produce la enfermedad.

☼ **Modelo del desempeño de funciones o de capacidad individual:** La salud se define en términos de la capacidad individual para desempeñar los roles sociales, es decir, llevar a cabo su trabajo. Las personas suelen ejercer varios roles (p. ej., de madre, de hija, de

amiga) y algunas personas pueden considerar los roles no relacionados con el trabajo como los más importantes en sus vidas. Según este modelo, las personas que pueden desempeñar sus funciones están sanas incluso aunque tengan una enfermedad clínica. Por ejemplo, un hombre que trabaja todo el día en su empleo, en la forma en que se espera que lo haga, está sano, incluso si tiene una hipoacusia parcial. En este modelo se asume que la enfermedad es la incapacidad para llevar a cabo la función laboral de cada uno.

**Modelo de adaptación:** En el modelo adaptativo, la salud es un proceso creativo y la enfermedad es una adaptación insuficiente o errónea. El objetivo del tratamiento es restablecer la capacidad de la persona para adaptarse, es decir, para el afrontamiento. Según este modelo, una salud muy buena es la adaptación flexible al entorno y la interacción con este para lograr las máximas ventajas. El modelo de adaptación de enfermería de la hermana Callista Roy (Roy, 2008) considera a la persona como un sistema adaptativo. La base de este modelo es la estabilidad, aunque también hay un elemento de crecimiento y cambio.

- ⊗ **Modelo eudemonístico o modelo de necesidades básicas:** El modelo eudemonista incorpora una visión exhaustiva de la salud. La salud se considera como un estado de realización del potencial de una persona. La realización es la culminación de la personalidad plenamente desarrollada descrita por Abraham Maslow. En este modelo, la máxima aspiración de los individuos es la satisfacción y el desarrollo completo, que constituyen la realización. La enfermedad es una situación que impide la autorrealización.

Pender, Murdaugh y Parsons (2011) incluyen las tendencias a la estabilización y a la realización en su definición de salud: «La realización del potencial humano a través de una conducta dirigida a los objetivos, los autocuidados competentes y la satisfacción de las relaciones con otros mientras se realiza una adaptación para mantener la integridad y la armonía estructurales con los entornos social y físico»

Otro modelo de este tipo es el de Margaret Newman (2008), que afirma que la salud es la ampliación de la conciencia. Los supuestos básicos de este modelo o teoría son: «La salud es un patrón unitario del conjunto en evolución, que incluye los patrones de enfermedad. La conciencia es la capacidad de información del conjunto y se revela en el patrón en evolución. El patrón identifica el proceso humano-ambiental y se caracteriza por un significado»

- ⊗ **Modelo de promoción de la salud:** este modelo propuesto por Pender (1982, 1993, 1996), define la salud como un estado positivo dinámico, no simplemente como ausencia de

enfermedad; más bien describe la naturaleza multidimensional de las personas mientras influyen dentro de sus entornos para conseguir la salud. El modelo se centra en tres áreas: factores preceptuales cognitivos de la persona, factores modificadores demográficos o sociales y participación en conductas promotoras de salud. Fue diseñado para ser un equivalente complementario de los modelos de protección de salud.

El modelo de promoción de la salud (MPS) propuesto por Pender, estaba diseñado para ser un modelo «homólogo complementario para los modelos de protección de la salud». Define salud como un estado positivo, dinámico, no simplemente la ausencia de enfermedad (Pender, Murdaugh y Parsons, 2011). La promoción de la salud está dirigida a aumentar el nivel de bienestar del paciente. El MPS describe la naturaleza multidimensional de las personas según interactúan dentro de su entorno para conseguir salud.

🌀 **Modelo de salud Holística:** este modelo intenta crear condiciones que promuevan una salud óptima. En este modelo las personas están implicados en su proceso de curación, asumiendo, por tanto, cierta responsabilidad respecto al mantenimiento de su salud. Las enfermeras rescatan los conocimientos de las personas y los consideran expertos respecto de su propia salud respetando la experiencia subjetiva de éstas.

Los cuidados sanitarios han empezado a tener un punto de vista más holístico sobre la salud al considerar el bienestar emocional y espiritual y otras dimensiones de una persona como aspectos importantes del bienestar físico. El modelo holístico de salud de la enfermería intenta crear las condiciones que promueven una salud óptima. En este modelo las enfermeras, utilizando el proceso de enfermería, consideran que los pacientes son los expertos últimos con respecto a su propia salud y respetan su experiencia subjetiva como relevante para mantener la salud o ayudarlos a curarse. En el modelo holístico de salud los pacientes están implicados en su proceso de curación, asumiendo, por tanto, alguna responsabilidad para el mantenimiento de su salud (Edelman y Mandle, 2010).

Las enfermeras, al utilizar el modelo holístico de la enfermería, reconocen las capacidades curativas naturales del cuerpo e incorporan intervenciones complementarias y alternativas, tales como la musicoterapia, la reminiscencia, la terapia de relajación, el tacto terapéutico y la visualización guiada, porque son complementos efectivos, económicos, no invasivos y no farmacológicos a los cuidados médicos tradicionales. Estas estrategias holísticas, que pueden ser utilizadas en todas las etapas de la salud y la enfermedad, son esenciales en el creciente papel de la enfermería.

### 3 LAS NECESIDADES HUMANAS

El ser humano desde el momento que fue creado nació con necesidades sin darse cuenta, a medida que el tiempo transcurrió y el hombre fue un ser más racional se puso a pensar que esas necesidades iban en aumento, pero a la vez estaban confundiendo con su entorno económico, político, social y personal, entonces busco la manera de tener una estructura para clasificar las necesidades según su importancia, da ahí surgieron varios autores que tienen su propia teoría de las necesidades mostrándolas de manera organizada.

El desarrollo a escala humana de Manfred Max Neef nos da a entender como el hombre se desarrolla a nivel personal para mejorar su calidad de vida, pero con mayor énfasis en sus necesidades ya que muchos piensan que esas necesidades son infinitas, diferentes en cada cultura y cambian con el tiempo, creo que esto no es así porque todas las personas tienen las mismas necesidades fundamentales, actualmente el hombre es muy ignorante porque se deja llevar por los objetos materiales porque piensan que esos objetos los van a hacer más felices, lo que está pasando es que se vuelven esclavos de las industrias y no piensan que somos seres con necesidades intangibles como la protección, subsistencia, entendimiento, etc.

A veces confundimos los satisfactores con una necesidad ya que no tenemos un concepto claro de lo que es una necesidad, cuando hablamos de pobreza se nos viene a la mente que es una posición social dependiendo del dinero que poseamos, pero hay que entender que esa pobreza también podría depender de las necesidades que satisfagamos. “El ser humano debe pensar en ser y después tener”.

Por otra parte, Abraham Maslow clasifica las necesidades en una pirámide de 5 niveles, necesidades fisiológicas básicas, seguridad, afecto, reconocimiento y autorrealización. En los 4 primeros niveles están las necesidades de déficit, en 5 nivel están las necesidades del ser, pero porque tomar esas las necesidades de esa manera, pienso que el ser humano satisface sus necesidades en el momento apropiado y no siguiendo un orden, además en la actualidad no se puede tomar la vida como una pirámide ya que la situación está bastante dura. Maslow nos da a entender que se necesita primero suplir las necesidades de un nivel inferior para pasar al siguiente nivel.

Cada hombre es un ser único por tal motivo piensa y dirige su vida de manera distinta tratando de suplir sus necesidades propias.

### 3.1 Necesidades básicas del ser humano

Los perfiles epidemiológicos de toda sociedad están determinados por la relación existente entre el proceso salud-enfermedad y su entorno; existe una relación dialéctica del hombre con la naturaleza tanto en forma activa (desgaste energético vendiendo su fuerza de trabajo) como pasiva (condiciones generales de existencia como es la vivienda, alimentación, vestido, servicios sanitarios y asistenciales, servicios culturales, educativos, recreativos y de descanso, entre otros).

Esta relación considera a las personas o individuos como parte de una comunidad en la que existen clases sociales con diferentes perfiles epidemiológicos, definidos por la desigualdad social entre estas dos fuerzas que determinan su proceso salud-enfermedad.

El ser humano en íntima relación con su entorno (ecológico, social, cultural o económico) es un ser complejo y está integrado como un yo integral o identidad personal, que para su desarrollo total requiere de contar con una autoestima, autoconcepto, valores, etc., que le permita satisfacer necesidades básicas y de desarrollar todo su potencial que le conlleve a la autorrealización y plenitud en su salud, productividad y creatividad.

Este yo o identidad personal está formado por los siguientes elementos:

- ☺ El **yo físico o área biofisiológica**, que hace énfasis en la estructura anatomofuncional, y que equilibrada o en homeostasis, permite desarrollar capacidades para acrecentar las habilidades.
- ☺ El **yo psíquico o área psicológica**, interviene en la personalidad que integra emociones, intelecto y espíritu. La parte emotiva se manifiesta denotando seguridad, pertenencia y reconocimiento consigo mismo y con los demás; el área mental, que funciona en la corteza cerebral y se hace evidente en algunos de los procesos intelectuales como percepción, racionalidad, voluntad, memoria, análisis; y la parte espiritual, cuya energía le orienta hacia el sentido de identidad y esencia para descubrir su fe o sus creencias, para trascender a su naturaleza finita y limitada; es decir, le facilita la búsqueda del significado de la vida.
- ☺ El **yo social o área social**, considera a la persona como parte integrante de una comunidad con diferentes roles que moldean su comportamiento. Hay que recordar que el hombre es el resultado de la evolución biológica y ha adquirido características específicas que le hacen convertirse en agente de los procesos culturales y ser conceptualizado como un ser holístico, que posee estructura anatomofuncional evolucionada, desarrolla una personalidad definida, conforma una sociedad, crea cultura y trasciende.

Con base en esto, ¿qué necesita un individuo para alcanzar su nivel óptimo de bienestar, si se acepta que buena salud es la capacidad que tiene una persona para funcionar al más alto

nivel, físico, mental y social? No hay ninguna duda de la existencia de ciertas necesidades básicas comunes de la humanidad y es necesario satisfacerlas para que las personas logren un nivel óptimo de bienestar.

### 3.1.1 Teorías de las necesidades

En las teorías de las necesidades, las necesidades humanas se ordenan en una escala ascendente según su importancia para la supervivencia. Abraham Maslow (1970), quizá el más célebre teórico de las necesidades, clasificó las necesidades humanas en cinco niveles.

Abraham Maslow, teórico humanista, postuló que hay cinco categorías básicas de necesidades del ser humano que pueden ordenarse por prioridad en cuanto a su satisfacción. Según su teoría, antes que una persona pueda proceder a buscar a satisfacer las necesidades de nivel más alto, es necesario que satisfaga las más fundamentales (por lo menos en su mayor parte).

Las categorías en orden de prioridad son:

- ☺ **Necesidades fisiológicas.** Necesidades como el aire, los alimentos, el agua, el refugio, el descanso, el sueño, la actividad y el mantenimiento de la temperatura son cruciales para la supervivencia.
- ☺ **Necesidades de seguridad y protección.** Las necesidades de seguridad tienen aspectos tanto físicos como psicológicos. La persona necesita sentirse segura, tanto en su entorno físico como en sus relaciones.
- ☺ **Necesidades de amor y pertenencia.** El tercer nivel de necesidades incluye el dar y recibir afecto, lograr un lugar en el grupo y mantener la sensación de pertenencia.
- ☺ **Necesidades de autoestima.** La persona necesita tanto autoestima (es decir, sentimientos de independencia, competencia y autorrespeto) como estima de los demás (es decir, reconocimiento, respeto y aprecio).
- ☺ **Autorrealización.** Una vez satisfecha la necesidad de autoestima, la persona se esfuerza por la autorrealización, es decir la necesidad innata de desarrollar su máximo potencial y realizar todas sus capacidades y cualidades.

Figura 5, Jerarquía de las necesidades de Maslow



### 3.1.2 Jerarquía de las necesidades de Kalish

Richard Kalish (1983) adaptó la jerarquía de las necesidades de Maslow ordenándolas en seis niveles en lugar de cinco, para lo que propuso una categoría adicional entre las necesidades fisiológicas y de seguridad; la llamó necesidades de estimulación, y comprende el sexo, la actividad, la exploración, la manipulación y la novedad (figura 5). Kalish insistió en que los niños necesitan explorar y manipular su entorno para lograr el máximo crecimiento y desarrollo. Señaló que también los adultos buscan a menudo las aventuras novedosas o las experiencias estimulantes antes de considerar su necesidad de seguridad y protección.

Figura 6, Jerarquía de las necesidades de Kalish



### 3.1.3 Teoría del Desarrollo a Escala Humana

El desarrollo a escala humana es un enfoque de desarrollo centrado en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, en generar niveles amplios de auto dependencia y en una articulación orgánica de humanos, naturaleza y tecnología, así como de los procesos globales con los locales, de lo personal con lo social, de la planificación con la autonomía y de la sociedad civil con el Estado.

En nuestra propuesta planteamos la existencia, en el tema de las necesidades, de un sistema conformado por tres subsistemas: el subsistema de las necesidades, el subsistema de los satisfactores y el subsistema de los bienes.

El **subsistema de las necesidades** incluye lo que podríamos describir como nuestra interioridad; nuestras necesidades son algo que está radicado al interior de nuestra piel y que solamente podemos vivenciar en forma subjetiva. La necesidad siempre se vivencia en un plano absolutamente personal. Lo afirmado no significa una postura individualista, sino más bien que las necesidades son algo que nos constituye como humanos, que está impreso en nuestra naturaleza. **Somos nuestras necesidades.** Por lo tanto, cuando hablamos de naturaleza humana nos estamos refiriendo a este subsistema.

El **segundo subsistema es el de los satisfactores**. Por el contrario del anterior subsistema, los satisfactores son las formas históricas y culturales mediante las cuales damos cuenta de nuestras necesidades humanas fundamentales. Son la historización de nuestras necesidades. Constituyen las formas mediante las cuales, en cada cultura, en cada sociedad, en cada circunstancia histórica se buscan y diseñan las mejores formas de actualizar las necesidades de sus integrantes. Sin embargo, en cuanto formas de hacer las cosas, los satisfactores por una parte son inmateriales y por otra parte constituyen la interfaz entre lo que es la exterioridad y la interioridad, entre los bienes y las necesidades fundamentales.

El **tercer subsistema es el de los bienes**. Los bienes son los artefactos materiales de la cultura y son fundamentalmente pura exterioridad, son objetos o cosas que potencian la capacidad de los satisfactores para poder dar cuenta de la necesidad. Vivimos rodeados de bienes. Bienes son todos los elementos producidos por nosotros que están fuera de nuestra propia piel.

Hemos planteado en nuestra teoría que las necesidades son pocas, finitas y consecuentemente pensamos que son clasificables. A nuestro entender existen nueve necesidades humanas fundamentales las cuales serían las siguientes: **subsistencia, protección, afecto, entendimiento, creación, participación, ocio, identidad y libertad**. Cada una de estas necesidades fundamentales constituyen a su vez un subsistema del subsistema de necesidades dentro del sistema de las necesidades humanas fundamentales.

Afirmamos que esas nueve necesidades tienen un rango, un estatuto ontológico, similar. No hay ninguna necesidad de menor categoría que otras. Conforman un sistema y consecuentemente están profundamente implicadas unas con otras constituyendo lo que podríamos llamar la naturaleza humana, en forma análoga a los sistemas o subsistemas que conforman nuestro organismo en cuanto seres vivos. Por consiguiente, de la misma manera que sería muy difícil establecer si es más importante en nuestra biología el sistema cardiorrespiratorio o el sistema gastrointestinal ocurre algo parecido con las necesidades.

La visión dominante nos ha hecho creer que la necesidad fundamental es la necesidad de subsistencia, sin embargo, en nuestra propuesta no hay jerarquías dentro del sistema. Todas las necesidades tienen una importancia similar.

Necesidades según categorías axiológicas	Table 2, Matriz de Necesidades Y Satisfactores			
	Necesidades según categorías existenciales			
	Ser	Tener	Hacer	Estar
<b>Subsistencia</b>	Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	Alimentación, abrigo	Alimentar, procrear, descansar, trabajar	Entorno vital, entorno social
<b>Protección</b>	Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad	Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia	Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender	Contorno vital, contorno social, morada
<b>Afecto</b>	Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor	Amistades, parejas, familia, animales, domésticos, plantas, jardines	Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar	Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentros
<b>Entendimiento</b>	Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad	Literatura, maestros, método, políticas educativas, políticas comunicacionales	Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar, interpretar	Ámbitos de interacción formativa: escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia
<b>Participación</b>	Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor	Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones	Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar	Ámbitos de interacción participativa: partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familias
<b>Ocio</b>	Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor, tranquilidad, sensualidad	Juegos, espectáculos, fiestas, calma	Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar	Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes
<b>Creación</b>	Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, sensibilidad, autonomía, inventiva, curiosidad	Habilidades, destrezas, método	Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar	Ámbitos de producción y retroalimentación: talleres, ateneos, agrupaciones, audiencias, espacios de

				expresión, libertad temporal
<b>Identidad</b>	Pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad	Símbolos, lenguajes, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica	Comprometerse, integrarse, confrontarse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer	Socio-ritmos, entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas
<b>Libertad</b>	Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia	Igualdad de derechos	Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar	Plasticidad, espaciotemporal

## 4 Teorías de enfermería y marcos conceptuales

*La enfermería es un llamado superior, un llamado honorable  
El honor radica en el amor por la perfección, la consistencia  
Y el trabajo duro para conseguirla  
Florence Nightingale*

Cualquier disciplina científica está compuesta por conceptos propios que sus científicos van desarrollando, a partir de la investigación científica pero, muchos de sus fundamentos teóricos son extraídos de otras ciencias y aplicados a la disciplina concreta.

Todas las disciplinas científicas están “enmarcadas” en un marco teórico concreto; estos constituyen los elementos propios de la disciplina y son los que le aportan categoría de disciplina científica independiente.

En las últimas décadas, las enfermeras teóricas (fundamentalmente norteamericanas, canadienses francesas e inglesas), han tratado de identificar los componentes científicos de la enfermería, con la intención de elevar esta a la categoría de profesión científica independiente.

### 4.1 Conceptualización

Un **marco conceptual** es un grupo de ideas, declaraciones o conceptos relacionados. La estructura de la mente expuesta por Freud (id, ego, superego) podría considerarse un marco conceptual o modelo.

#### 4.1.1 Modelo

Gran parte de la bibliografía sobre modelos, además de escasa, emplea una terminología confusa y un lenguaje rebuscado, sin olvidar lo que puede aportar la traducción en la poca claridad de las ideas.

En gran medida, estas razones fomentan la tendencia de las enfermeras a rechazar las propuestas, por considerarlas irrelevantes para la práctica. Sin embargo, existen otros grupos de profesionales que han desarrollado diferentes modelos; los psicólogos, los pedagogos, los sociólogos e inclusive las ciencias más antiguas continúan desarrollando nuevos modelos.

Un “**modelo**” es la *representación simbólica o conceptual de la realidad*. La ciencia utiliza modelos, para a partir de ellos, desarrollar explicaciones de lo que no es fácilmente observable. Un modelo explica cómo funcionan los hechos a partir de las relaciones entre símbolos o conceptos; está formado por ideas abstractas y generales (conceptos) y por las proposiciones que especifican sus relaciones.

*Un modelo de cualquier profesión es una forma clara y explícita de concebir el servicio que ofrece a la sociedad. Una disciplina práctica espera que el modelo proporcione una guía que controle y dé forma a la realidad, con el propósito de orientar las acciones de la enfermera asistencial hacia una meta deseada.*

Características de un modelo conceptual Según algunos autores, un modelo de enfermería debe reunir tres condiciones imprescindibles para ser considerado y adoptado por un grupo profesional:

1. Debe estar descrito en forma sistemática. Las ideas y los conceptos aislados o contruidos de forma anárquica, no constituyen un modelo, ya que no tienen valor para la práctica.
2. Debe ser fundamentado, o sea, basado en teorías científicas.
3. Ha de ser práctico, adaptable a la práctica de la profesión en cualquier situación y campo de actuación.

Un modelo tiene la utilidad de servir de guía para la formación de los futuros profesionales; la práctica y la investigación de enfermería, de manera que continúe el desarrollo de la disciplina. Los modelos actúan como hipótesis propuestas, que deben ser llevadas al campo de la investigación; estas propuestas deben ser probadas, hasta alcanzar la condición de teoría de enfermería.

Es posible que sea difícil llegar a una sola teoría de enfermería y es posible que se pueda hacer enfermería de forma científica y fundamentada desde diferentes planteamientos teóricos. Lo cierto es que, actualmente, no existe ningún modelo suficientemente desarrollado y con un proceso de investigación positivo en resultados, que haya alcanzado la categoría de “teoría de enfermería”.

#### 4.1.2 Teoría

La teoría representa para la ciencia, un nivel más profundo que el modelo. Es el conjunto de propuestas contruidas sistemáticamente, utilizado para describir, predecir, explicar, entender y controlar una parte empírica del mundo; para que un conjunto de propuestas hipotéticas tengan categoría de teoría, estas deben haber sido llevadas al campo de la investigación y haber sido contrastadas un número suficiente de veces.

En este punto del análisis cabe destacar dos ideas fundamentales:

1. Cuando una ciencia comienza, es de naturaleza casi enteramente empírica, se interesa por los fenómenos directamente observables. El conocimiento de estos fenómenos tiene un interés práctico indudable, pero limitado. La ciencia es primitiva y de poco valor hasta que

empieza a entender el por qué de estos fenómenos; cuando el científico abandona lo observable y se interesa por las causas, se encuentra en el terreno de la teoría.

2. Una teoría es tanto mejor, cuanto mayor es la fracción del universo a la que se aplica. El científico busca en una teoría: definiciones, explicaciones y predicciones, estas tres categorías constituyen las metas de la teoría. Los conceptos son elementos básicos de una teoría, son abstracciones de la realidad, que se pueden observar directa o indirectamente. Cada concepto tiene un solo significado, que queda claramente definido en la teoría. Todo el conocimiento científico está formado por conceptos y estos son privativos de una rama de la ciencia. La teoría pone en relación a los conceptos, de tal forma que explica los fenómenos que interesan a esa disciplina, por tanto, proporciona comprensión.

A partir de las hipótesis se afirman relaciones entre los conceptos o proposiciones. Cuando estas hipótesis han sido puestas a prueba un número suficiente de veces, adquieren la categoría de ley. A este nivel, la teoría alcanza la posibilidad de predecir, o sea, dada determinadas circunstancias en una situación igual, se puede conocer el resultado con antelación.

### **Pensamiento teórico**

Leer sobre teorías de enfermería, enseñarlas o analizarlas tiene una meta más significativa, que es el desarrollo del pensamiento teórico, ya que cuando las teorías son presentadas con el propósito de promover diálogos teóricos, estimular el análisis de creencias ontológicas y procesos de construcción de conocimiento, el pensamiento teórico es apoyado.

En una disciplina práctica y de ciencia humana como lo es la disciplina de enfermería, el desarrollo de la teoría, como una meta, es secundario al pensamiento teórico entre los miembros de la comunidad de desarrollo del conocimiento enfermero. Los procesos de análisis de situaciones, eventos y acciones que incluyen reflexión, conexión con otras ideas, interpretación, generación de significado, abstraer, comparar, contrastar y/o utilizar teorías para explicar situaciones o guiar acciones, son todos componentes del pensamiento teórico.

Las estrategias del pensamiento teórico son reducir, sintetizar, expandir, extender y analizar componentes. El pensamiento teórico se constituye en una parte integral de la formación disciplinar de enfermería, ya que esta es parte sustancial para la práctica profesional pues orienta, da certidumbre, conocimiento y calidad al cuidado.

#### **4.1.3 Teoría de enfermería**

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería; a partir de esta fecha, grandes han sido los alcances que se han logrado en su desarrollo

socialización y aplicación. Ya que, así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería, muchos teóricos y profesionales de enfermería tienen una idea o conceptualización particular de la práctica de enfermería, la cual influye de manera determinante en la toma de decisiones y guía las acciones que se toman en la práctica (Fawcett, 1996).

Muchas teóricas han explorado en “teorías generales”, que han sido de gran utilidad para ir conformando el marco teórico de la profesión; así, la teoría de las necesidades humanas, la teoría general de sistemas, la teoría de la comunicación y un largo etc. Han aportado apoyo científico a esta disciplina.

En el desarrollo de la “teoría de enfermería”, a partir de modelos de esta, los enfoques conceptuales que más predominan son:

1. El holismo, aplicado a la conceptualización del ser humano.
2. La teoría general de sistemas, con diferentes enfoques y en el análisis de diversos sistemas.
3. La teoría de las necesidades humanas.
4. La teoría de la comunicación.
5. Otras teorías de la psicología y las ciencias sociales.

### **Conceptualización de teoría**

Chinn y Jacobs (1989), Chinn y Kramer (1991), pueden identificar varios tipos de definición de teoría de enfermería: por su estructura, por sus metas, por su naturaleza, e integrativa:

1. En lo referente a su estructura, la teoría se define como “un conjunto de hipótesis relacionadas”. Esta definición incorpora a la investigación como una parte significativa en el proceso teórico, descartando en su concepto el proceso mental.
2. Esta definición tiene un enfoque derivado de las metas en las cuales se basa la teoría, definiéndola como “un sistema conceptual o marco de referencia inventado con un propósito definitivo”. Dicho propósito está dirigido a prescribir y dirigir acciones de enfermería.
3. Dicha definición hace alusión a la naturaleza tentativa de la teoría, definiéndola como una declaración que tiene como propósito explicar y caracterizar un fenómeno, agregando que la esencia de enfermería no es lo que es, sino lo que debe de ser.
4. Esta definición se enfoca en integrar las tres anteriores, por lo que define a la teoría como un grupo de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, designándoles relaciones específicas.

En la actualidad se declara que la teoría de enfermería “es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones, que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos

mediante el diseño de interrelaciones específicas entre los conceptos, con el fin de describir, explicar y predecir el fenómeno del cuidado” (Marriner-Tomey, 1989).

Todos los modelos conceptuales y las teorías de enfermería son generales, no se limitan a un grupo, situación o individuo en particular; se relacionan para explicar distintos fenómenos de interés para la disciplina como: Orem sobre el déficit de autocuidado; Roy, adaptación y estímulo; Henderson, necesidades básicas; Pender, conducta promotora de salud.

Los indicadores empíricos (instrumentos reales, condiciones y procedimientos experimentales) son necesarios para comprender y estudiar los conceptos teóricos, ya que éstos son utilizados para observar o medir los conceptos de una teoría y vinculan el mundo abstracto con el mundo concreto, siendo la única forma de conectar los aspectos teóricos con la práctica.

Es importante enfatizar en que cada teoría estudia un aspecto limitado de la realidad, de ahí la importancia y necesidad de generar cada vez más teorías que logren estudiar, abarcar y aportar explicaciones a todos los fenómenos relacionados con el cuidado de enfermería.

Lo anterior quiere decir que así como para una enfermera dedicada al cuidado de personas con alteraciones emocionales o de conducta le interesaría la aplicación del Modelo de Relaciones Interpersonales de Peplau, a una enfermera clínica le interesará tal vez aplicar el Modelo de Virginia Henderson, y para una enfermera comunitaria el Modelo de Autocuidado de Orem o bien el de Promoción a la Salud de Pender; sin embargo, es importante aclarar que una sola teoría no es suficiente para atender la totalidad y complejidad de la persona en cuanto a cuidado, de ahí que la mayoría de las veces se debe recurrir a utilizar varias de ellas para entender y ayudar a la persona a resolver sus necesidades de cuidado según su condición y contexto (R.L.Wesley ,1997).

#### **4.2 Aplicación y utilidad de la teoría**

Los modelos y teorías de enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la investigación, educación, administración y práctica clínica.

En relación a la educación, los modelos y teorías guían el proceso general para elaborar un plan de estudios, los programas y las actividades de enseñanza-aprendizaje.

En la administración, proveen una estructura sistemática para observar e interpretar las situaciones administrativas del cuidado de enfermería de manera muy particular.

En la práctica clínica, proveen guías generales para la práctica con un enfoque y organización basada en los conceptos propuestos por el modelo teórico conceptual y en el método de

trabajo de enfermería o Proceso Atención Enfermería (PAE). Es fundamental enmarcar, que los modelos y teorías de enfermería debe apoyan y fundamentan al método del cuidado de trabajo de enfermería o PAE.

En relación a la investigación, las teorías y modelos de enfermería facilitan la organización del conocimiento y guían al investigador con respecto al problema a estudiar, metodología, instrumentos, procedimientos, diseño, plan de análisis y todo el proceso de investigación. Al guiar el proceso de investigación bajo el enfoque de una teoría o modelo conceptual se podrá garantizar el obtener resultados con posibilidades de ser generalizados no sólo a los sujetos de estudio, sino a otros sujetos con características similares, debido a que estos enfoques fueron creados a partir de observaciones repetidas. La investigación a su vez evalúa a la teoría, ya que se pueden desechar o realizar modificaciones con base a los resultados obtenidos.

#### 4.2.1 Características de las teorías de enfermería

Las teorías de enfermería deben ser lógicas, relativamente simples y generalizables, estar compuestas por conceptos y proposiciones, relacionar conceptos entre sí, proporcionar bases de hipótesis verificables, ser consistentes con otras teorías, leyes y principios válidos, describir un fenómeno particular, explicar las relaciones entre los fenómenos, predecir o provocar un fenómeno deseado, ser útiles para orientar y mejorar la práctica profesional.

#### Niveles de desarrollo de las teorías

- a) Metateoría: se centra en aspectos generales, incluyendo el análisis del propósito, el tipo, la propuesta y la crítica de fuentes y métodos para el desarrollo de la teoría.
- b) Los metaparadigmas: son de contenido abstracto y de ámbito general; intentan explicar una visión global útil para la comprensión de los conceptos y principios clave (p. ej., la Teoría General de Enfermería de Orem o el Modelo de la Adaptación de Roy).
- c) Las teorías de medio rango: tienen como objetivos fenómenos o conceptos específicos, tales como el dolor y el estrés; son de ámbito limitado, pero lo suficientemente generales como para estimular la investigación.
- d) Las teorías empíricas: se dirigen al objetivo deseado y las acciones específicas necesarias para su realización, son definidas brevemente.

#### 4.2.2 Relación entre la teoría y práctica de la enfermería

La teoría es o debe ser inherente a la práctica, ya que esta apoya y fundamenta al proceso de enfermería, debido a que ayuda a la enfermera a ubicar y organizar los datos en la etapa de valoración y diagnóstico de enfermería, apoyando también a una interpretación y análisis comprensivo, delimitado y propio de los mismos. Establece también las condiciones necesarias para la toma de decisiones sobre las intervenciones de cuidado de enfermería, posibilitando así

la predicción de los resultados de cuidado esperado a la persona.

Clasificación de las teorías

#### **A) Según el enfoque – Afaf Meleis (1985)**

- ✓ Teoría de necesidades: se enfoca en lo que las enfermeras hacen. Sus principales exponentes son Dorotea Orem, Abdellah y col.; y Virginia Henderson.
- ✓ Teoría de interacción: se dirige a ver cómo la enfermera realiza o conduce el cuidado. Sus principales exponentes son Imogene King, Paterson y Zedral.
- ✓ Teoría de resultados: se centra en los resultados del cuidado y en la naturaleza del receptor del cuidado. Sus principales exponentes son Doroty Jonson, Levine, Martha Rogers, Sor Calixto Roy.

#### **B) Según la Visión del ser – Jacqueline Fawcett (1995)**

- ✓ *Organicista*: aquellas teorías que buscan la persistencia y son representadas por un enfoque centrado en sistemas.
- ✓ *Mecanicista*: teorías que están ubicadas en la búsqueda de cambio, dinamismo y totalidad, representadas por el enfoque de interacción.

#### **C) Según su complejidad y nivel de abstracción–Marriner Tomey (2003)**

- ✓ *Filosofías*: son amplias y abstractas, difíciles de ser demostrables y generalizables en la práctica, pues especifican las definiciones de los conceptos del metaparadigma en todos los modelos conceptuales de la enfermería. Como ejemplo de ellas tenemos a la teoría de Nightingale, Wiedenbach, Henderson, Abdellah, Hall, Watson y Benner.
- ✓ *Grandes teorías*: son casi tan amplias como los modelos y las filosofías de enfermería de la cual se derivan; sin embargo, estas teorías proponen algo que es verdad o demostrable, como la teoría de Adaptación de Roy, la cual ve a la persona como un sistema de adaptación, otro ejemplo es la desarrollada por King sobre consecución de objetivos.
- ✓ *Teorías de nivel medio*: estas se centran en un tema más concreto, ubicando principalmente la atención en aspectos como son el estado de salud, el grupo o edad de la persona sujeta a cuidado, el ámbito en el cual se desenvuelve la práctica y las intervenciones de enfermería. Ejemplos de estas teorías son las desarrolladas por Peplau, Orland, Travelbee, Leininger, Pender, Parse, Adam, Newman, entre otras.

## 5 Instituciones que contribuyen al mantenimiento de la salud

Como parte de los recursos de la comunidad donde se atienden las personas o familias en el curso de una enfermedad, y de acuerdo con la magnitud y el tipo de la problemática que presente, éstas recurren a las instituciones del sector salud denominadas clínica familiar, centros de salud, clínica ambulatoria u hospitales. Estas instituciones deben de contar con instalaciones, equipo humano y material, proporcionar un ambiente terapéutico seguro y cómodo para la atención a las necesidades de los pacientes.

### 5.1 Atención Primaria de Salud (APS)

Los sistemas sanitarios y la práctica de la medicina han tenido tradicionalmente casi como único objetivo, aún lo tienen hoy, la enfermedad, y han dirigido sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para el abordaje de las patologías establecidas, prestando poca o nula atención a su prevención y a la conservación y promoción de la salud, tanto desde la perspectiva individual como colectiva.

Los sistemas sanitarios deberían girar la brújula de sus objetivos fundamentales. Todos, profesionales sanitarios, planificadores, políticos y ciudadanos, somos conscientes de que el sistema sanitario no debe dedicarse en exclusiva a garantizar el derecho del enfermo a ser correctamente diagnosticado y tratado, sino que también debe preocuparse de que no enferme, de que se mantenga sano, a través de acciones de promoción de la salud y preventivas enfocadas primordialmente bajo una perspectiva comunitaria y de cambio de hábitos, condiciones y estilos de vida no saludables.

El derecho a una atención de salud óptima es uno de los derechos fundamentales de la persona, y para su consecución necesita la colaboración y coordinación de distintos sectores técnicos y sociales.

Si es necesario cambiar en profundidad el sistema sanitario, también lo es transformar sus profesionales. La figura del médico de cabecera, tan antigua como la propia medicina, ha de ser potenciada en muchos de sus contenidos y modificada radicalmente en otros para lograr su plena incorporación a los nuevos elementos conceptuales, organizativos y funcionales de un moderno sistema sanitario.

El sistema de salud, en su perspectiva de organización prestadora de servicios, ha de estar orientado en su concepción, organización y actividades de acuerdo con las expectativas y demandas tácitas y expresadas por la población.

### 5.1.1 Definición de Atención Primaria de Salud

La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata definió la APS como «la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación».

**Nota:** *La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los setenta. La conferencia fue organizada por la OMS/OPS y UNICEF, y patrocinado por la entonces URSS. La síntesis de sus intenciones se expresa en la Declaración de Almá-Atá, subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue «Salud para todos en el año 2000».*

La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

### 5.2 Centro de salud

El centro de salud (de Atención Primaria) es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de las actividades de la APS, de forma coordinada, integral, continuada, permanente y con base en el trabajo en equipo de los profesionales que actúan en el mismo. El centro de salud asume como institución la responsabilidad de la atención de una comunidad definida demográficamente y geográficamente, y en sus actividades han de estar contemplados tanto los aspectos asistenciales curativos como los de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

**Concepto:** El término «centro de salud» o «centro de atención primaria» se refiere a la estructura física y funcional donde se ubican los profesionales de atención primaria. En él se atiende a la población en un primer nivel asistencial y se desarrollan las distintas actividades que constituyen la atención primaria de salud (APS).

#### 5.2.1 Contenidos de la Atención Primaria de Salud

Idealmente, la APS ha de estar dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser abordados a partir de actividades

coordinadas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, potenciando, al mismo tiempo, la autorresponsabilidad y la participación comunitaria.

**Cuadro 1, Actividades De La Atención Primaria De Salud**

- ☺ Educación sanitaria
- ☺ Provisión de alimentos
- ☺ Nutrición adecuada
- ☺ Salubridad del agua
- ☺ Saneamiento básico
- ☺ Cuidados materno-infantiles
- ☺ Inmunización
- ☺ Prevención y control de las enfermedades endémicas
- ☺ Tratamiento básico
- ☺ Abastecimiento de fármacos

La APS entendida como un nivel de asistencia implica su consideración como primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema de salud, con independencia de las restantes subdivisiones organizativas establecidas en él. Esta primera toma de contacto ha de ser mutuamente interactiva, en el sentido de que no se limite al acceso de la persona enferma a los cuidados proporcionados por el sistema, sino que también sea este el que promueva los contactos con los componentes sanos y enfermos de la comunidad y potencie el autocuidado y autorresponsabilización respecto a la propia salud, a través de actividades realizadas en las consultas, domicilios y otras instituciones propias de la comunidad.

**Elementos conceptuales de la Atención Primaria de Salud**

En los párrafos siguientes vamos a describir esquemáticamente los elementos principales que caracterizan a la APS:

- ✓ **Integral.** Considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial. Las esferas biológica, psicológica y social no son independientes o tangenciales, sino que se interseccionan en las personas y sus necesidades y problemas de salud.
- ✓ **Integrada.** Interrelaciona los elementos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y reinserción social, que han de formar parte de las actuaciones desarrolladas. Se integra funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario. Continuada y permanente. Longitudinalmente a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo...) y en cualquier circunstancia (consulta en el centro de salud, urgencias, seguimiento hospitalario).

- ✓ **Activa.** Los profesionales de los equipos no pueden actuar como meros receptores pasivos de las demandas; han de trabajar activamente en los distintos aspectos de la atención, resolviendo las necesidades de salud, aunque estas no se expresen.
- ✓ **Accesible.** Los ciudadanos no deben tener dificultades importantes para poder tomar contacto y utilizar los recursos sanitarios. La accesibilidad no debe entenderse exclusivamente con un criterio geográfico, ya que este muchas veces tiene menor relevancia que los económicos, los burocráticos (situación legal) o los claramente discriminativos (p. ej., raciales). La financiación del sistema de salud y su carácter público, privado o mixto pueden influir de forma decisiva en la accesibilidad al sistema de las capas sociales más desfavorecidas. Los criterios de justicia social y equidad que deben presidir la atención de salud son de difícil cumplimiento en los sistemas sanitarios basados exclusiva o principalmente en el pago directo total o parcial (copago) de los actos médicos y las prescripciones diagnósticas o terapéuticas por los usuarios y, por el contrario, se alcanzan con mayor facilidad en los servicios nacionales de salud financiados mediante la recaudación impositiva general.
- ✓ **Basada en el trabajo en equipo.** Equipos de salud o de Atención Primaria integrados por profesionales sanitarios y no sanitarios.
- ✓ **Comunitaria y participativa.** Proporciona atención de los problemas de salud tanto desde la perspectiva individual como colectiva mediante la utilización de las técnicas propias de la salud pública y comunitaria. La APS está basada en la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en práctica de las actuaciones.
- ✓ **Programada y evaluable.** Con actuaciones basadas en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos.
- ✓ **Docente e investigadora.** Desarrolla actividades de docencia pre- y posgraduada, así como de formación continuada de los profesionales del sistema y de investigación básica y aplicada en las materias propias de su ámbito.

### 5.2.2 Atención primaria centrada en las personas

La prestación de servicios sanitarios de Atención Primaria implica en la gran mayoría de las ocasiones una interacción personal entre el profesional y la persona atendida o que consulta. La Atención Primaria centrada en la persona tiene uno de sus pilares esenciales en la garantía de la longitudinalidad (elemento conceptual de la APS), así como en la realización de una asistencia basada en la ubicación cultural, histórica y ecocomunitaria de la persona y desarrollada con un enfoque holístico, biopsicosocial (Engel, 1977).

La APS centrada en la persona permite adaptar a sus valores, necesidades y expectativas, así como a los de su entorno, las actuaciones sanitarias generadas a partir de un diálogo basado

en la confianza mutua y en el respeto y afecto. En la tabla 3, traducida de Barbara Starfield, se sistematizan de forma clara las diferencias entre la APS centrada en el paciente y en la persona.

Table 3, Diferencias entre la atención centrada en el paciente y la enfocada a la persona	
Centrada en el paciente	Enfocada a la persona
Habitualmente referida a las visitas	Referida a una interacción continua, longitudinal
Orientada a la atención de episodios	Considera los episodios como parte del curso de la vida y su interacción con la salud
Habitualmente centrada en el abordaje de enfermedades	Visualiza las enfermedades como fenómenos interrelacionados
Visualiza la comorbilidad como un número de enfermedades crónicas	Frecuentemente considera la morbilidad como una combinación de tipos de enfermedades (multimorbilidad)
Generalmente visualiza de forma independiente los sistemas corporales	Visualiza los sistemas corporales de forma interrelacionada
Utiliza sistemas de codificación que reflejan la visión profesional de los problemas	Usa sistemas de codificación que incorporan también especificaciones sobre la visión y preocupaciones de las personas
Su preocupación esencial se centra en la evolución de las enfermedades de los pacientes	Se preocupa tanto de la evolución de las enfermedades como de las experiencias de las personas en relación con los problemas de salud
<i>Traducido de Starfield B. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? The Permanente Journal 2011;15(2):10-8.</i>	

Las **actividades del centro de salud** en los terrenos de la **promoción y prevención** tienen características distintas en razón de cuál sea la naturaleza del problema, su extensión o amplitud y el ámbito geográfico (rural o urbano) que se considere. En muchos casos es imprescindible la existencia de una amplia y constante colaboración institucional entre los distintos niveles del sistema sanitario, y con otros sectores ajenos a este para analizar y solucionar el problema (saneamiento del agua y de los alimentos, salud laboral, etc.). En estos y otros supuestos, el centro de salud puede desempeñar un papel de coordinación intersectorial u otros más activos, según las características concretas del sistema sanitario en sus niveles estatal, regional y local.

Las funciones y **actividades asistenciales curativas y de rehabilitación y reinserción social** han de estar fundamentadas en actuaciones programadas y protocolizadas que impliquen la colaboración constante de los distintos individuos que componen los equipos de Atención Primaria y sus servicios de apoyo. Han de desarrollarse tanto en las consultas como en los domicilios de los enfermos, y abarcar también la asistencia urgente y continuada. Respecto a esta última, debemos insistir en la necesidad de que, siempre que sea posible, la asuman los mismos profesionales que llevan a cabo las restantes actividades asistenciales, ya que de esta forma será más factible potenciar una deseable continuidad de los cuidados, característica esencial de la APS.

La programación asistencial ha de responder a las necesidades y demandas concretas de la población atendida, y esta respuesta no ha de ser pasiva, sino que, por el contrario, ha de implicar la búsqueda activa de los problemas de salud bajo una perspectiva multidisciplinaria que integre los aspectos biológicos con los psicológicos y sociales.

Imbricadas en todas las funciones y actividades descritas previamente, las de educación para la salud han de estar dirigidas de forma principal a potenciar la autorresponsabilización de las personas y de la comunidad en el cuidado de la propia salud y no a la mera transmisión de conocimientos e información sobre las características de las enfermedades. Aunque todas las actuaciones desarrolladas en el centro de salud han de tener una vertiente educativa, es sobre todo en las asistenciales donde se establece un contacto personal y de confianza entre el profesional sanitario y el paciente para tratar de un problema concreto, y son más amplias las posibilidades de intervención positiva y eficaz en este terreno.

El centro de salud es el ámbito institucional desde el que debe promoverse la participación comunitaria en las tareas del sistema sanitario, para lo cual es preciso potenciar todas las actividades dirigidas a este objetivo esencial, sin el que no es posible alcanzar el desarrollo pleno de una estrategia de APS.

### **5.2.3 La enfermería en la atención primaria a la salud**

La enfermería en APS es un sistema en el que un profesional de enfermería es responsable de toda la asistencia de un determinado número de personas, pacientes, familias o comunidades. Es un método de prestación de una atención integral, individualizada y constante. Valora y prioriza las necesidades de cada persona, paciente, familia o comunidad, identifica los diagnósticos de enfermería, elabora un plan de atención y evalúa la eficacia de la asistencia. Además combina todos los aspectos del rol profesional, como la educación sanitaria, el asesoramiento legal, la toma de decisiones y la continuidad de la asistencia, es la gestora primordial de la asistencia del paciente, incluyendo todas las responsabilidades (Kozier, 2005).

### 5.3 Atención domiciliaria

**Concepto y características** La atención domiciliaria es una modalidad asistencial dirigida a aquellas personas que, bien por su situación de salud, bien por problemas sociosanitarios, requieren cuidados de carácter temporal o permanente en su domicilio. Su definición presenta ciertas singularidades, ya que ésta no se realiza, como es habitual en medicina, en función de una enfermedad sino que depende de una circunstancia biopsicosocial: el enfermo no puede salir de su domicilio, lo que conduce a los profesionales sanitarios a desempeñar sus tareas en un ámbito extrainstitucional <<el domicilio del paciente>> y a priorizar el papel de otros interlocutores y proveedores de cuidados del paciente <<la familia>>

La atención domiciliaria es una modalidad asistencial destinada a las personas que requieren cuidados de carácter temporal o permanente en su domicilio, debido a su precaria situación de salud o a problemas sociosanitarios.

La atención domiciliaria, en función de quién inicia la demanda, tiene una doble vertiente. Puede constituir un servicio a demanda del paciente o de su familia, por problemas agudos de salud o por la complicación o reagudización de un problema crónico, que impide al usuario acudir al centro de salud. En estos casos suele requerir una atención sanitaria puntual y prioritariamente médica. En otras ocasiones, la atención domiciliaria constituye un servicio planificado, concertado con el usuario, que surge por iniciativa de los profesionales del equipo de atención primaria (EAP) y que responde a necesidades sociosanitarias o de cuidados (bien por alta hospitalaria, o por tener el paciente problemas de inmovilidad, o por padecer procesos crónicos), atención que realiza prioritariamente la enfermera de atención primaria con el concurso de otros miembros del equipo.

Por otra parte, la visita domiciliaria tiene un importante valor adicional, ya que nos permite conocer directamente el medio en el que viven las personas y su grupo familiar, valorar su capacidad de autonomía y nivel de dependencia, y apoyo en el ámbito del cuidado.

La atención domiciliaria presenta una serie de características definitorias que se resumen en la tabla 4.

<b>Tabla 4</b>	<b>Características que definen la atención domiciliaria</b>
	Atención longitudinal y continuada
	Se realiza en el domicilio del individuo
	Se realiza bajo una concepción de atención biopsicosocial
	El núcleo de la atención es la persona enferma y la familia cuidadora
	Los recursos necesarios para la atención a los problemas son realizables en el domicilio
	<i>De Ferrer C, 2006</i>

## 5.4 Hospital

El hospital es una institución en la que se realizan diversas funciones encaminadas a resolver los problemas de salud del individuo, familia y comunidad. Por lo general, como el hospital es el lugar donde la mayor parte de las enfermeras trabaja, se piensa que es un tema ya dominado; sin embargo, se considera importante conocer algunos aspectos.

Desde el punto de vista etimológico, la palabra hospital proviene del latín *hospitum*, que quiere decir “lugar donde se hospedan los viajeros”. Algunos antecedentes históricos relativos al origen de los hospitales se remontan hasta la antigua Grecia, donde se tiene noticia de que los templos dedicados a Esculapio, –Dios de la medicina– albergaban a viajeros que acudían a él en busca del alivio de sus males; éstos eran recibidos por los sacerdotes, quienes les proporcionaban cuidados de tipo físico y psicológico. Resulta interesante conocer que en estos templos estaba prohibido nacer o morir.

Al finalizar la época antigua, surgen alrededor de los campos de batalla de los conquistadores romanos, unos lugares en los que se atendía a los heridos; por su organización eran similares a unos establecimientos a los que se les llamó *valetudinarias* y que estaban destinados a la atención de civiles. Fue en los inicios de la era cristiana cuando surgieron los primeros hospitales propiamente dichos en algunas casas, donde se hospedaban a los heridos y viajeros, a los cuales fueron agregando cuartos para aumentar sus posibilidades de albergue.

Fabiola, matrona romana, fundó el primer hospital general en Roma. Siguiendo su ejemplo, varias mujeres romanas, movidas por el espíritu cristiano, se dedicaron a la atención de enfermos y fundaron varios hospitales, a los que se les conoció como *xenodoquios*. Poco a poco, ante las necesidades existentes, en diversos sitios de Europa fueron abriendo sus puertas más instituciones dedicadas a la atención de la salud, en su mayor parte atendidas por congregaciones religiosas.

A la fecha, existen todavía hospitales de origen medieval, como el Hotel Dieu de París, el de Santo Espíritu de Roma, y el de Santo Tomás en Inglaterra; en este último se funda, en el siglo XIX, la primera escuela de enfermería profesional a iniciativa de Florencia Nightingale. Estos hospitales eran grandes construcciones frías, lóbregas, húmedas, con grandes salas en las cuales se albergaba un gran número de enfermos, en tanto que en el oriente existieron hospitales diferentes, ya que eran amplios, bien ventilados, rodeados de jardines y en ocasiones el medio de la salas pasaban arroyos con agua perfumada.

En América, Hernán Cortés fundó el primer hospital de América al que llamó Hospital de la Limpia y Pura Concepción, que actualmente lleva el nombre Hospital de Jesús; éste se ubica

en el centro de la Ciudad de México. Poco después surge por iniciativa de Fray Bernardino Álvarez, el Hospital de San Hipólito dedicado a la atención de los enfermos mentales. Conforme la medicina avanza y las necesidades de salud van surgiendo, los hospitales han ido evolucionando paralelamente. Antiguamente, la idea de ir a un hospital sólo se concebía si era con el fin de curarse; ahora no sólo se realizan actividades en este sentido, sino también se abarcan aspectos relacionados con la prevención y rehabilitación, desarrollando al mismo tiempo funciones docentes, administrativas, técnicas y de investigación.

En la actualidad, los servicios hospitalarios ofrecen atención médica en tres niveles, considerando las áreas básicas y los servicios de apoyo de diagnóstico y tratamiento. Todo hospital debe considerar una planeación médica arquitectónica tendiente a la funcionalidad a través de un área administrativa dependiente de una junta de gobierno apoyada y asesorada en diferentes aspectos y relacionada con instituciones de salud; y un área técnico-científica con servicios de asistencia, educación médica e investigación en las áreas básicas y apoyados con servicios clínicos.

Algunas características del hospital se relacionan con la articulación de políticas generales y locales, enmarcadas por estrategias de calidad total y con acción permanente de investigación, evaluación de procesos y retroalimentación. Su organización de basarse en la visión o deber ser, en la misión o formulación de un propósito duradero que fije políticas, y en objetivos generales y específicos basados en la demanda demográfica y en condiciones de salud de la comunidad.

Los hospitales se clasifican conforme al número de camas, localización geográfica, promedio de estancia de los pacientes, comunidad a la que sirven, especialidad, etc., todos factores de utilidad para identificarlos, así como para orientar a la comunidad sobre el particular. En México la clasificación más aceptada es de acuerdo con:

**Tabla 5** **Clasificación de hospitales**

<i>Número de camas</i>	Pequeños: hasta 50 camas Medianos: de 51 a 250 camas Grandes: más de 250 camas
<i>Localización geográfica</i>	Urbanos Rurales
<i>Tipo de atención</i>	2do. nivel o general 3er. nivel o de especialidad Instituto o de investigación
<i>Promedio de estancia</i>	Corta: menos de 15 días de los pacientes

	Prolongada: más de 15 días
<i>Clase de propiedad</i>	Gubernamentales No gubernamentales
<i>Condición socioeconómica de los pacientes</i>	Abiertos o de asistencia pública Cerrados o de asistencia privada
<i>Especialidad médica</i>	Generales Especializados
<i>Tipo de construcción</i>	Horizontales Verticales Mixtos
<i>Temporalidad</i>	Definitivos Temporales

Su **objetivo** es otorgar el más alto nivel de atención a la salud a quien requiera de sus servicios mediante la integración de recursos y un equipo interdisciplinario que participe en la prevención, curación, rehabilitación, docencia e investigación.

Prevención: aunque su función principal continúa siendo el restablecimiento de la salud, todo hospital debe realizar actividades preventivas con la misma amplitud que las curativas, lo cual está en relación con sus políticas, recursos económicos, materiales y humanos. Esta función la ejerce intramuros y extramuros (extensión domiciliaria con pacientes que tiene padecimientos crónico-degenerativos). Algunas medidas intramuros, como exámenes comunes de laboratorio, reacciones serológicas, exámenes radiográficos, etc., tienen a detectar la posible existencia de enfermedades no diagnosticadas en los pacientes que asisten al hospital por presentar otros padecimientos. Las actividades extramuros son las relativas a localización y control de pacientes con enfermedades transmisibles, saneamiento ambiental, administración de inmunizaciones y cada vez se extienden más los cuidados en el hogar a pacientes geriátricos.

- **Curación:** la función más importante y antigua del hospital es restaurar la salud. La curación es la razón principal de la existencia de los hospitales (Imagén 1) y la que más estiman y piden las comunidades donde se encuentra la institución. Para que la terapéutica sea total, debe considerar aspectos médicos, psicológicos, económicos y sociales del paciente. La práctica incluye actividades de diagnósticos, de tratamiento médico o quirúrgico y de atención en casos de urgencia.
- **Rehabilitación:** todos los hospitales, independientemente de su tamaño, localización o especialización, deben efectuar labores de rehabilitación con base en los recursos de la institución para ayudar a restablecer la salud tanto física como mental y social al individuo

para reintegrarlo en un mínimo de tiempo posible, como elemento útil a sí mismo y a la comunidad a la que pertenece.

- **Docencia:** el hospital ha sido considerando desde tiempos inmemorables como centro de enseñanza formal o informal para su personal, estudiantes, pacientes y público en general. Las actividades docentes deben ser orientadas a las disciplinas del área de la salud, entre las que se encuentran enfermería, medicina, trabajo social, dietética y otras.
- **Investigación:** de acuerdo con las posibilidades de la institución, puede ser médica, técnica o administrativa. Algunos aspectos que incluye son los relativos a las necesidades e intereses de la comunidad en los servicios médicos, en los aspectos físicos, psicológicos y sociales, en salud y enfermedad, y de los métodos administrativos del hospital.



Imagen 1, Hospital de a) segundo nivel y b) tercer nivel

Todo hospital debe contar con una organización interna para lograr la máxima eficiencia de los objetivos y planes señalados, pues es aquí donde se fijan obligaciones a individuos o grupos de personas, y donde se señalan las relaciones de autoridad para llegar a una meta específica. Aun cuando los elementos concernientes a la organización se tratan con la profundidad requerida en administración, es pertinente señalar que la expresión gráfica de la organización es la carta de organización u organigrama en la que se manifiestan los niveles jerárquicos y canales de comunicación.

El hospital debe ser organizado de tal manera que sus diferentes áreas de trabajo funcionen como una unidad en beneficio colectivo; por esto, cada entidad que realiza labores especiales con características propias diferentes a las realizadas por otras, constituye un departamento o servicio.

**Table 6** Departamentos del hospital

<i>Departamentos médicos</i>	Cirugía Ginecoobstetricia Pediatria Medicina interna
<i>Departamentos paramédicos</i>	Enfermería Admisión médica Dietología Farmacia Trabajo social Archivo clínico Fotografía Dibujo clínico
<i>Departamentos auxiliares</i>	Rayos X de diagnóstico Electrocardiografía Anatomía patológica Laboratorio de análisis clínicos
<i>Departamentos auxiliares de tratamiento</i>	Banco de sangre Radioisótopos Anestesiología Quirófano
<i>Departamentos administrativos</i>	Admisión Oficina de personal Archivo general Relaciones públicas

	Almacén Inventario Contraloría
<i>Departamento de servicios generales</i>	Mantenimiento Intendencia Ropería Otros

### 5.5 Normas a seguir en la construcción y regulación de un hospital

**NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.**

La Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de garantizar a la población en general el cumplimiento del derecho a la protección de la salud que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Por esta razón, es necesario que emita y mantenga vigentes las disposiciones regulatorias que le permitan contar con un marco de referencia que haga posible homogeneizar criterios y homologar diversas y complejas características mínimas de organización, funcionamiento, infraestructura, recursos humanos y tecnológicos, así como mobiliario y equipo de los establecimientos de atención a la salud de la población en general.

En este contexto, los hospitales juegan un factor fundamental para que el Sistema Nacional de Salud pueda resolver la creciente demanda de servicios de atención médica, toda vez que, en estos establecimientos regularmente se atienden pacientes con padecimientos de mayor gravedad y complejidad, que requieren de atención cada vez más especializada con un enfoque integral.

De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar que las características de la infraestructura física, instalaciones, mobiliario y equipamiento con que cuentan los hospitales y consultorios para la atención médica especializada a los que se refiere esta norma, se constituyen en elementos básicos para que los prestadores de servicios para la atención médica de los sectores público, social y privado puedan ofrecer a los usuarios calidad, seguridad y eficiencia, ya que, a través del aseguramiento de estas acciones, la autoridad sanitaria puede garantizar el derecho a la protección de la salud.

No obstante que el uso de tecnologías de punta para la atención de los usuarios del Sistema Nacional de Salud depende de la disponibilidad de recursos financieros de las instituciones y

establecimientos para la atención médica hospitalaria y ambulatoria de los sectores público, social y privado, en la presente norma se establecen las características y criterios mínimos necesarios de infraestructura y equipamiento que garanticen a la población demandante, servicios homogéneos con calidad y seguridad.

### 1. Objetivo

Esta norma tiene por objeto establecer las características mínimas de infraestructura y equipamiento para los hospitales, así como para los consultorios de atención médica especializada.

### 2. Campo de aplicación

Esta norma es de observancia obligatoria para todos los establecimientos hospitalarios de los sectores público, social y privado, cualquiera que sea su denominación, que tengan como finalidad la atención de pacientes que se internen para su diagnóstico, tratamiento médico, quirúrgico o rehabilitación; así como para los consultorios de atención médica especializada de los sectores mencionados.

Otras Normas que regulan el funcionamiento de las instituciones del sector salud en México:

- ☺ NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.
- ☺ NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
- ☺ NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
- ☺ NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

## 6 Educación para la salud (EpS)

### 6.1 Introducción

La EpS está íntimamente ligada a la promoción de la salud, cuyo objetivo principal es conseguir que la población tenga la capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones sobre su propio estado de salud. Los profesionales de la salud deben ser capaces de responder a las necesidades de salud y a los requerimientos y demandas expresadas por los usuarios para favorecer el desarrollo de los estilos de vida saludables, el autocuidado y la responsabilidad de los individuos, y educar a las familias, a los cuidadores informales, a la comunidad y a otros profesionales.

La EpS tiene como objetivo la capacitación y empoderamiento de la ciudadanía para abordar los problemas de salud a los que se pueda enfrentar en su trayecto vital.

El enfoque promotor de la salud, en la práctica asistencial, es hoy más necesario que nunca:

- Por la naturaleza del proceso salud y enfermedad y sus factores determinantes (condiciones y estilos de vida, medio ambiente, biología y servicios sanitarios)
- Para ser más eficientes en el abordaje de los problemas, por el mayor protagonismo y responsabilidad que tiene la ciudadanía en los temas de la salud.

El desarrollo de este instrumento corresponde a los profesionales sanitarios y no sanitarios que componen el equipo de Atención Primaria (EAP), si bien es verdad que en la actualidad es el personal de enfermería el que mayor implementación de estas actividades lleva a cabo. A su vez, es una de las competencias esenciales de las especialidades de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria, y por ello forma parte del perfil de los profesionales de Atención Primaria (BOE, 2008).

La OMS definió en 1983 a la EpS como cualquier combinación de actividades informativas y educativas que llevan a una situación en la que la gente desee vivir sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantenerse en salud, y busque ayuda cuando la necesite.

La considera como «una estrategia fundamental para lograr las metas de salud». El propósito es contribuir a construir la capacidad de las personas para que participen activamente en definir sus necesidades y negociar e implantar sus propuestas para el logro de metas de salud. Como fin, el objetivo consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de su salud individual, la de su familia y la de su comunidad.

### 6.1.1 Concepto

Es la educación formal o informal orientada a las personas, un grupo o comunidades, con el propósito de obtener conocimientos en forma dinámica, cooperativa e interactiva, con base a sus necesidades y con el apoyo de técnicas de enseñanza individual o grupal, según sea el caso (Reyes Gómez, 2009)

Existen diferentes modelos conceptuales de la EpS, en función de los objetivos, el enfoque metodológico de las actividades y la ideología subyacente. (*Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria* (Faecap, 2010)) los clasifica en cuatro tipos:

- ⊗ **Modelo informativo:** informativo, prescriptivo, autoritario. Fundamentado en el modelo biomédico y en la educación tradicional. Se trata de un modelo preceptivo y autoritario, donde la relación profesional-usuario es asimétrica. Al considerar el comportamiento individual como factor etiológico de la enfermedad, actúa sobre él, sin considerar los factores socioculturales y ambientales. Prioriza la prevención.
- ⊗ **Modelo persuasivo-motivacional:** motivación, persuasión y conocimiento de los factores socioculturales. Basado en la necesidad de modificar los comportamientos individuales insanos y en la búsqueda de técnicas para motivar y elaborar mensajes persuasivos, como los refuerzos positivos, sin utilizar la coacción ni el miedo. Para ello, señala la importancia de conocer los aspectos socioculturales de la comunidad para utilizarlos como instrumentos para tal fin.
- ⊗ **Modelo radical:** participativo y crítico con las estructuras socioeconómicas y políticas. Se centra en disminuir las desigualdades socioeconómicas y culturales que influyen en la salud y en la enfermedad. Disminuye la responsabilidad individual de la propia salud. Señala la necesidad de una participación comunitaria para desarrollar una conciencia social, capaz de investigar todas las fuerzas sociopolíticas y económicas que configuran el medioambiente e influyen en el proceso de salud-enfermedad.
- ⊗ **Modelo orientado a la capacitación:** participativo, bidireccional formativo. Su objetivo es la capacitación y potenciación del medio para su desarrollo personal y de autosuficiencia en relación con su salud. Realiza una diferenciación entre informar y formar, fomentando la participación del usuario. Está en consonancia con el modelo de educación interactiva, donde el papel del educador es de ayuda y asesoramiento.

La EpS ha modificado su enfoque y metodología, debido a los cambios demográficos, epidemiológicos, económicos, sanitarios y medioambientales. Existe un nuevo escenario social en el que está inmerso el campo de la salud y el de la educación. Estas nuevas exigencias han hecho que sea necesaria una EpS que establezca una nueva cultura sanitaria de la comunicación e información, que afronte el desafío de las nuevas tecnologías (TIC), el desafío

ecológico y pedagógico, además del conocimiento de los avances en el desarrollo de otras disciplinas y nuevas teorías del aprendizaje.

La EpS evoluciona conociendo las señas de identidad de la multiculturalidad y adaptándose a los nuevos elementos de cambio de este siglo xxi. No puede ignorar las diferentes interpretaciones de la realidad, nuevos estilos de vida, nuevas creencias, valores y pautas de actuación. Su desarrollo es un indicador claro de calidad y bienestar. La EpS debe conseguir que la salud sea un valor efectivo y equitativo para toda la comunidad.

### 6.1.2 Objetivos y contenidos de la educación para la salud

- ⊗ Promover la reflexión y el análisis sobre los factores medioambientales, políticos, socioculturales, físicos y psíquicos que intervienen en los comportamientos de las personas.
- ⊗ Desarrollar o reforzar comportamientos saludables. Involucrar a las personas para hacer elecciones acertadas en sus estilos de vida.
- ⊗ Prevenir enfermedades y conductas de riesgo.
- ⊗ Proporcionar recursos y habilidades básicas para el autocuidado, la competencia personal y social, para resolver sus problemas de salud, generar comportamientos saludables y cambios sociales.
- ⊗ Introducir aspectos individuales, como la autoestima, para hacer un aprendizaje saludable o el trabajo con la comunidad.

El tipo de aprendizaje, según los objetivos deseados (adquisición o reafirmación de conocimientos, desarrollo de habilidades, modificación de actitudes o sentimientos, conocimientos de normatividad, entre otros.), requieren saber de:

- Técnicas de enseñanza individual.
- Modos de aprendizaje: lectura, visión, audición y manipulación.
- Estrategias de enseñanza: exposición, conferencia, demostración, estudio de casos clínicos, educación programada, juegos, otros.
- Medios educativos con objetivos reales acorde al tema o exposición, que sea con un lenguaje adecuado, comprensible y documentación legible y clara a un costo de acuerdo a los bolsillos de quien va a pagar (proyecciones audiovisuales, material impreso).

Estos elementos sobre educación para la salud, permiten discernir sobre el conocimiento de los procesos administrativos y de enseñanza-aprendizaje, del comportamiento y comunicación humana, pero sobre todo la actitud del profesional de enfermería que sirve como medio para lograr los objetivos educativos en cualquier ámbito o situación; pero principalmente, haciendo conciencia que educar es transformar, cambiar; y en salud es fundamental que se le muestre a la población que es posible ir más allá de pensar en un solo modelo para alcanzar el bienestar.

## 7 Bibliografía

- Audrey J. Berman, S. S. (2013). *Fundamentos De Enfermería Kozier y Erb: Conceptos, proceso y práctica, 9na. edición*. Madrid, España: Pearson Educación, S.A.
- Colectivo de autores. (2008). *Bases conceptuales de Enfermería*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (01 de 08 de 2013). *NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada*. Obtenido de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284306&fecha=08/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284306&fecha=08/01/2013)
- Martín Zurro, A., Cano Pérez, J., & Gené Badia, J. (2014). *Atención primaria : Principios, Organización Y Métodos En Medicina De Familia*. Barcelona, España: Elsevier España, S.L.
- Martínez y Martínez, R. (2017). *Salud y enfermedad del niño y del adolescente, 8a. edición*. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Reyes Gómez, E. (2009). *Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología*. México, D.F.: El Manual Moderno S.A de C.V.
- Sarría Santamera, A., & Villar Álvarez, F. (2014). *Promoción de la salud en la Comunidad*. Madrid, España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.