



**FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA**

**TESINA PRESENTADA PARA OBTENER  
EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**“RIESGO DE AFRONTAMIENTO INEFECTIVO POR DÉFICIT DE AUTOCUIDADO  
EN EL RECURSO HUMANO DE ENFERMERÍA, DE LOS ESTABLECIMIENTOS  
SANITARIOS NIVEL IV DE LA ZONA SANITARIA II,  
AGOSTO 2009. (LA PAMPA)”**

**María Elba SANTANDER**

**SANTA ROSA (LA PAMPA)**

**ARGENTINA**

**2011**

## **PREFACIO**

Esta Tesina es presentada como parte de los requisitos para optar al grado Académico de Licenciado en Enfermería, de la Universidad Nacional de La Pampa y no ha sido presentada previamente para la obtención de otro título en ésta Universidad, ni en otra institución académica. Se llevó a cabo en Establecimientos Asistenciales de la Zona Sanitaria II, dependiente de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud del Gobierno de La Pampa, durante el período 02 de Octubre de 2009 y el 2 de febrero de 2011, bajo la Dirección de la Licenciada CORNEJO Laura Ofelia.

Agradezco a mi familia, a mi amigo, a la Comisión Administradora Residencia de Ancianos de Intendente Alvear 2002-2007.-, por su apoyo incondicional.

Gracias a todo el Cuerpo Académico de la Universidad de La Pampa, y muy especialmente a la Licenciada Laura Ofelia CORNEJO, que me guió para la elaboración de ésta Tesina de quien quiero destacar no solo sus conocimientos académicos, si no, también su gran sentido humanitario. Y a la Licenciada María Angélica LUCERO Co-directora del presente trabajo y gran defensora de Enfermería.

10 de diciembre de 2010

María Elba SANTANDER

Zona Sanitaria II - Subsecretaría de Salud - Ministerio de Salud - Gobierno de La Pampa

“FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES”

“UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA”

## **RESUMEN**

La Enfermería se ocupa del cuidado del ser humano en su experiencia de salud. Es una disciplina que, el último siglo, ha definido crecientemente sus funciones dentro de las ciencias de la salud. Según una definición elaborada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Moscú, Rusia, la enfermería es *la ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual.*(26)

Las exigencias actuales exponen a los enfermeros a afrontar problemáticas laborales cada vez más complejas, que son percibidas como amenazantes y negativas; éstas junto a la carencia de estímulos positivos inducen al afrontamiento inefectivo para cumplir satisfactoriamente con actividades laborales y personales. Los resultados del presente trabajo apoyan esa probabilidad por déficit de autocuidado en enfermeros de Establecimientos Asistenciales de Zona Sanitaria II.

En una muestra de 42 enfermeros el 42,86 % tiene más de un empleo y el 69,07 % no realiza cursos de capacitación. En relación laboral el 78,57 % ha sufrido daños a la salud (accidentes, afecciones psicológicas u orgánicas). En cuanto a factores protectores para daños a la salud; sólo el 16,67% ha realizado más de un viaje de placer en los últimos cinco años. No realiza actividad física el 78,57 % y el 88,10 % no integra grupos sociales extra hospitalarios.

Aún con falta de redes de contención como grupo, el 16,67 % cree no necesitar apoyo psicolaboral, mientras que el 28,57 % lo requiere siempre.

**Palabras claves: Enfermería – Salud – Zona Sanitaria II – La Pampa**

### ABSTRACT

The Nursing is concerned with the human beings care in their health experience. It is a discipline that, during the last century, has defined increasingly their functions inside the health sciences. According a definition developed by the Moscow University's Nursing Collage, Russia, the nursing is the science or discipline that cares on the study of the real or potencial responses of the person, family or community both sane or ill in the biologic, psicologic, social and spiritual aspects. (26)

The current requirements expose the nurses to face the increasingly complex labor issues, that are perceived as threatening and negatives; these together with the shortage of positive stimulus lead to the ineffective coping to successfully complete work and personal activities. The results of the current work support that probability because of deficit of selfcare in 'Zona Sanitaria II' establishment nurses.

In a sample of 42 nurses, 42.86% have more than one job and the 69.07% does not do training courses. In employment the 78.57% has suffered health damage (accidents, psychological or organic disorders).

Regarding protective factors for health damage; only the 16.67% has made more than one pleasure trip in the last five years. The 78.57% does not do physical activitie and the 88.10% does not form part of out of hospital social groups.

Even without support as a group, the 16.67% does not believes need a psycho-laboral countenance, while the 28,57% does always requiere it.

**Keywords: Nursing – Health – Zona Sanitaria II – La Pampa**

## INDICE

<u>Temas</u>	<u>N° de página</u>
<b>CARATULA</b>	I
<b>PREFACIO</b>	II
<b>RESUMEN</b>	III
<b>ABSTRACT</b>	IV
<b>INDICE</b>	V
<b>DESARROLLO</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>MARCO TEÓRICO</b>	4
Enfoque conceptual actual de la enfermería	4
Evolución del concepto de salud	6
Peligros y caminos erróneos de la promoción de la salud	11
Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención	13
Relación de la conducta del hombre con su salud	18
Salud, enfermedad, estilos de vida y entorno del individuo	19
Conductas de salud y sus determinantes	21
De la teoría a la práctica: Situación de la promoción de los estilos de vida	32
El cambio hacia estilos de vida saludables	41
Modelos conceptuales de Enfermería: su evolución	43
Teorías sobre la Enfermería y sus exponentes históricos	44
Tendencias de la enfermería	60
Breve reseña histórica de la Enfermería en Argentina y en La Pampa	64
Enfermería: Una profesión en plena evolución	68
Necesidad de justipreciar la profesión	71
Enfermería y la Ética profesional	76
Comportamiento Organizacional	82
Relación Terapéutica de la Enfermería/Relación	87

Enfermero/Paciente/Familia	
Déficit de autocuidado y afrontamiento inefectivo: patologías psicosomáticas	95
Como afecta el estrés a los individuos	99
Enfermería: una de las profesiones más vulnerables al estrés laboral dentro del equipo de salud	104
Nivel de formación de la fuerza de trabajo de la enfermería	106
<b>OBJETO DEL TRABAJO</b>	111
Problema	111
Objetivos	111
Propósito	112
<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b>	113
Variables del estudio	113
Definición operativa de variables	115
<b>ANÁLISIS Y RESULTADOS</b>	116
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	131
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	134
<b>ANEXOS</b>	137
Anexo I: Sistema Sanitario de La Pampa	138
Anexo II: Instrumento de recolección de datos.	141

## INTRODUCCIÓN

El personal de enfermería es quien más tiempo pasa junto a los pacientes, en contacto permanente con el dolor y el sufrimiento, exponiéndose a estrés emocional en un ambiente que muchas veces no es favorable. Al respecto, las nuevas políticas de salud, van dirigidas hacia la promoción y prevención de la salud de los trabajadores, evitando en lo posible llegar a la enfermedad.

Por otra parte, durante los últimos años, se han elaborado y publicado muchos trabajos que tratan sobre el estrés y los daños que este ocasiona al individuo, desde un punto de vista holístico, en el entorno y vida de relación del sujeto.

Un análisis realizado en la Universidad de Colombia<sup>1</sup> por Guerrero (2003), concluye en que la discusión de las maneras en que las circunstancias externas al trabajo pueden afectar el estrés laboral se centra en tres tipos de conexión entre la vida de un trabajador en y fuera del trabajo. Primero, se mira el número y compatibilidad de exigencias y beneficios asociados con los roles en la familia y en el trabajo remunerado; segundo, el estado emocional y el bienestar psicológico de la persona, como un medio a través del cual las condiciones externas pueden influir y cambiar las experiencias en el trabajo, en un proceso al que Kirchmeyer, (Kirchmeyer, 1993) denomina “contaminación psicológica”.; y tercero, se considera que los valores, habilidades y actitudes pueden transmitirse de un área a otra.

En una investigación demonizada “Estrés laboral en profesionales de Enfermería: Estudio sobre evaluación cognoscitiva y afrontamiento”, llevada a cabo por María de los Ángeles Meza-Benavides<sup>2</sup> se concluyó que la sobrecarga de trabajo y el tiempo extraordinario constituyen las principales fuentes de estrés laboral en profesionales de Enfermería. Sin embargo, la incertidumbre por el trabajo y el temor de ser acusados por mala praxis, conforma una nueva escala de estresares.

Otro trabajo, realizado por Del Río Moro y otros<sup>3</sup>, el cual mereció el Primer premio a la mejor comunicación presentada en el XIV Congreso de Enfermería en Cardiología, trató

---

<sup>1</sup> Guerrero, Juan. Los roles no laborales y el estrés en el trabajo. Revista Colombiana de Psicología, 2003, No. 12, 73-84

<sup>2</sup> Meza Benavidez, Maria de los Angeles. (2002). Estrés laboral en profesionales de Enfermería: Estudio sobre evaluación cognoscitiva y afrontamiento Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Sección de Salud Mental y Psiquiatría, San José.

<sup>3</sup> Del Río Moro, O.; Perezagua García, MC; Vidal Gómez, B. El síndrome de Burnout en los enfermeros/as

del síndrome de Burnout en enfermeros y enfermeras, encontrándose en la población estudiada, cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.

También es relevante, un estudio realizado por Noriega y otros <sup>4</sup>, sobre las exigencias del trabajo y el sufrimiento mental, en el cual se analizan algunos elementos del proceso de trabajo y la interacción de exigencias laborales como determinantes de trastornos mentales, psicossomáticos y fatiga. En el estudio se encuentra que, las exigencias derivadas del trabajo y de la organización laboral muestran una estrecha relación con estos padecimientos.

Se considera que el presente trabajo puede ser un aporte a la promoción de la salud. Ya que trata sobre el recurso humano de enfermería, en un intento de conocer cuales son las redes que apoyan su Adaptación-Tolerancia al estrés para no llegar a lo que la taxonomía diagnóstica de enfermería de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) define como un Afrontamiento Inefectivo.

El motivo por el cual los enfermeros deben procurar mantenerse saludables y con lo que el Sistema debe contribuir, es una mejor calidad de atención de los usuarios.

Tarea esta, la del quehacer del enfermero, que lograra llevar a cabo satisfactoriamente si cuenta con reservas físicas, emocionales, y adecuadas redes de contención.

Cuando no se cuenta con ello se suele optar por el nihilismo, que no hace otra cosa mas que acelerar el desgaste.

Para hablar de promoción de la salud, es oportuno referirse primeramente a que se entiende por salud. Ya que cada persona tiene una percepción y vivencia personal de lo que es la salud, de acuerdo con lo que considera normal, su experiencia personal, su nivel cultural, religión forma de vida etc. y los conceptos que los grupos sociales en los que participa tienen de ella. Por lo tanto el concepto de salud es múltiple. Y ha ido evolucionando a través de la historia.

La autora del presente estudio, no pensando en la salud como un fin por si mismo, si no, pensando que el objeto y sujeto de cuidados del enfermero (usuario) merece una excelencia de cuidados, dignos, integrales y humanitarios, que solo pueden ser logrados, si el

---

del hospital Virgen de la salud de Toledo”

<sup>4</sup> Noriega, M; Laurell, C; Martínez, S; Méndez y Villegas, J Interacción de las exigencias de trabajo en la generación de sufrimiento mental División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México, D.F.



encargado de prestar esos servicios en forma directa se encuentra saludable.

Este estado no es fácil de lograr debido a que la profesión de enfermería exige de forma continua estar preparados técnica-científica y psicológicamente, para dar la respuesta adecuada en el momento preciso. Un estado de alerta en conocimientos científicos y técnicos, motivados por la necesidad de asumir de inmediato determinadas decisiones, informaciones complejas y diferentes, sin patrón de respuesta, porque cada paciente es un mundo con evolución diferente.

La labor con pacientes oncológicos y enfermedades complejas, incrementa considerablemente estos requisitos, pero en la tarea cotidiana se hacen evidentes las dificultades que surgen en el trato y manejo de los usuarios y sus familiares y el inevitable desgaste profesional.

Se impone entonces, la necesidad del desarrollo de habilidades sociales, y comunicativas que permitan hacer de manera más eficiente, las intervenciones con los demás, al tiempo que se favorecen todas las posibilidades para amortiguar la aparición de signos de estrés.

## **MARCO REFERENCIAL**

### **Enfoque conceptual actual de la enfermería:** (16)

Enfermería está inmersa en una etapa de cambios tanto en sus bases teóricas como en el replanteamiento de su práctica profesional, vive un momento de desafíos y oportunidades únicos, donde el desarrollo tecnológico ha invadido esta profesión pensando que es el único medio para alcanzar la salud.

Se debe rescatar la visión integral de salud y demostrar que enfermería tiene un rol único con conceptos fundamentales básicos y una practica profesional especifica.

El objeto de atención de enfermería es el cuidado y cuidar es un acto de vida que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservarla. Con la finalidad de permitir a las personas desarrollar su capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva o social que conlleva esta ultima.

El proceso de cuidar comienza por un acto de reflexión de las necesidades vitales y sus respuestas, por lo tanto es necesario apelar a conocimientos de todos los dominios que hablen del hombre y la infinita variedad de actividades humanas. Esto hace recurrir en primera instancia a la base fundamental de las ciencias: la filosofía.

La filosofía, aplicada en enfermería, guiando su actuar profesional, entiende los resultados intelectuales y afectivos que realizan los enfermeros y enfermeras para: 1) comprender las razones y relaciones de los seres humanos y el entorno, 2) enfocar la enfermería como disciplina científica y 3) elaborar un sistema de creencias sobre los seres humanos, entorno, salud y enfermería como proceso.

Enfermería ubicada en su quehacer de cuidar, no puede obviar que el entorno es su elemento básico imprescindible e indivisible para llevar a cabo su proceso de enfermería y evaluar su practica cuidadora; el termino entorno, considera a otras personas significativas, entorno físicos en donde se desarrolla la persona como el hogar, la escuela, los centros de trabajo, los sitios donde atiende su salud, hospitales, centros de salud y comunitarios, etc.

Si los enfermeras parten de estos elementos conceptuales que hacen la base del conocimiento enfermero, es mas fácil ubicarse en la naturaleza del quehacer profesional en sus diferentes escenarios y cuidar a la persona sana o enferma

La enfermería es una disciplina con base académica, es una profesión orientada a la comunidad, culturalmente sensitiva, esencial para la promoción de la salud y el bienestar en una sociedad dinámica y de pluralismo cultural. Su finalidad se puede expresar en los siguientes puntos:

- ➔ *Conservar la integridad personal del paciente y la solidaridad con su comunidad;*
- ➔ *Aliviar el sufrimiento y responder a la vulnerabilidad del paciente ante todos los aspectos de la dolencia*

De lo expuesto se desprenden algunas exigencias que permiten apreciar la responsabilidad de la enfermería ante las tendencias actuales y sus correspondientes desafíos. Primero, la enfermería conlleva la responsabilidad de insistir en la autonomía, para orientar la dirección del desarrollo teórico de su propia disciplina. Existe un elemento unificador, a modo de eje, de las destrezas clínicas y no clínicas que sean parte de la competencia fundamental del servicio de enfermería. Segundo, es conveniente evaluar el concepto del cuidado como base para una ética distintiva de la enfermería en su campo laboral. Tercero, es de suma urgencia diseñar un programa de educación articulado con la práctica cotidiana en un sistema de salud complejo y amplio.

La enfermería puede reafirmar la ética del cuidado que garantizando la integridad y la excelencia profesional que incluye la prudencia apropiada para lograr un consenso ante los conflictos posibles que las tendencias y los desafíos actuales generan en el orden social-demográfico, conceptual, laboral, tecnológico, económico y educativo.(16)

Los cambios en la prestación del cuidado ofrecen desafíos para enfermería:

- ✓ los cambios socio-demográficos, la mayor participación de los pacientes en las decisiones que atañen a la salud, el aumento en los años de esperanza de vida y la prevalencia de enfermedades crónicas en la población.
- ✓ la ampliación del concepto de salud integral y el énfasis en la prevención;
- ✓ la compleja tecnología, y en particular la informática, en todos los aspectos de la gestión profesional;
- ✓ la influencia de la economía en el control de costos,

### **Evolución del concepto de salud (15)**

Desde las comunidades primitivas donde el hombre tuvo que enfrentar la crudeza del medio y sus agresiones, donde predominaba un pensamiento mítico-mágico sobre la salud y la enfermedad. Pasando por concepciones negativas (ausencia de enfermedad) hasta llegar a definiciones positivas que tienen que ver con la posibilidad de realización personal y colectiva de las poblaciones.

Por lo tanto la conceptualización de salud es relativa y no acepta una definición rígida y precisa. Es relativa porque representa un equilibrio dinámico entre el hombre y su medio, en condiciones variables de orden genético, ambiental y de carácter multicausal.

El proceso salud-enfermedad humano, es por tanto, un proceso complejo que integra sistemas de procesos biológicos, psíquicos, y sociales y sus interacciones, que forman parte de la actividad humana, y que garantizan la estabilidad o inestabilidad, la existencia o muerte del hombre y su sistema de relaciones.

En la actualidad para determinar el estado de salud de un individuo, no solo se toman en cuenta los indicadores de enfermedad sino también, las energías de resistencias corporales y psíquicas, sus actitudes frente a la vida, sus capacidades de afrontamiento y sus recursos sociales. Estos últimos factores salugénicos están relacionados con lo que la promoción de la salud tiene como objetivo tratar de acrecentar.

“La idea de la promoción de la salud es inespecífica, la idea de la prevención de la enfermedad es específica, esto es según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). La prevención comienza con puntos definidos y se pregunta acerca de los posibles factores de riesgo. La promoción de la salud, comienza con las condiciones de vida de los seres humanos. En ella se trata de movilizar y construir energías de resistencias y factores de protección biológicas psíquicas y sociales, que permitan un pensar positivo y una medida óptima de sobrecarga y descarga corporal” (15).

La promoción de la salud es mucho más que la pura detención de la enfermedad. La salud no se agota en la ausencia de enfermedad; el tratamiento exclusivamente curativo de una enfermedad no produce todavía salud. Más aún: la salud, y la enfermedad pueden ser consideradas como dos dimensiones independientes, parcialmente una de otra. Así como el ser-estar saludable es mucho más que, no enfermo, así también un ser humano que sufre una enfermedad podrá mostrar también, partes saludables. No solo los indicadores de

enfermedad por si mismos, sino también energías de resistencias corporales y psíquicas del afectado, sus actitudes ante la vida, sus capacidades de afrontamiento y sus recursos sociales influyen el estado de salud actual. Por tanto, reforzar los factores salugénicos, es el propósito fundamental de la promoción de la salud, y no solo la identificación de aquellos factores patogénicos, que intentan apartar o detener la enfermedad.

Es interés de la promoción de la salud, cuidar tanto el comportamiento individual, como también las condiciones de vida y laborales en igual medida. Capacitar al ser humano individual para una vida más saludable, y al mismo tiempo configurar las condiciones de vida y trabajo correctamente para la salud, son las tareas que deben ser realizadas en conjunto.

Para determinar con exactitud, en que consiste la praxis de promoción de la salud, primero se debe hacer referencia a los distintos conceptos de salud, los cuales se han ido modificando a través del tiempo.

Existen varias concepciones para la definición de salud, la primera que se aborda es un concepto de salud que se refiere a un equilibrio inestable del ser humano, de su organismo biológico y de su cuerpo (entendido este como las representaciones del mismo), en relación con factores biológicos, medio ambientales, socioculturales y simbólicos, que permiten a cada ser humano además de crecer, potenciar sus posibilidades en función de sus propios intereses y de los de la sociedad en la cual se encuentra inmerso.

Cuando alguno de esos elementos se modifica todos los otros se alteran para buscar un nuevo equilibrio del ser humano. Dicho cambio puede ser transitorio, y como proceso se reinicia en forma intermitente ante hechos fortuitos o fugaces acaecidos en cualquiera de los factores antes mencionados. Las respuestas escogidas por el ser humano ante esos estímulos externos o internos son múltiples y variadas de acuerdo a sus propias capacidades.

La salud es pues, más que un estado, un proceso continuo de reestablecimiento del equilibrio, proceso que cuando alguno de los factores implicados cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en algún momento previo fue adecuada para restablecer el equilibrio; pero, al tornarse, inflexible lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida. Esta concepción implica que mantener ese equilibrio requiere de una serie de factores socioeconómicos, ambientales, biológicos, y asistenciales que se aúnen para sostener ese equilibrio, el cuál se traduce en la

capacidad de vivir como individuo, de producir, reproducir y recrear la cultura, entendida como la suma de producciones e instituciones que distancia la vida humana de la animal.

Otras escuelas de pensamiento, consideran la salud como un estado que se tiene o se pierde, y que su posesión implica el pleno uso de las capacidades físicas, mentales sociales y espirituales, para algunos autores, la salud es un bien de capital productivo y generador del crecimiento económico. Establecen que la salud y la educación son determinantes del capital humano, estos autores expresan una doble connotación, la de ser un bien de consumo y un bien de inversión.

Los desarrollos teóricos sobre crecimiento económico endógeno, han introducido al capital humano como una pieza clave, incluyendo a la salud como un insumo de capital para la producción económica de un país, ya que las personas, como agentes productivos, mejoran con la inversión en estos servicios y proporcionarán un rendimiento continuo en el futuro. Por tal motivo consideran que el consumo de productos intermedios en salud es una inversión en capital humano, cuyo principal fin es el desarrollo económico de los individuos y del conjunto social; esta óptica deja de lado respecto a la vida humana, la capacidad de re-producción y re-creación de instituciones indispensables en el mantenimiento de la cultura.

El individuo recobra el equilibrio de su organismo biológico y de su cuerpo, demandando servicios asistenciales, los cuales son bienes intermedios cuyo límite social esta en relación con las acciones de los reguladores y administradores del sector salud. En este proceso de prestación del servicio de salud, interviene por una parte el personal, equipos y elementos directamente involucrados en el acto médico y por otra, la infraestructura administrativa que crea y mantiene las condiciones que hacen posible la realización del acto.

La adecuada respuesta del sistema asistencial requiere de insumos humanos y tecnológicos tanto para el tratamiento de enfermedades, como para llevar a cabo las políticas de salubridad, lo que implica por supuesto una inversión alta en capital. Clásicamente la salud se ha definido en contraposición a la enfermedad. Así, salud es “el estado del ser orgánico que ejerce normalmente todas las funciones”, mientras enfermedad se refiere a la “alteración más o menos grave de la salud”.

En la antigüedad estar sano equivalía a poder desarrollar las actividades cotidianas. Alguien con capacidad para el trabajo y las relaciones familiares y sociales era considerada sana, aunque padeciese algunos de los procesos que hoy consideramos enfermedades. Se

trataba de una noción sumamente pragmática que hacia compatible la definición de sano con el sufrimiento de algunas molestias, siempre que éstas no afectaran decisivamente a la actividad ordinaria.

Con el advenimiento de la medicina científica se generaliza la visión fisiologista, dominada por criterios negativos al considerar que la salud es la ausencia de enfermedad. Se buscaban lesiones subyacentes como causa de enfermedad. El estado de salud se define negativamente como ausencia de una “entidad morbosa”, es decir, de una lesión orgánica o un trastorno funcional objetivable.

En la segunda mitad del pasado siglo comenzó a adoptarse una perspectiva de la salud que trascendía este binomio. En 1956, René Dubos expresó una concepción bidimensional de la salud, referida tanto al bienestar físico como mental: "Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado". También en la década de 1950 Herbert Dunn aportó una descripción de la salud de la que incluía tres grandes aspectos de la misma: orgánico o físico, psicológico y social. Esta incorporación de la dimensión social fue adquiriendo un progresivo énfasis en los años sucesivos.

El máximo exponente de esta perspectiva amplia de la concepción de la salud es la definición de la OMS recogida en su Carta Fundacional del 7 de abril de 1946 y concebida originalmente por Stampar (1945): "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Se trata de una definición que resultó sumamente innovadora, ya que abría las puertas a una concepción más subjetiva y menos “normativa” de entender la salud. Intenta incluir todos los aspectos relevantes en la vida, al incorporar tres aspectos básicos del desarrollo humano: físico, mental y social. Además, busca una expresión en términos positivos, partiendo de un planteamiento optimista y exigente.

Entre las críticas que ha sufrido esta definición, no es la menor la que considera que equipara la salud con alguna noción de felicidad, lo que la hace excesivamente utópica y poco realista. Tampoco facilita la medición de la salud de acuerdo con los parámetros que emplea. Su subjetividad hace que la definición de la OMS no ofrezca criterios de medición para cuantificar la salud. Ciertamente, esta definición tiene una reducida capacidad operativa, ya que, por ejemplo, todo aquel afectado – incluso aunque no sea personalmente

- por la tiranía, la injusticia, la desigualdad, o la marginación social, no puede ser incluido en la definición y debería ser etiquetado como insano.

Algunas voces críticas, como Milton Terris, han cuestionado este sentido absoluto de bienestar que incorpora la definición de la OMS y han propuesto la eliminación de la palabra “completo” de la misma. En la salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica. Una propuesta alternativa, respetuosa con los logros de esta definición, propugnaría un enunciado del tipo: funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”. Existen otras relecturas de la definición de salud, como la que la define como “El logro "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de del más alto nivel de bienestar físico, mental, social, y de capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad”.

Un examen de las distintas concepciones prevalentes de la salud no debería dejar de lado la definición propuesta en 1976 en el Xè Congrés de metges i biòlegs en lengua catalana: “La salud es una manera de vivir cada vez más autónoma, solidaria y gozosa”. Se puede entender “autónoma” como la capacidad de llevar adelante una vida con el mínimo de dependencias, así como un aumento de la responsabilidad de los individuos y la comunidad sobre su propia salud. La preocupación por los otros y por el entorno vendría recogida en el término “solidaria”, mientras “gozosa” recupera el ideal de una visión optimista de la vida, las relaciones humanas y la capacidad para disfrutar de sus posibilidades.(3)



### **Peligros y caminos erróneos de la promoción de la salud:**

Actualmente el tema de la necesidad y el sentido de la promoción de la salud adquieren importancia en la opinión pública. Puede emplearse de manera inadecuada, en la publicidad, en centros e instituciones, gimnasios, empresas, en las que solo se promocionan las habilidades y aptitudes físicas, o la salud como un fin en sí mismo, lo que puede convertirse en un despotismo inhumano.

El peligro de una aplicación inadecuada de la idea de la promoción de la salud se refiere a un concepto de salud estrecho e ideológicamente excesivo. Las tres variantes de una falsa ideología de la salud son:

*La imagen directriz de un ser humano joven-dinámico-exitoso*

**La salud como fetiche:** En una sociedad orientada a la capacidad de rendimiento-productividad, y al buen funcionamiento, la salud se transforma en el deber de promover el rendimiento del individuo. “El que no logra ésta salud es un frustrado”. La fórmula es salud = exitoso. La imagen directriz es la delgadez – dinamismo – estabilidad psíquica – juventud. Para ésta imagen unidireccional aparecen como peligros de la salud: la enfermedad, el sufrimiento, la discapacidad, el envejecimiento. Morir y la muerte (como partes inherentes a la vida humana), no están incluidos.

*El ser humano sano es “lo bueno” y la enfermedad se contrae como expresión de lo malo*

**La salud como norma ético-moral:** La salud deviene aquí en una obligación moral del individuo. El ser humano “sano” es, en sentido moral, el ser humano “bueno”. El individuo enfermo es considerado inferior, debido a una transformación de su vida por falta de disciplina o bien por sus desviaciones sexuales. En la Edad Media éste trato se tenía con los leprosos, en la actualidad persiste la idea en el trato con los enfermos de SIDA y con las personas droga-dependientes.

*La salud como desvío de crisis de sentido individuales*

**La salud como sustituto de sentido en una sociedad que deviene cada vez más compleja.** Vivimos en una sociedad en la que tienden a desaparecer los denominados “vínculos fuerte”, y donde han ganado significación los vínculos “débiles”, especialmente los vínculos del mundo del trabajo. La disolución de estructuras mediadoras de sentido,

producen crisis de “vacío existencial”, con lo que aumentó la necesidad de un sentido vital determinado. El ocuparse de la propia salud puede significar un modo de resolución de dicha crisis. Éste esfuerzo puede explicarse como una forma de afrontamiento de fuertes sentimientos de amenaza a la vida por la percepción de la finitud humana y por el aumento de la angustia de muerte. También puede aparecer como una expectativa de “santificación”. La salud no puede ser por si misma sentido de la vida, sino que, requiere por si misma de sentido. En la carta de Ottawa de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) sobre promoción de la salud expresa “...La salud se comprende como una parte esencial de la vida cotidiana y no como una meta vital prioritaria”.

Los peligros de una aplicación inadecuada de las ideas de la promoción de la salud son: La deshumanización del sufrir, la marginación social, y la proscripción de los seres humanos enfermos y discapacitados, y la expectativa ideológicamente exagerada de la santificación de la salud.

Quien está vinculado al campo de la promoción de la salud, no puede dejar de advertir éstos peligros, y debería cuidar que sus fundamentos originales no sean desacreditados. Como se dice en la carta de Ottawa, la promoción: “se dirige a posibilitar a todos los seres humanos una gran medida de auto-determinación sobre su salud, y con ello, capacitarlo para su reforzamiento”.

### **Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención**

Salud y enfermedad no son estados fijos, sino procesos continuados entre los cuales fluctúa el hombre toda la vida. Es una batalla que el hombre realiza para mantener un balance positivo contra las fuerzas biológicas, físicas, mentales y sociales que tienden a perturbar su salud. El éxito de esta batalla por mantener la salud depende de los mecanismos de defensa internos y externos, y de los procesos fisiológicos de reparación que es capaz el individuo.

Para comprender como surge la enfermedad es necesario entender las múltiples causas que influyen las relaciones, modificándolas, entre el agente, (productor de la enfermedad), el huésped, (considerado el hombre) y el medio ambiente. (No se puede admitir la existencia de una sola causa de la enfermedad. Por ejemplo, el Bacilo de Koch,) el agente, es causa de la tuberculosis, pero no la única.

Existen causas relacionadas con el huésped (el hombre) como su estado nutricional deficiente, el alcoholismo que permite que cuando el bacilo entre en contacto pueda desarrollar la enfermedad. También influyen las condiciones del medio ambiente donde se encuentra el individuo, malas condiciones de higiene, viviendas precarias, carencias de servicios sanitarios, etc.

Debe quedar claro, que cuando se defina las causas de una enfermedad, se deben abarcar todos los factores que hacen al agente, huésped medio ambiente, ya que interactúan para provocar a perpetuar el proceso. Esto constituye la Historia Natural de la Enfermedad.

La Historia Natural de la Enfermedad, define al proceso de alojamiento de la salud, comenzando con los factores que la inician (en el medio ambiente o donde fuera), a través de los cambios resultantes que tienen lugar en el hombre, y hasta que se alcance el equilibrio, o que se produzca la incapacidad o la muerte.

Una vez conocida algunas o todas las múltiples causas de una enfermedad, la prevención dependerá de las medidas apropiadas que se tomen para interceptar estas causas.

Con los conceptos de casualidad múltiple, de Historia Natural de la Enfermedad, refuerzo, incapacidad, muerte, Leavell y Clark, construyeron un esquema para la aplicación de las medidas preventivas, validas para todas las enfermedades. Así surge el esquema de los niveles de prevención

### **A.-Periodo Pre-patogénico:**

Es el primer periodo en la historia natural de la enfermedad donde el hombre esta sano o aparentemente sano, ya que no presenta signos o síntomas que puedan ser contestados mediante los recursos y técnicas con que cuenta la ciencia medica en la actualidad. Durante este periodo se aplican medidas de PREVENCIÓN PRIMARIA. Este nivel consiste en los actos destinados a preservar la salud de aquellos que están sanos o aparentemente sanos. Son acciones orientadas hacia el individuo o la comunidad y el ambiente biofísico buscando evitar la enfermedad.

Las medidas de **Prevención Primaria** se aplican a través de:

#### *1. Promoción o Fomento de la Salud*

Las acciones de promoción o fomento de la salud, se implementan cuando el hombre esta sano, a fin de fortalecer y reforzar su salud, para que desarrolle sus potencialidades y logre una vida feliz y plena.

Cuanto más sabe el hombre y la comunidad de salud, mas posibilidades tiene de mantenerla, protegerla o mejorarla, entonces, la finalidad de esta acción es informar y motivar a la población para que logre conductas sanitarias positivas, a través de la Educación Sanitaria.

#### *2. Protección específica*

Las causas de la enfermedad están aun antes de que alcancen al ser humano. Factores hereditarios (del huésped), factores del medio ambiente físico donde el hombre vive o trabaja, factores sociales y económicos, y distintos agentes productores de la enfermedad pueden estar interactuando con el hombre continuamente. Frente a estos diversos agentes etiológicos el organismo se defiende mediante mecanismos de defensa biológicos, psicológicos y sociales.

Por ejemplo, un niño de 4 años en buen estado de salud, que no recibió ninguna dosis de vacuna Sabin Oral entra en contacto con el virus de la poliomielitis. Ocurre en la intimidad de su organismo un proceso de lucha entre el agresor y las defensas orgánicas, pero en esta etapa no se pueden descubrir estos procesos porque se desarrollan en la intimidad de las células, los tejidos, no produciendo lesiones orgánicas, alteraciones fisiológicas ni perturbaciones de conducta que puedan ser apreciadas mediante los recursos técnicos con que cuenta la ciencia. Esta lucha no es

percibida y se considera una forma inaparente de la enfermedad.

Cuadro N° 1: Acciones de Prevención primaria

1	Acciones centradas sobre el individuo	Inmunización específica
		Higiene y medicina del trabajo
		Higiene o medicina del deporte
		Higiene y medicina escolar
		Protección el cáncer (detección de factores cancerígenos y lesiones pre-cancerosas)
2	Acciones concentradas sobre el ambiente biofísico	Provisión de agua potable
		Eliminación de excretas
		Desagües industriales
		Control de contaminación ambiental
		Control de insectos y roedores
		Control de ruidos molestos

### **B.-Período Patogénico:**

Es el periodo dentro del curso de la enfermedad, donde ya ha comenzado el proceso en el hombre y se manifiesta a través de signos y/o síntomas, pudiéndose utilizar métodos de diagnóstico para descubrirla tempranamente, realizar acciones para limitar el daño, cuando la enfermedad esta instalada, recuperar al enfermo, evitar complicaciones y la muerte, y rehabilitarlo de las secuelas o incapacidades.

Durante este periodo se pueden aplicar medidas de prevención secundaria y prevención terciaria.

#### **a)-Prevención Secundaria:**

##### *a-1) Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.*

Se aplica en la fase patogénica próxima o sea cuando el agente agresor (o noxa) continua actuando sobre el hombre y pueden aparecer malestares difusos o inespecíficos. Se trata de prevenir la difusión de la enfermedad, detectándola y tratándola oportunamente. Así se trata de curar o detener el proceso incipiente, y se previenen las complicaciones o secuelas. Se logra acortar el periodo de la enfermedad. Hay enfermedades difíciles de evitar, pero que pueden ser diagnosticadas y tratadas en su comienzo. Por ejemplo, el cáncer,

enfermedades mentales, enfermedades cardiovasculares, enfermedades bronco pulmonares y digestivas, etc.

El horizonte clínico de una enfermedad es aquel que cuando lo supera el proceso en si aparecen los signos y síntomas, que se pueden detectar y a partir de los cuales se puede comenzar a aplicar la prevención secundaria, por medio del diagnostico precoz y el tratamiento oportuno. Cuando el proceso no supera este horizonte solo existen cambios internos en el organismo pero sin ninguna manifestación exterior, difíciles de diagnosticar.

*a- 2) Limitación en la incapacidad*

Cuando la enfermedad continúa avanzando (debido a fallas en los niveles de prevención anteriores) y aparecen los signos y síntomas en forma evidente (enfermedad franca). Confirmado en diagnostico se debe realizar el tratamiento correspondiente para limitar el daño (recuperación de la salud). Se pueden aplicar a medidas curativas urgentes o no, de acuerdo a la situación clínica del hombre enfermo.

**b) Prevención Terciaria:**

El hombre de la enfermedad puede evolucionar de esta manera:

- .- Hacia la recuperación total (curación)
- .-Quedar con secuelas o incapacidades temporarias, crónicas o definitivas
- .-Morir

Por lo tanto, ya sea que el hombre se recupere, o en el peor de los casos, muera, el curso de la enfermedad llega a su fin. Pero cuando el individuo queda con secuelas o minusvalías, se implementan las acciones de rehabilitación o prevención terciaria.

La prevención terciaria trata de devolver al individuo afectado con el máximo de posibilidades para que pueda ocupar un lugar útil en la sociedad, previene la incapacidad completa cuando el proceso es irreversible. Trata de brindar facilidades a la comunidad para que pueda absorber al incapacitado, ya que toda incapacidad termina cuando se encuentra el trabajo adecuado para esa incapacidad.

Se debe recordar que la división de las acciones de prevención en tres niveles primario, secundario y terciario, se realiza con fines operativos, pero que en realidad no son compartimientos estancos, sino que se dan dinámicamente y a veces se efectúan simultáneamente acciones en el nivel primario, secundario y terciario.

En el próximo ejemplo: Prevención del cáncer de mama, se puede observar las medidas a tomar según los niveles de prevención.

#### Nivel primario de prevención

a) Medidas preventivas de fomento de la salud.

Se realiza a través de la información por medios de comunicación ( radio, TV, afiches dirigida en especial a la población femenina sana o presuntamente sana, son contenidos tales como:

- .-Importancia del control ginecológico de fomento de salud.
- .-Forma y frecuencia adecuada del auto examen de mamas.

b) Medidas preventivas de protección específica

Información a la población femenina de los signos y síntomas sospechosos de posible lesiones cancerígenas que deben alertar a la mujer para una consulta inmediata al médico (durezas en los pechos, secreción, cambios de color y tamaño de las mamas).

#### Nivel secundario de prevención

a) Medidas de diagnóstico y tratamiento oportuno

En la aplicación de medidas en las mujeres con trastornos en las mamas a fin de detectar e identificar las lesiones cancerígenas cuando las mismas son incipientes, aplicando el tratamiento en forma precoz a fin de tener éxito rotundo en el tratamiento. (Por ejemplo exámenes diagnósticos tales como punción biopsia, mamografía).

b) Limitación del daño

Cuando la enfermedad se encuentra en un proceso franco, se aplicaran medidas de tratamientos quirúrgicos (tales como extirpación de tumores de mama) aplicación de droga cobaltoterapia, tratamiento hormonal según la evolución de la enfermedad.

#### Nivel terciario de prevención

La rehabilitación a aplicar en el caso de que se le haya realizado a la paciente una mastectomía radical debe comprender tanto la rehabilitación del área física como psíquica y social. Así, tendrá que realizar ejercicios dirigidos específicos para recuperar y reforzar los músculos afectados por la cirugía.

La pérdida del esquema corporal ante la extirpación de la mama, el temor a la muerte, puede producir alteraciones en su salud mental así como también modificar sus relaciones sociales (laborales, familiares) aspectos que debieron considerar las medidas de

rehabilitación.

### **Relación de la conducta del hombre con su salud:**

En la actualidad las principales causas de muerte, ya no son las enfermedades infecciosas, sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables.

La salud de la población en los países desarrollados ha alcanzado un nivel impensable a principios del presente siglo como consecuencia sobre todo de las mejoras en la salud pública. Ha habido un incremento de la longevidad, que se explica por la reducción de la mortalidad infantil y las enfermedades infecciosas como la gripe, la rubéola, y la tos ferina a lo que han contribuido de manera especial, los programas de inmunización., y las medidas sanitarias adecuadas. .

A fines siglo pasado las cuatro principales causales de muerte eran: la neumonía, la gripe y la tuberculosis, que posteriormente fueron reemplazadas por las enfermedades coronaria, los ataques fulminantes y el cáncer.- Así en la actualidad el 70% de las muertes son consecuencias de enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes y el SIDA, padecimientos estrechamente vinculados con las conductas y estilos de vida de los individuos. Y aunque las tasas de mortalidad de algunas enfermedades crónicas han disminuido en las últimas décadas, como las enfermedades cardiovasculares, no ocurre lo mismo con otras tales como el cáncer de pulmón, los suicidios y el SIDA.

Existen diferencias entre una dolencia crónica y una infecciosa, ya que ambas difieren en al menos tres aspectos. Una enfermedad crónica, es probable que perdure mucho tiempo, mientras que la infecciosa, con frecuencia se puede curar con relativa rapidez y de manera total. En segundo lugar las enfermedades crónicas obedecen en la mayoría de los casos a conductas y estilos de vida inadecuados, mientras que las infecciosas son causadas por bacterias y virus. Por eso las vacunaciones, las mejoras sanitarias y otras medidas públicas fueron eficaces para combatir las principales causas de mortalidad, pero esas acciones son de escaso valor para afrontar los patrones de enfermedad y mortalidad actual. En tercer lugar, las enfermedades crónicas atacan con mayor frecuencia a los adultos mayores y de mediana edad, al contrario, los niños y jóvenes suelen ser los más afectados por las enfermedades infecciosas.



### **Salud, enfermedad, estilos de vida y entorno del individuo (4)**

Cada vez es mayor la evidencia del peso que ejerce nuestra conducta, nuestros estados psicológicos y el contexto en el que vivimos sobre nuestra salud, la cual depende, en gran medida, de comportamientos tales como tener hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de éstos, etc.

Un buen ejemplo de ello es la conducta de fumar, a la que se le atribuye entre 12 y 15% del total de las muertes que ocurren en los países desarrollados. A ello hay que añadirle la morbilidad que genera dicha conducta.

Asimismo, numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que los estados psicológicos desempeñan un papel destacado en nuestra salud. Los sentimientos y emociones pueden repercutir de modo negativo o positivo en el bienestar del individuo. Por ello, sentirnos amados y apoyados por otras personas adquiere un enorme valor cuando tenemos que afrontar situaciones estresantes. Precisamente el estrés es el estado psicológico que más influye negativamente sobre nuestra salud, pues se le asocia con una gran variedad de efectos negativos.

Existen pruebas palpables de un cambio en los patrones de mortalidad en las sociedades avanzadas. Las enfermedades crónicas han sustituido a las infecciosas como causas principales de muerte. La peculiaridad de tales padecimientos es que se encuentran asociados estrechamientos con la conducta humana y el estilo de vida de los sujetos. Por ello, en la actualidad es más adecuado hablar de patógenos y de inmunógenos conductuales. Por patógenos conductuales entendemos aquellas conductas que incrementan el riesgo de un individuo a enfermar. Al contrario, los inmunógenos conductuales son todos aquellos comportamientos que lo hacen menos susceptible de contraer enfermedades. De hecho se han realizado varias investigaciones para apresar los inmunógenos conductuales más importantes. En Estados Unidos se realizó el estudio más relevante en este aspecto ha sido el que se realizó, con una muestra de siete mil personas. En los seguimientos llevados a los cinco y nueve años y medio, se observó una clara relación entre la longevidad y las siguientes siete conductas de salud:

1. Dormir de 7 a 8 horas
2. Desayunar casi todos los días
3. Tres comidas al día, sin “picar” entre comidas

4. Mantener el peso corporal dentro de los límites normales
5. Practicar ejercicio físico de manera regular
6. Uso moderado del alcohol o no beberlo
7. No fumar

Las acciones de toda una colectividad, la sociedad, también influyen sobre la salud. En el entorno se encuentran riesgos ambientales tales como la contaminación del aire, agua y suelo, o sustancias tóxicas y radiaciones naturales o provocadas. Estos elementos también encierran un potencial para matar, hacer daño y enfermar a los individuos. Por tanto, ejercen influencias significativas sobre la salud de un amplio colectivo, de comunidades enteras.

Todo lo anterior ha desembocado en una idea hoy bien asumida de la necesidad de prevenir, la cual consiste en adoptar medidas para impedir que enfermen aquellas personas que actualmente gozan de buena salud. La prevención primaria implica dos estrategias: 1) cambiar los hábitos negativos de salud de los sujetos, y 2) prevenir los hábitos inadecuados mediante la generación, en primer lugar, de hábitos positivos y el estímulo para que la población los adopte.

Posiblemente la filosofía tradicional de la salud, que hace hincapié en el diagnóstico, el tratamiento y la cura, fuese lo más adecuado para las enfermedades infecciosas de principios del siglo XX. Sin embargo, en la actualidad, adoptar una perspectiva focalizada en el tratamiento, una vez instalada la enfermedad, es probablemente la menos adecuada en cuanto a la relación costo-eficacia en el cuidado de la salud. Procedimientos médicos tales como los trasplantes, la hemodiálisis, la cirugía, etc., suponen un gasto excesivo si se tiene en cuenta el hecho de que solo se aplican a un porcentaje de población relativamente reducida.

Los gastos ingentes que acarrear los costes médicos deberían ser un factor más para ayudar a la reflexión y al cambio hacia un enfoque preventivo, esto es, orientar los esfuerzos a la detección temprana de la enfermedad y la modificación de conductas y estilos de vida que supongan un riesgo para el sujeto. Existe evidencia más que suficiente de que es más fácil y menos costoso ayudar a que una persona se mantenga saludable, que curarla de una enfermedad. La detección temprana de factores de riesgo, junto con la promoción de conductas de salud optimiza la prevención, sin lugar a dudas, la aproximación a una

relación coste-beneficio mas adecuada en el cuidado de la salud.

### **Conductas de salud y sus determinantes**

Las conductas de salud son aquellas que lleva a cabo un individuo, cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad. Dichos comportamientos incluyen un amplio abanico de conductas, desde dejar de fumar, perder peso, hacer ejercicio, hasta comer adecuadamente. El concepto de conducta de salud contempla esfuerzos para reducir los patógenos conductuales y practicar conductas que actúan como inmunógenos conductuales.

Las conductas de salud no ocurren en el vacío, para comprenderlas es necesario analizar los contextos en que tienen lugar, los cuales comprenden una constelación de factores personales, interpersonales, ambientales, institucionales, que implican aspectos como política pública, ambiente físico y social, prácticas institucionales e influencias interpersonales. Estas dimensiones o factores no son homogéneos para todas las conductas de salud. Por ello, no es raro observar que en el repertorio de conducta de un individuo convivan hábitos saludables y nocivos. De hecho, diversas investigaciones han obtenido pobres correlaciones entre las distintas conductas de salud, o lo que es lo mismo, el que un sujeto realice una determinada conducta de salud no garantiza que lleve a cabo otros comportamientos saludables.

Los determinantes de la conducta de salud se pueden agrupar en cuatro grandes categorías:

- ✓ Determinantes demográficos y sociales
- ✓ Situacionales
- ✓ Percepción del síntoma
- ✓ Psicológicos.

La mayoría de los expertos están de acuerdo en que la implicación con la salud es propiciada en gran parte por factores sociales y demográficos como la edad, nivel educacional, clase social, género, etcétera.

Las situaciones sociales, también conocidas como determinantes situacionales, influyen, de modo directo o indirecto, para que un individuo adopte una conducta saludable. No cabe duda de que la familia y el grupo de los iguales pueden jugar un papel relevante en los hábitos saludables que pueda adoptar una persona. El hecho de que fume uno de los padres ha sido señalado en numerosos estudios como factor de riesgo para que el adolescente se inicie en dicha conducta. Asimismo, la mayoría de los estudios ha demostrado una clara

---

relación entre el inicio del consumo y el relacionarse con compañeros fumadores.

Las conductas de salud que realiza una persona también pueden obedecer a la percepción subjetiva de determinados síntomas, esto es, la susceptibilidad percibida. Que son las percepciones individuales de la vulnerabilidad personal a enfermedades o accidentes específicos. La naturaleza y la intensidad de estas percepciones pueden influir de manera importante a la hora de adoptar o no una conducta concreta. No obstante, cuando un individuo piense en la posibilidad de un cambio, no valorará solo la susceptibilidad y la severidad, sino también los beneficios y los costes de realizar una conducta de salud concreta. Una persona puede sentirse vulnerable cuando experimenta tos matutina, fatiga al subir unas escaleras, etc. supongamos que quien los padece atribuye estos síntomas a su conducta de fumar. A partir de ello puede pensar que dicha conducta esta comprometiendo su salud y, además, que le acarreará consecuencias negativas, es decir, la percibe como un riesgo potencial serio de sus problemas físicos. A la inversa, es poco probable que el sujeto adopte alguna medida cuando sopesa que la probabilidad de dañar su salud es baja o que las consecuencias adversas, derivadas de su actual hábito insalubre, son mínimas, además de percibir pocos beneficios y un coste demasiado grande por dejarlo. Esta atribución puede ser útil para que la persona intente dejar de fumar. Y, aunque tales síntomas pueden ser muy útiles a la hora de motivar al sujeto para que adopte hábitos positivos de salud, su influencia solo reviste carácter transitorio. Por último, el repertorio de conductas saludables de una persona también está en función de factores emocionales y cognitivos. Los estados y necesidades emocionales y cognitivos pueden desempeñar un papel primordial en las prácticas de salud. Niveles altos de distrés emocional no ayudan a que la gente se implique en la realización de hábitos que favorezcan su salud tales como no fumar, hacer ejercicio, desayunar, etc. los estados emocionales negativos aparentemente interfieren con las conductas saludables, aunque el distrés emocional puede también conducir a buscar atención médica.

Además de los factores emocionales, la práctica de conductas de salud obedece a los pensamientos y las creencias de las personas. Entendemos por creencia la aceptación emocional de una afirmación, la cual no tiene porque tener una base empírica o científica. Por tanto, lo que una persona crea o piense de una determinada amenaza para la salud no tiene porque estar basada en la comprensión medica objetiva de ella. Por ejemplo, si una persona cree que el SIDA solo afecta a homosexuales y a los usuarios de drogas por vía

intravenosa, es poco probable que utilice preservativos cuando tenga relaciones sexuales. Una clase de cogniciones, que parece ser particularmente importante para motivar a la gente a practicar conductas saludables, son aquellas que se relacionan con vulnerabilidad percibida. La gente que se percibe a sí misma más vulnerable a una determinada enfermedad es más probable que adopte medidas encaminadas a prevenirla. Sin embargo, en algunos estudios se ha encontrado que la gente tiende a demostrar un optimismo poco realista respecto de su futura salud. En relación con los demás, el individuo tiende a verse con menos posibilidades de experimentar problemas de salud.

### **Promoción de estilos de vida saludables**

La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos. Se entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo y que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, identificados por la investigación epidemiológica. Algunos de los más importantes son:

#### *a) Practicar ejercicio físico:*

Realizar una actividad física de modo regular es el vehículo más adecuado para prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad desarrollada. También es útil para atenuar el grado de severidad cuando el sujeto ya presenta la enfermedad. Una actividad física moderada, realizada regularmente, beneficia a la salud. Los principales beneficios del ejercicio sobre la salud tienen que ver con la prevención de los problemas cardiovasculares. Las personas que realizan asiduamente ejercicio físico corren menos riesgo de desarrollar y de morir de una dolencia coronaria. También ayuda a controlar el peso, a normalizar el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos, etcétera.

También es importante, desde el punto de vista psicológico, pues se ha visto que la realización de una actividad física regular reporta beneficios considerables. En primer lugar, una actividad física enérgica practicada regularmente reduce los sentimientos de estrés y ansiedad. El ejercicio y la buena forma física pueden proteger de los efectos

perjudiciales del estrés sobre la salud. Diversas investigaciones han mostrado una fuerte evidencia de que realizar ejercicio o gozar de buena salud contribuye a la estabilidad emocional, fruto de la reducción de la ansiedad, la depresión y la tensión. En segundo lugar aquellos individuos que siguen programas para estar en forma informaron que mejoraron en sus actitudes y actividad laborales. En tercer lugar, la realización de ejercicios físicos regulares contribuye a la mejora del autoconcepto del sujeto, porque quienes lo hacen mantienen más fácilmente el peso adecuado, presentan un aspecto más atractivo y suelen involucrarse de modo exitoso en distintos deportes y actividades físicas.

#### *b) Nutrición adecuada*

En términos de efectos sobre la salud, los hábitos alimentarios de las personas que viven en las sociedades desarrolladas pasaron desde los estragos de las deficiencias dietéticas de principio de siglo a los desastres derivados del exceso, en las últimas décadas. Una nutrición correcta es imprescindible para lograr un estado saludable. De hecho, la mayoría de las enfermedades actuales guardan una estrecha relación con la dieta. Una buena práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada, que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales, y un consumo adecuado, evitando una ingesta excesiva. O dicho de otro modo, la dieta saludable es aquella que minimiza el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la nutrición.

Las dietas saludables proporcionan una cantidad adecuada de todos los nutrientes esenciales para cubrir las necesidades metabólicas del organismo. Además de agua, los alimentos contienen cinco tipos de componentes químicos que aportan nutrientes específicos para el buen funcionamiento del organismo: carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales.

Las dos principales causas de morbilidad y mortalidad de la década de los noventa, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, se deben en gran medida a comportamientos nutricionales inadecuados. Padecimientos como el cáncer de colon, el estreñimiento y la diverticulitis se han relacionado con dietas pobres en fibras. Dietas ricas en grasa y sal favorecen la hipercolesterolemia y la hipertensión, dos importantes factores de riesgo de las afecciones cardíacas.

Entre los hábitos alimenticios más recomendables se encuentran la disminución del consumo de grasas animales, el aumento de la ingesta de leche, verduras, frutas y

alimentos con alto contenido de fibra y la reducción del consumo de azúcar, dulces y harinas refinadas así como de alcohol. Por tanto, una dieta equilibrada debe aportar todos los nutrientes básicos y fibra necesaria para cubrir las necesidades, es decir, debe estar compuesta por alimentos de los cuartos grupos básicos: cereales, frutas y vegetales, productos lácteos y carnes y pescados.

Por último, la mayoría de las personas que come saludablemente no necesita consumir complementos vitamínicos u otros nutrientes. Sin embargo, algunas sectores poblaciones especiales, como las embarazadas, necesitan una cantidad extra de nutrientes, que aunque pueden obtenerlos introduciendo modificaciones en su dieta, es recomendable que tomen suplementos.

### *c) Adopción de comportamientos de seguridad*

Las tasas de muerte por accidentes persisten como la tercera causa de mortalidad en los países desarrollados. La mayoría de ellos podría ser evitada, pues es ocasionada por la conducta de los individuos. Comportamientos inapropiados en el manejo de automóviles, medicamentos, armas blancas y de fuego, sustancias tóxicas, fuego, etc., son una fuente considerable de lesiones. Aproximadamente a las dos terceras partes de las muertes por accidente no son intencionales. La mayoría de las lesiones se debe a accidentes automovilísticos y a los ocurridos por fuego.

Si excluimos el primer año de vida, las lesiones se convierten en la causa principal de muerte durante las primeras cuatro décadas de vida del individuo. La mitad de los decesos de niños y adolescentes también se debe a los accidentes. Se pierden más años de trabajo por lesiones y muerte relacionadas con ellos que por ninguna otra causa. Los jóvenes, los pobres y las personas de edad avanzada son víctimas de ello más que el resto de la población. Los mineros y los trabajadores industriales y agrícolas son el colectivo que presentan un mayor número de lesiones incapacitantes.

Especial mención merecen los accidentes de tráfico, por sus consecuencias nefastas. Tal como ya hemos mencionado, se llevan la palma en cuanto a mortalidad y morbilidad, pues representan casi la mitad de todas las muertes debidas a accidentes. Las tasas de mortalidad derivadas de los accidentes de vehículos de motor se incrementan de modo alarmante durante la adolescencia. Los hombres jóvenes de entre 15 y 19 años presentan una probabilidad dos veces y media mayor de morir en un accidente de circulación que las

mujeres de su misma edad.

Un objetivo específico de la psicología de la salud es lograr un cambio conductual en todas estas prácticas, en la dirección de promover el uso del cinturón de seguridad en los automóviles, reducir la exposición de los niños a factores de riesgo, etc.

#### *d) Evitar el consumo de drogas*

Este es uno de los problemas que más preocupa a los ciudadanos. En la sociedad actual el uso de drogas ilegales y legales es un fenómeno que ha adquirido gran relevancia. Estas sustancias son una fuente de problemas de salud, pues son el origen de diferentes clases de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, afecciones cerebrovasculares, etc.

Una de las muchas clasificaciones existentes en el ámbito de las drogodependencias sostiene la diferenciación entre drogas legales e ilegales. Las primeras son aquellas cuya venta y consumo está permitido por la ley. El tabaco y el alcohol son el ejemplo por excelencia de esta categoría de drogas institucionalizadas, además de ser las más consumidas por la población y las que generan más problemas sociosanitarios.

El tabaco es la principal causa de muerte prevenible en el mundo, con un total de tres millones de defunciones al año, más que todas las que provocan juntas el alcohol, las drogas ilegales, los homicidios, los suicidios, los accidentes automovilísticos y el SIDA.

Al contrario, la venta y el consumo de drogas ilegales carece de reconocimiento legal. En los últimos años, este tipo de drogas ha creado muchos problemas serios en nuestro medio, los cuales, sin embargo, son principalmente de índole social y no relacionados con la salud física. El número de personas que fallece como consecuencia de los efectos de las drogas ilegales es reducido, si lo comparamos con el generado por el tabaco y el alcohol.

Tanto las drogas legales como ilegales representan un peligro potencial para la salud. Sin embargo; estas últimas presentan mayores riesgos, además de los efectos farmacológicos. Algunas sustancias pueden ser vendidas como un tipo de droga cuando en realidad es otro; contienen otro tipo de sustancias que pueden ser por sí mismas peligrosas para la salud; durante su administración no se observa ninguna medida de higiene; el consumidor no tiene asegurada la dosis por motivos económicos o de demanda y diversos motivos más. También son un foco de problemas de índole social, pues los consumidores producen inseguridad ciudadana, tráfico de drogas, crímenes, robos y otras conductas similares.



Otros problemas importantes que generan las mismas son de tipo laboral y económico. En resumen, todas las drogas tienen capacidad para generar adicción, pero precisamente la peculiaridad de una sustancia radica en los problemas de salud, económicos y sociales que genera, tríada en la que se encuentran enormes diferencias. Así, por ejemplo, mientras el tabaco es la sustancia que causa mayor mortalidad, el alcohol es la que produce mayores problemas sociales, laborales y económicos. Por tanto, es necesario que el uso de ambas sea eliminado o reducido al mínimo, en el peor de los casos.

*e) Sexo seguro:*

Cada año miles de personas, la mayoría de ellas jóvenes, contraen enfermedades transmitidas sexuales, las cuales han sido siempre potencialmente peligrosas; pero durante los últimos 40 años, la mayoría ha podido ser tratada eficazmente. Sin embargo, en la década de los ochenta, la irrupción del SIDA cambió completamente el panorama. El SIDA consiste en la presentación de una o varias enfermedades como consecuencia de la infección previa producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Es una enfermedad contagiosa debida precisamente a este virus que se aloja en numerosos fluidos humanos, aunque solo en algunos presenta concentración suficiente como para provocar una infección. Rápidamente se observó que la amplia mayoría de infecciones VIH se había producido por transmisión sexual, pues las minúsculas lesiones que se producen durante la penetración y otras prácticas sexuales facilitaban que el virus pasara a través del semen y de las secreciones vaginales a la corriente sanguínea de la pareja. Además, factores tales como tener relaciones promiscuas, no usar preservativos, penetración anal o contacto bucal-genital, incrementan el riesgo de adquirir dicha infección.

La clara evidencia de la transmisión sexual del VIH ha producido un vuelco en la concepción del manejo de este tipo de enfermedades. En estos momentos, la única vía alternativa para luchar contra este padecimiento es la prevención, por medio de comportamientos que minimicen el riesgo.

Uno de los problemas más preocupantes a los que debe hacer frente nuestra sociedad es el de los embarazos no deseados, en concreto, en el colectivo de las adolescentes. Un embarazo no deseado en una adolescente supone un serio problema para ellas, su futuro hijo, sus padres, amigos y los servicios sanitarios y educativos. Aunque en las dos últimas décadas se ha reducido de modo acusado el número total de alumbramientos por parte de

jóvenes menores de 20 años, todavía el porcentaje es especialmente alto.

Si bien es cierto que muchos padres adolescentes adoptan decisiones responsables en caso de embarazo y proporcionan a sus hijos un buen cuidado prenatal y obstétrico, un elevado número no lo hace. Esto es, un gran porcentaje de embarazos no deseados guarda relación con una incidencia desproporcionada de mortalidad infantil, así como de descuido y maltrato a los niños. Por ello, aproximadamente cuatro de cada diez embarazos de este grupo terminan en aborto o malogros. Las madres adolescentes tienen un riesgo dos veces mayor de padecer anemia, preclampsia y complicaciones durante el parto, además se un mayor riesgo de muerte durante éste.

Por otra parte, los hijos de madres adolescentes presentan una tasa de morbilidad y mortalidad dos veces mayor que los bebés de madres adultas, y corren el riesgo de experimentar más malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia y parálisis cerebral. Por si fuera poco, tanto los padres como sus hijos tienen que afrontar a corto, mediano y largo plazos toda una serie de adversidades sociales, legales, psicológicas, educativas y económicas.

#### *f) Desarrollo de un estilo de vida minimizador*

Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud pues influyen sobre ésta por el medio de diferentes mecanismos. Quizás el más conocido es el Síndrome General de Adaptación, (SGA), también denominado estrés, que Labrador (Labrador, 1992)<sup>5</sup> define de la siguiente manera: “*Se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando debe hacer frente a situaciones que implican demandas conductuales que le resultan difíciles de realizar o satisfacer.*” Es decir, que el individuo se encuentre estresado depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él; o, si avanzamos un poco más, depende de las discrepancias entre las demandas del medio, externo e interno, y la manera en que el individuo percibe que puede dar respuesta a esas demandas.

Esta definición está acorde con el enfoque interaccional del estrés, que es el más aceptado de la actualidad, ya que lo concibe como un proceso transaccional entre el individuo y la situación. Según este enfoque, la naturaleza e intensidad de la reacción del estrés es

---

<sup>5</sup> Citado por Oblitas Guadalupe, L y Becona Iglesias., E. (2000) Psicología para la Salud. Editores Plaza y Valdez. México. Pág. 14

modulada, al menos, por tres factores: en primer lugar, el grado de amenaza que el sujeto percibe en la situación; segundo, por la valoración que el individuo hace de los recursos que cree tener para afrontar con éxito la demanda de la situación; y, tercero, por la disponibilidad y el grado de afrontamiento que el sujeto pone en marcha para restablecer el equilibrio en la transacción persona-ambiente.

La cronicidad del SGA genera un aumento de la vulnerabilidad del individuo a padecer algún tipo de enfermedad, como incremento de glucocorticoides. Los efectos neuroendocrinos e inmunitarios del estrés no constituyen un agente patógeno específico, sino que representan un riesgo específico, que incrementa la vulnerabilidad de los sujetos ante las enfermedades.

El estrés no solo puede inducir directamente efectos psicológicos y fisiológicos que alteren la salud, sino que también puede influir en ella de modo indirecto, por medio de la elicitación o mantenimiento de conductas no saludables. Esto es, no solo son importantes para la salud del individuo los efectos a nivel orgánico que produce el estrés u otras emociones negativas. Una persona que viva bajo situaciones estresantes es más probable que incremente conductas de riesgo y reduzca todo tipo de comportamientos saludables. En algunos estudios se descubrió que el incremento del estrés estaba asociado con un aumento del consumo de alcohol y otras drogas. También se ha comprobado que parte de sus efectos negativos proviene del hecho de que las personas sometidas a estrés, especialmente de tipo laboral, presentan hábitos de salud peores que las que no lo sufren.

Se ha sugerido que el apoyo social puede ser un importante factor modulador del estrés en el caso de aquellos individuos que viven en situaciones estresantes, pues practican más ejercicio físico y consumen menos tabaco o alcohol cuando gozan de un nivel elevado de apoyo social, en contraste con aquellas que cuentan con poco o ningún apoyo de este tipo.

También se han señalado distintas variables psicológicas como moduladoras de la relación entre el estrés y la enfermedad. Unas contribuirían a favorecer la salud y otras la perjudicarían. Así, los individuos con un patrón de tipo A reaccionan de modo diferente ante los estresores que aquellos con un tipo B.

No obstante, el concepto capital del enfoque interaccional del estrés es el del afrontamiento. Cuando se rompe el equilibrio en la transacción persona-situación, el sujeto pone en marcha una serie de conductas, manifiestas o encubiertas, con el objeto de restablecerlo. Por tanto, los procesos de afrontamiento también desempeñan un papel

mediador entre el impacto de una situación dada y la respuesta de estrés del sujeto. Precisamente, en esa línea se ha desarrollado todo un conjunto de técnicas para ayudar a manejar el estrés. Dotar al individuo de esos recursos conductuales y cognitivos parece ser la vía más adecuada para minimizar los efectos perjudiciales de esta sintomatología sobre la salud.

*g) Adherencia terapéutica*

Para que el consejo médico tenga repercusiones beneficiosas sobre la salud del paciente, se deben tener en cuenta dos aspectos. En primer lugar, debe ser acertado. En segundo, debe ser llevado a la práctica por el individuo. La realidad parece ser bien distinta, pues coincide plenamente con lo que expresa un acertado adagio castellano: "de lo dicho a lo hecho hay un trecho". A pesar de los considerables esfuerzos desarrollados por los profesionales de la salud durante estos últimos cincuenta años para intentar solucionar la problemática de la ausencia de la adherencia a los regímenes terapéuticos, ésta es aun una asignatura pendiente en el campo de la psicología de la salud. Uno de los problemas más importantes con el que se puede encontrar un clínico en sus intervenciones es el de que el paciente no sigue sus prescripciones, a pesar de disponer de procedimientos eficaces para tratar o incluso prevenir los problemas.

Se ha comprobado que las tasas de incidencia de adherencia a las recomendaciones de los clínicos no suelen superar el 50%, pues están entre 30 y 60%, bien por olvido, por no comprender los mensajes o por falta de acuerdo en su cumplimiento. Todavía más preocupante es el elevado número de personas que no se adhieren a los regímenes profilácticos prescritos, como embarazadas que no toman los suplementos vitamínicos, o como el caso de la hipertensión, en el que el incumplimiento de las prescripciones médicas es más la norma que la excepción.

En el caso de las enfermedades crónicas, las consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento acarrear consecuencias muy negativas en la esfera física, psicológica y social de los clientes, además de generar un coste importante para la sociedad.

Por tanto, el incumplimiento y la falta de seguimiento de las prescripciones generan costes personales importantes, en especial, en la calidad de vida que puede gozar la persona. Pero, además, se lleva a cabo una mala utilización de los servicios de la salud, con el consiguiente e innecesario incremento de los costes sanitarios. Al contrario, la adherencia a

las prescripciones de los clínicos evitaría visitas innecesarias de los sujetos a los ambulatorios, hospitalizaciones prescindibles, etc. la importancia crucial de esta cuestión la refleja muy acertadamente Bayés cuando dice: “de qué nos servirá tratar de montar un gran aparato sanitario que funcione a la perfección si luego la mitad de los pacientes no siguen las prescripciones medicas o se equivocan al llevarlas a la práctica”.

### **De la teoría a la práctica: Situación de la promoción de los estilos de vida.**

En los últimos años se ha efectuado el reconocimiento definitivo, por parte de los distintos organismos de salud tanto internacionales como nacionales, que la mortalidad y morbilidad están producidas en su mayor parte por motivos conductuales, por lo que la gente hace, no por causas infecciosas o envejecimiento natural del organismo. En los últimos años esta certeza ha estimulado la realización de múltiples estudios tanto de tipo epidemiológico como experimental y clínico para conocer pormenorizada y exactamente las causas de muerte y los factores que protegen de morir de manera prematura. Esto es lo que se ha entendido como comportamientos aconsejables para la salud, entre los cuales se encuentran, los indicados previamente, dormir siete u ocho horas al día, desayunar cada mañana, nunca comer entre comidas, aproximarse al peso conveniente en función de la talla, no fumar, consumir moderadamente alcohol u optar por comportamiento abstemio y realizar con regularidad alguna actividad física. Por otro lado, estos comportamientos saludables son bien conocidos por la población de los países desarrollados, donde se implementan campañas sistemáticas para que la población adopte un estilo de vida más saludable. Cada vez, se insiste mas en que la gente deje de fumar, tenga una dieta adecuada y controle el peso, reduzca el consumo de alcohol y se someta a reconocimientos médicos periódicos.

Sin embargo, estos esfuerzos no siempre dan sus frutos y la población, a pesar de contar con información adecuada sobre su salud, no cambia.

Es decir que con los conocimientos que hoy se tienen sería posible evitar que las personas padeciesen enfermedades incapacitantes, que en muchos casos les van a llevar a la muerte, como ocurre en el caso del cáncer, específicamente el de pulmón. A largo plazo, la prevención siempre resulta más rentable, especialmente cuando se comparan los enormes costes sanitarios de distintas enfermedades que se podrían evitar.

La bibliografía en general demuestra que las causas principales de muerte se deben a factores relacionados con la conducta, con las acciones que hacen o dejan de hacer los individuos, no con las causas biológicas que lo llevan a la enfermedad y a la muerte.

En los países industrializados las tres “C” (corazón, cáncer y carretera) ocupan los primeros lugares en las causas de mortalidad, aunque en los últimos años se han producido importantes avances en el control de los accidentes viales mediante la mejora de las

carreteras, de los vehículos y de normas de seguridad así como de las medidas coercitivas para el cumplimiento de las reglas de circulación asociadas con la seguridad del conductor y de los que utilizan las vías de tránsito.

Es necesario tener información si se desea conocer un hecho. Sin embargo, no es suficiente para cambiar una conducta, al menos en muchos casos, como en el tema del tabaco. Los profesionales sanitarios son los que mejor conocen los efectos negativos que fumar tiene para la salud y lo observan a diario en sus pacientes ya que muchos de estos mueren a lo largo de su carrera profesional debido al hecho de consumir tabaco. Pero también, hasta hace poco en los países industrializados, y todavía en aquellos en vía de desarrollo, los médicos son los que más han fumado o fuman, respectivamente.

En los últimos años se ha producido un cambio importante en este tema, que ha partido no desde las personas “teóricamente” más interesadas en la mejora de la salud de sus pacientes, sino de presiones de ciudadanos en torno a asociaciones o grupos de presión de “no fumadores” o de fumadores pasivos. Afortunadamente, los cambios sobre esta conducta sirven de ejemplo de lo que se puede hacer en otras, que hoy como siempre es necesario controlar, como se puede ejemplificar con el consumo abusivo de alcohol, conductas de riesgo, contaminación ambiental, etcétera.

Ejemplos de que el cambio de conducta es difícil, de que no se es conducido por aquellas personas que tenían que ser las que lo hiciesen, junto con el hecho de que se cuenta con la tecnología adecuada para producirlo, hace surgir la pregunta esencial en este tema: si se conocen que conductas se deben cambiar, si hay consenso sobre ellas, si tenemos la tecnología para hacerlo, ¿Por qué no se produce el cambio de modo rápido y las personas no toman un papel activo para cambiar conductas no saludables por otras beneficiosas para la salud?

Bayés (1985, 1991), basándose en el análisis experimental del comportamiento en los principios del aprendizaje tan estudiados por la psicología y refiriéndose a las razones por las cuales las personas no hacen lo que deberían sobre conductas que claramente son nocivas para la salud, atribuye esa conducta, fundamentalmente, a tres factores: 1) el carácter placentero (reforzante) de las mayorías de las estimulaciones que siguen a muchos comportamientos nocivos, así como la inmediatez de sus efectos; 2) el extenso período que, normalmente, separa la práctica de los comportamientos nocivos de la aparición de la enfermedad en su estadio clínico diagnosticable; y 3) el hecho de que mientras las

estimulaciones carcinógenas proporcionan siempre, o casi siempre, una satisfacción real e inmediata, la aparición del cáncer o de otros efectos nocivos son remotas y poco probables. Junto con los anteriores, se pueden sugerir otros tres factores: 4) el convencimiento del poder sin límites de la medicina y de su tecnología para solucionar cualquier problema que podamos llegar a padecer; 5) las barreras culturales que impiden el cambio hacia hábitos saludables; y, 6) el cambio como un proceso cíclico y lento más que rápido y lineal.

***1- El carácter placentero (reforzante) de la mayoría de las estimulaciones que siguen a muchos comportamientos nocivos, así como la inmediatez de sus efectos***

La sensación de relajación que experimentan muchos fumadores tras aspirar el humo del cigarrillo; el sabor agradable que acompaña a la ingesta de manjares poco saludables; el dinero y/o poder que proporciona la practica de comportamientos generadores de estrés; las miradas admirativas que suscita el bronceado particularmente intenso, la comodidad y el reposo contingentes de los comportamientos de no hacer ejercicio, etcétera.

Se pueden encontrar varios factores que actúan en contra de los hábitos positivos de salud.

- a) El bombardeo de los medios de comunicación de masas sobre modelos deseables que implican la satisfacción inmediata por medio del consumo de productos o acciones potencialmente peligrosas o carcinógenas. Los anuncios de automóviles rápidos, cuerpos esbeltos y bronceados, el consumo de tabaco y alcohol, la promiscuidad sexual, las exquisitas comidas, los triunfadores y ricos, con todo el lujo y placeres que deseen tener, son algunos ejemplos de ello.
- b) El choque entre el poder económico, las multinacionales, las corporaciones financieras y los trabajadores para controlar la comercialización y producción e incluso la erradicación de ciertos productos cancerígenos. El ejemplo mas claro es el del tabaco y el de distintos productos industriales, que destruyen la capa de ozono. En este último caso no existe una clara voluntad política de parte de nuestros gobernantes de erradicar su producción, precisamente por las consecuencias económicas inmediatas que ello acarrearía. No tomar medidas drásticas hoy puede conducir a que el hombre legue a desaparecer de la Tierra en décadas futuras. Sin embargo, en éste como en otros temas, los individuos se han hecho o, paulatinamente, se harán “insensibles”. En muchos países ah quedado



atrás, o para muchos esta quedando atrás, aquello de que “conservemos y dejemos al mundo igual o mejor para nuestros hijos y para las generaciones venideras”. Es el predominio del individualismo, del placer y de la inmediatez.

- c) La confianza actual de los ciudadanos en el poder sin límites de la medicina científica y de que en breve plazo los investigadores descubrirán las drogas milagrosas para curarlo todo, desde el cáncer hasta el SIDA o la drogadicción. La pregunta que subyace en la conciencia de muchas personas cuando llevan a cabo conductas inadecuadas, se traduciría en: ¿para que renunciar ahora a cosas agradables para prevenir un cáncer o un trastorno cardiovascular que, en el peor de los casos, aparecerá dentro de 10 o 20 años, cuando ya se dispondrá de un tratamiento capaz de tratarlo o eliminarlo con rapidez y eficacia?

***2- El extenso periodo que, normalmente, separa la práctica de los comportamientos nocivos de la aparición de la enfermedad en su estadio clínico diagnosticable***

En muchas de las enfermedades que hoy ocupan los primeros lugares en la mortalidad, como los trastornos cardiovasculares y el cáncer, la fase de latencia dura muchos años, tal vez 5, 10, 20 o 40. En los problemas circulatorios, así como en el tabaquismo, es de 20 , y en el SIDA de 10, años.

Fumar un cigarrillo no significa que al día siguiente se adquiere un cáncer. Tienen que pasar varios años y fumar miles de ellos. Esta circunstancia impide que el sujeto aprecie una relación “causal” entre sus cigarrillos y su posterior problema de cáncer o enfermedad cardiovascular. Cuando la dolencia se presenta, la disonancia cognitiva, el papel reforzante de la conducta que lleva a cabo, la despersonalización, etc.; solo permiten que unos pocos hagan cambios de conducta adecuados para mejorar su salud...si están aun a tiempo.

Además, las personas no actúan con base en la lógica, sino en su aprendizaje pasado en un contexto sociocultural determinado. Algunos autores han tratado de explicar por que personas lógicas e inteligentes, o incluso países enteros no adaptan su comportamiento a la información que poseen en decisiones que pueden afectar gravemente su economía, su salud e incluso su supervivencia, llegando a la conclusión de que las personas no son solo lógicas e inteligentes; son también para bien o para mal, afectivas y emocionales, y su comportamiento se encuentra sometido, no solo a las leyes de la lógica, sino también al

influjo de numerosos cambios bioquímicos e inconscientes condicionamientos temporales.

Esto significa que la información es una condición necesaria pero no suficiente para adoptar comportamientos saludables ni para cambiar comportamientos insalubres.

***3- El hecho de que mientras las estimulaciones carcinógenas proporcionan siempre, o casi siempre, una satisfacción real e inmediata, la aparición del cáncer o de otros efectos nocivos son remotas y poco probables***

La inexistencia de una causalidad absoluta conduce a las personas a buscar el placer en esas sustancias o conductas y a considerar a muy largo plazo las posibles consecuencias negativas que puedan presentarse. También suele asumir subjetivamente una probabilidad de ocurrencia de la enfermedad más baja que la real.

En estas circunstancias, el individuo que tiene que elegir entre llevar a cabo o no una conducta de riesgo, probablemente optará por la estimulación placentera e inmediata, sin sopesar las terribles consecuencias que, a largo plazo, pueden producir éste tipo de conductas. El único modo de contrarrestar este aspecto placentero y gratificante con las consecuencias adversas a largo plazo sería un adecuado entrenamiento en demorar la gratificación inmediata por un efecto saludable a largo plazo, es decir tener autocontrol sobre su conducta. Sin embargo, este enfoque choca con nuestra sociedad consumista y con el hedonismo imperante en ella como valor esencial.

Nuestra sociedad industrializada tiene como una de sus características esenciales el predominio de la economía, el dinero como valor supremo y el consumismo. La economía, la renta *per cápita*, los índices económicos, el desempleo, la inflación, las exportaciones, son los indicios de la buena o mala marcha de un país. El consumo, los bienes de consumo, permiten el buen funcionamiento de la economía y, a la administración pública, proporcionan más servicios, pues cuenta con más ingresos. Este planeamiento que, en principio parece bueno, adecuado, y correcto, pierde su atractivo cuando se analiza el consumo. Aquellas conductas reforzadoras, gratificantes y deseadas por el sujeto, no siempre son las más adecuadas para la salud. El uso de drogas ilegales y legales, que juntas son el negocio más rentable del mundo; el consumo excesivo de alimentos además con altos contenidos en grasas y escasos en fibra en los países industrializados, cuando en muchos otros no tienen comida suficiente para sobrevivir; El estrés, como consecuencia de la falta de adecuadas habilidades de afrontamiento para sobrevivir en una sociedad

competitiva estructurada sobre los imperativos de la economía y del valor del dinero y los problemas para la salud física y mental derivados de ello; **las conductas de ocio inadecuadas**. Entre ellas encontramos el consumo de sustancias psicoactivas, conducir peligrosamente, realizar conductas de riesgo, adicciones, como consecuencia de la búsqueda de más placer en el mundo externo y en la gratificación rápida, inmediata y con gran visibilidad social, que en la gratificación interna, la realización personal y, a más largo plazo, lo que implica un adecuado autocontrol entre otras. Todo ello se sintetiza en una sociedad donde el valor supremo es el hedonismo, el placer por el placer, rápido, e instantáneo sin analizar las consecuencias que ello acarrea a mediano y largo plazos. Estas actitudes explican el gran número de conductas de riesgo que las personas llevan a cabo y la dificultad para controlarlas o reducirlas. Así uno de los problemas más graves en los países industrializados es la muerte de jóvenes en las carreteras debido al exceso de velocidad, tanto para llevar a cabo conductas de riesgo en automóviles de gran cilindrada como por el mero placer de sentirse libres o con un completo control del mundo, como por la ingestión previa de alcohol, drogas psicoactivas, cansancio, falta de habilidad, etc.

#### ***4- El convencimiento del poder sin límites de la medicina y de su tecnología para solucionar cualquier problema que podamos llegar a padecer***

El avance de la medicina en el último siglo ha sido espectacular. De ello no hay duda. Pero también es claro que en los últimos años, a pesar de que los desarrollos técnicos son incomparables en lo que atañe a pruebas de diagnóstico, farmacoterapia, cirugía y hospitalización, no mejoran los índices de ciertas enfermedades, aquellas en las que mueren más personas, sino que, al contrario empeoran, como ocurre con las enfermedades cardiovasculares y el cáncer asociados con ciertas conductas. Aquí se evidencia una dicotomía y contradicción. Por una parte el desarrollo de la medicina es imparable, pero por otro cada vez se ve más impotente para hacer frente a las verdaderas “enfermedades de la actual civilización, entre las que hay que añadir por su novedad, el SIDA.

La población en general solo absorbe la primera idea: la medicina puede con todo. Los datos empíricos muestran lo contrario: la gente se muere cada vez más de ciertas enfermedades relacionadas con la conducta. La industria farmacéutica, los medios de comunicación, el prestigio de la medicina, la necesidad de tener que acudir regularmente a

diversas terapias como consecuencia de la mejora de la calidad de vida (la asistencia al dentista, oculista, ginecólogo, medico general), producen esa falsa idea. El tabú de la muerte, en una sociedad en la que la imagen que proporciona la publicidad es de placer, cuerpos jóvenes, felices, sanos y perfectos, que impide enfrentar a la real situación y a la verdad de que muchos jóvenes mueren debido a sus comportamientos inadecuados y que el hombre tiene que adaptarse a su medio natural con la ayuda del hombre, (y de la economía, la medicina, la psicología, etc.) pero no depender en exclusiva de una de las ciencia que ha desarrollado siempre perfecto, porque la realidad no es así. Con reacción de muchas personas, cuando ven que la medicina oficial les falla, acuden a lo que ha dado en llamar medicinas alternativas que poco o nada tienen que ver con las medicinas naturales de cada cultura específica.

Una excepción a esta regla general ha comenzado a perfilarse con el tema de la vejez dado el incremento de la esperanza de vida y el número de personas inactivas laboralmente por jubilación o prejubilación y de ancianos en las sociedades industrializadas. Es previsible en los próximos años se produzca un paulatino cambio debido a ello, como ya hay indicios en las sociedades mas industrializadas y se revalorice el concepto de vejez (entre otras razones también porque los individuos de este grupo votan y son muchos) y se matice la idea de que la juventud es uno de los valores mas importantes.

Todo esto demuestra las dificultades que obstaculizan los cambios. La psicología ha demostrado conocer las formas en que las personas adquieren y cambian conductas y, demostrado claramente la dificultad de modificarlas en una sociedad tan compleja como la nuestra, en donde el papel del psicólogo de la salud es reducido ante un entorno en el que el valor económico y los medios de comunicación tienen el peso esencial en sus deseos y realizaciones.

##### ***5- Las barreras culturales que impiden el cambio hacia hábitos saludables***

Hoy la ciencia proporciona datos sobre lo que es bueno o malo para la salud. Sin embargo, las conductas beneficiosas no siempre son gratificantes a corto plazo, mientras que muchas perjudiciales si lo son, y de modo inmediato junto con la imposición de ciertas normas para lograr el adecuado control social. Actualmente, este hecho choca, en muchas ocasiones, con la necesidad de cambiar las conductas para mejorar el estado de salud a

mediado o largo plazo o lo que es lo mismo, la cultura tiene un peso enorme en nuestra socialización, en nuestras creencias y en el modo en el que se interpreta el mundo y lo que es bueno y malo.

Un caso ilustrativo para explicar el peso de los factores culturales sobre una determinada conducta radica en el uso del alcohol y su relación con dichos factores, la cual depende de una u otra cultura.

El consumo de alcohol se remonta a los orígenes de la humanidad. El hombre, desde que descubrió la fermentación de la uva para hacer vino y alcohol y otros procedimientos de fermentación con distintas plantas para producir sustancias alcohólicas ha explotado su descubrimiento con distintos fines, desde religiosos hasta lúdicos. En la actualidad el abuso y dependencia del alcohol es un grave problema en muchos países. Es un factor que tiene una clara relación con la mortalidad tanto por medio del incremento de los accidentes de tránsito, conductas violentas, cáncer y otras enfermedades físicas y psicopatológicas. A pesar de ello, junto con el tabaco, el control de su consumo constituye uno de los objetivos de muchas culturas.

La realidad indica que, en muchas sociedades, como la nuestra la mediterránea y la latinoamericana, la ingestión de bebidas alcohólicas cumple un gran número de funciones a nivel general y / o grupos específicos como las siguientes: psicotrópicas, terapéuticas, alimentarias, pero también como fuente de calorías para el esfuerzo laboral, mecanismo de cohesión, integración y estructuración cultural, mecanismo de control social, instrumento de identificación y diferenciación cultural y o social, mecanismo de transgresiones estructurales, mecanismo de adaptación en situaciones de cambio, mecanismo de “solución” al tiempo “vacío” social y /o individual, así como mecanismo casi irremplazable de sociabilidad.

Tal polisemia y tal riqueza de funciones dificulta la creación de una nueva visión del alcohol como algo perjudicial si se abusa de el o si se usa inadecuadamente. Por tanto, aunque se tenga la tecnología para el cambio, intereses sociales, personales y económicos constituyen obstáculo de gran envergadura. El cambio, en casos como este u otro semejantes esta condenado a ser lento paulatino, sinuoso en ocasiones y difícil la mayoría de las veces. No tener en cuenta la variable cultural y su enorme peso sería abrir la puerta al total fracaso en la planificación del cambio.

## ***6- El cambio como un proceso cíclico y lento más que rápido y lineal***

Actualmente se considera que el cambio de las conductas adictivas no es un proceso de todo o nada, sino de carácter cíclico. Es decir, la gente no cambia su comportamiento de un día para otro ni mantiene dicho cambio para siempre una vez que lo ha logrado.

Diversos estudios sobre la conducta de fumar, utilizando distintas metodologías: retrospectivos, transversales, longitudinales de auto cambio y distintos estudios de tratamiento en los cuales se ha encontrado que el cambio implica pasar por una serie de estadios. Así, un fumador, antes de abandonar definitivamente su hábito intentara seriamente dejarlo tres o cuatro veces espaciadas a lo largo de un periodo de 7 a 10 años antes de lograrlo definitivamente. Se considera que existen seis estadios de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización. En el estadio de precontemplación la conducta no es problema como un problema y el sujeto manifiesta escasos deseos de cambiar seriamente en los próximos seis meses. En el estadio de contemplación la persona empieza a ser consciente de que existe un problema, busca activamente información y se plantea seriamente cambiar dentro de los próximos seis meses. En el estadio de preparación para la acción el sujeto se plantea modificar su conducta en los próximos treinta días, además de haber hecho un intento de abandono de al menos 24 horas en el último año. En el estadio de acción las personas inician activamente la modificación de su conducta, y logran su objetivo. El traslado al siguiente estadio implica un periodo de seis meses de permanencia en este. Tal intervalo coincide con la fase de mayor riesgo de recaída. El sujeto esta en el estadio de mantenimiento cuando ha permanecido abstinentemente un lapso superior a los seis meses. Los individuos ejecutan las estrategias (procesos de cambio) necesarias encaminadas a prevenir la recaída y, de este modo, afianzan los avances logrados en la fase anterior. Si después del estadio de mantenimiento no se produce la recaída, el sujeto habrá llegado al último estadio, el de finalización, en el cual se da por finalizado el proceso de cambio, y se considera que se ha logrado la total desaparición del problema, como la ausencia de deseo de consumir la sustancia en cualquier situación o la confianza en no consumirla en ninguna circunstancia, lo cual sabe coincidir cuando el ex fumador lleva cinco años sin fumar.

### **El cambio hacia estilos de vida saludables**

Los modelos y la tecnología que ofrece el sistema sanitario eran adecuados para enfrentarse a los problemas que anteriormente habían azotado a la especie humana (enfermedades infecciosas). Pero en la actualidad ya no es útil, esto lo demuestran los altos costes a los que tiene que enfrentar el sistema sanitario y que por otro lado la calidad de vida no va pareja con ellos. Entonces es necesario incorporar aquellos modelos y tecnología que han demostrado ser más eficaces para combatir las patologías características de estos tiempos que se deben fundamentalmente a los hábitos insalubres de la población; por tanto, el desafío debe ser promocionar la buena salud, por medio del cambio de conductas de riesgo, mantener las conductas saludables y prevenir las enfermedades.

La psicología, o ciencia del comportamiento, dispone de un bagaje conceptual y tecnológico apropiado para hacer frente a todas las demandas de salud de nuestra sociedad, pues cuenta con la capacidad apropiada para analizar, explicar y comprender los comportamientos asociados con la salud e intervenir sobre ellos. No queda más remedio que recurrir a ella como una disciplina básica si se pretende afrontar eficientemente los retos que se plantean, en el campo de la salud, y, los nuevos patrones de morbi mortalidad de mayor incidencia y prevalencia.

El avance del modelo conductual ha sido innegable en las últimas décadas, convirtiéndose incluso en casi la alternativa de intervención psicológica en la década de los sesenta, cuando surgieron las técnicas de modificación de conducta y fueron aplicadas primero al campo de la salud mental y posteriormente al área de la salud física y de la enfermedad. El sistema de cuidado de la salud esta admirablemente equipado para extirpar un cáncer de pulmón, pero esta menos equipado para prevenir fumar cigarrillos o para ayudar a los fumadores a romper con su hábito.

A pesar de los conocimientos y tecnología que aporta la ciencia del comportamiento y la psicología de la salud, que permitirían cambiar hábitos insalubres por conductas saludables, siguen existiendo impedimentos para que eso suceda, tales como el predominio del modelo médico, los intereses económicos en el campo de la salud, como trabajar sobre la enfermedad, (aparatoología, industria farmacológica etc.) y la necesidad de aplicar estos programas a toda la población.

Sería conveniente entonces implementar a la brevedad y en forma progresiva, programas desarrollados desde la psicología de la salud, los cuales resultan más adecuados, eficientes y eficaces para las patologías actuales de mayor incidencia y prevalencia, con el fin de mejorar la calidad de vida, prevenir y cambiar comportamientos inadecuados y mejorar el índice de salud de la población.



### **Modelos conceptuales de Enfermería: su evolución** (18)

Para poder llegar a conceptualizar Enfermería, primero es necesario definir algunos términos que ayuden a entender como surge una teoría:

**Ciencia:** es una doctrina o conjunto unificado de conocimientos que se ocupa de algo específico, utiliza métodos y habilidades necesarios para proporcionar dicho conocimiento. Averigua ¿Qué?, ¿Quién?, ¿Dónde? Y ¿Cuándo?

**Conocimiento:** establece la diferencia entre lo que se conoce y lo que se cree.

El conocimiento se basa sobre datos objetivos.

**Filosofía:** opiniones sobre componentes de la ciencia.

Los elementos de una disciplina que no se pueden someter a un análisis empírico si actúan dentro de la filosofía.

Los enunciados filosóficos se basan en las opiniones el filosofo sugiere metodología para lograr conocimiento científico.

La filosofía que prevalece en una disciplina es al que tiene mayor aceptación dentro de esa disciplina.

**Teoría:** las teorías son modelos de los fenómenos del mundo real empírico que identifican los componentes de ese mundo y la relación que existe entre ellos.

Las teorías son hipótesis que no siempre se basan en hechos empíricos.

La teoría de enfermería se sirve de la capacidad para predecir y a la alarga controlar los fenómenos en este caso asociados con la salud y sus cuidados. La ordenación de hechos se emplea para la construcción de teorías.

**Conceptos:** son la materia de la teoría. Son abstracciones mentales y surgen de la impresión de la mente.

## **Teorías sobre la Enfermería y sus exponentes históricos**

### **Filosofía Humanística:**

Florence Nightingale: Toda mujer en algún momento cuida, por lo tanto, según su teoría puede ser enfermera. La enfermedad es vista como un proceso reparativo, y la enfermera debe manipular el entorno para mantener la salud o recuperarla.

Críticas: otorga un rol pasivo al enfermo, se coloca en un papel omnipotente, no contempla la salud, solo habla de enfermedad, limita a la enfermería al cuidado del enfermo.

Aportes: sistematiza la enseñanza, se toma como una profesión, escribe las primeras publicaciones sobre enfermería.

E. Wiedenbach: Se comienza a perfilar el proceso de enfermería, porque detecta la necesidad de ayuda a partir de:

- Observación
- Explora conducta
- Causalidad de alivio o sufrimiento
- Evalúa la capacidad resolutive del sujeto
- Evalúa la respuesta

V. Henderson: Incluye concepto de salud, cuida al sujeto sano o enfermo, introduce concepto de muerte digna. No es omnipotente, describe 14 Necesidades Básicas en el paciente. Enuncia la relación empática.

Críticas: Coloca a la enfermera en tres niveles de relación:

- La considera un sustituto de alguien importante para el paciente.
- Ayuda, no especifica qué tipo de ayuda debería brindar.
- Compañero

Abdellah: Plantea 21 problemas de enfermería, que resultan simples a su interpretación y generales.

Define la enfermería como: un servicio al individuo, familia y por lo tanto en la sociedad, se basa en un arte y ciencia que modela las actitudes, la capacidad intelectual y las habilidades técnicas de cada enfermera y las transforma en el deseo y la capacidad de

ayudar a la gente enferma o sana ha hacer frente a sus necesidades sanitarias y que se pueden llevar a cabo bajo una dirección médica general o específica.

Críticas: No es científica pura, sino que lo considera un arte, otorgando parte del saber a la capacidad humana de cada enfermera/o. La define como servicial y subordinada.

Sus 21 problemas no contextualizar al receptor de los cuidados y pueden aplicarse a otras disciplinas.

L.Hall: Representa el concepto de paciente a partir de tres círculos superpuestos, los que comparte con otros proveedores.

Cuerpo-cuidado, Enfermedad-curación, Persona – alma.

La enfermería debe ser profesional porque eso reduce el tiempo de enfermedad y acelera la recuperación.

Tiene una visión psicológica del paciente influida por su formación.

Críticas: Limita el cuidado al adulto, no contempla a pacientes comatosos ni a niños en sus diferentes etapas de crecimiento.

### **Teorías de Enfermería de nivel medio**

Peplau: Considera a la enfermería como una profesión psicodinámica, debe conocer su propia conducta para entender a otros y ayudarlos a identificar lo que les sucede. Le asigna varias funciones a la enfermera.

Orlando: Utiliza la relación interpersonal como base de su trabajo.

Menciona el proceso de enfermería, supone que enfermería es una profesión autónoma e independiente.

### **Desarrollo de las diferentes Teorías**

#### **Florence Nightingale (1820-1910)**

Ella es la madre de la enfermería moderna, crea el primer modelo conceptual de enfermería. Enfermera inglesa, nacida en Florencia el 12 de Mayo de 1820, de ahí el nombre que le pusieron sus padres (aunque eran de origen británico), y muerta en Londres en 1910. Procedente de familia victoriana, creció en un ambiente donde la educación era muy estricta. Realizó prácticas en los hospitales de Londres, Edimburgo y Kaiserswerth (Alemania), y en 1853 trabajo en el Hospital for Invalid Gentlewomen de Londres. En

1854 ofreció sus servicios en la guerra de Crimen y con un grupo de enfermeras voluntarias se presentó en los campos de batalla, siendo la primera vez que se permitía la entrada de personal femenino en el ejército británico. Su brillante labor consiguió bajar la mortalidad en los hospitales militares y contribuyó a corregir los problemas del saneamiento (condiciones higiénicas en general).

En 1856 enfermó de cólera y tuvo que regresar a Londres, donde fundó una escuela de enfermeras, y allí recibió el apelativo de enfermería moderna. Esta considerada como la fundadora de las escuelas de enfermeras profesionales. Fue la primera mujer en recibir la British Order of Merit (1907)

Su espíritu de indagación se basa en el pragmatismo. El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente, y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actúe sobre él.

Su teoría se centra en el ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería.

Ella afirmó: “Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de las viviendas: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz. Otra de sus aportaciones hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia.”

Tipos de Enfermería según el modelo:

De la salud: arte que toda mujer debe aprender sobre conocimientos de higiene. La enfermería cumple funciones independientes.

De la Enfermedad: arte y cuerpo de conocimiento de otras disciplinas. Función dependiente total o parcialmente.

El **significado** de Enfermería en relación al modelo.

Considera la enfermería como una vocación religiosa (solo para mujeres), sus puntos fuertes fueron la educación, la experiencia y la observación.

La palabra enfermería significa el uso adecuado del aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad. Y la oportuna selección y administración de dietas, y todo ello con el menor gasto posible de la energía vital del paciente para evitar la enfermedad. En resumen

unas buenas condiciones higiénicas para evitar la enfermedad.

**Definición** de Enfermedad: Florence Nightingale definía enfermedad como el camino que utiliza la naturaleza para desembarazarse de los efectos o condiciones que han interferido en la salud. Y definía salud diciendo que la salud es, no solamente estar bien, sino ser capaz de usar bien toda la energía que poseemos.

Y la enfermería es, por tanto, ayudar al paciente que sufre una enfermedad a vivir tanto como poner o mantener el organismo del niño sano o del adulto en un estado tal que no padezca enfermedad

### **Dorothea Orem**

Orem nació en Baltimore, y se educó en las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl se graduó en (1930).

Dentro de su trayectoria no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

**a) Teoría del Autocuidado:** en la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre si mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados

a los estados de salud.

**b) Teoría del déficit de autocuidado:** en la que describe y explica las causas q pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuando y porque se necesita de la intervención de la enfermera.

**c) Teoría de los sistemas de enfermería:** En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

-Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera suplente al individuo.-

-Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona autocuidados.-

-Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las capacidades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Propone cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- 5- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

**Concepto de persona:** Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante:

Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten al mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad de utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

**Concepto de Salud:** La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

**Concepto de Enfermería:** Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

### **Virginia Henderson**

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : “La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin

ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.

**Los elementos más relevantes de su teoría son:**

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz. Introduce y /o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

-Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros”, esferas en las que se desarrollan los cuidados.

- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8 a la 9 relacionadas con la seguridad, la 10 relacionada con la propia estima, la 11 relacionada con la pertenencia y desde la 12 a la 14 relacionadas con la auto-actualización.

Las necesidades humanas básicas según Henderson son:

- 1) Respirar con normalidad
- 2) Comer y beber adecuadamente
- 3) Eliminar los desechos del organismo
- 4) Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
- 5) Descansar y dormir
- 6) Seleccionar vestimenta adecuada
- 7) Mantener la temperatura corporal
- 8) Mantener la higiene personal
- 9) Evitar los peligros del entorno
- 10) Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones
- 11) Ejercer culto a Dios, acorde con la religión
- 12) Trabajar de forma que permita sentirse realizado
- 13) Participar en todas las formas de recreación y ocio
- 14) Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14



necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionada a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

**Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

- Falta aguda de oxígeno
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias)
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios)
- Estados febriles agudos debidos a toda causa
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas
- Una enfermedad transmisible
- Estado preoperatorio
- Estado postoperatorio

**Variables:** estados patológicos.

- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera-paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda, o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del metaparadigma de enfermería.

**Persona:** individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia, necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

**Entorno:** incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

**Salud:** la calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

### **Hildegarde Peplau**

Nació en 1909, en Pensilvania. Colaboro en el desarrollo del campo de enfermería psiquiátrica dado su perfil profesional y formativo. Su fuente teórica la centro en la biología y en las ciencias conductuales, y evoluciono en la teoría de las relaciones interpersonales.

Se apoyan en los cuidados de la enfermería psicodinámica, para ello hay que comprender nuestra conducta para poder ayudar a los demás, y así aplicar los principios de las relaciones humanas. En su obra, “Relaciones interpersonales en enfermería”, ofrece una definición de enfermería en la que destaca la importancia del enfermo durante el “proceso interpersonal”, al que define como terapéutico, y en la que resalta la influencia de su personalidad en el aprendizaje. Mientras este reciba cuidados, la meta de enfermería, por tanto, deberá de apuntar hacia el desarrollo de la maduración personal de ambos.

Para Peplau, “La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria. Esta autora ha descrito cuatro fases para conceptualizar el proceso de interrelación personal: Orientación, identificación, aprovechamiento y resolución. Su obra produjo gran impacto, probablemente fue la primera que desarrollo un modelo teórico utilizando conocimientos extraídos de las ciencias del comportamiento. Permitió que las enfermeras ampliaran su campo de intervención, definiendo el modelo, en el que el significado psicológico de los acontecimientos, los sentimientos, y los comportamientos pudieran ser explotados e incorporados a las intervenciones de la enfermería.

### **Definición de Enfermería psicodinámica:**

Los cuidados en Enfermería psicodinámica exigen ser capaz de comprender nuestra propia conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas y aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen a todos los niveles de experiencia. La enfermería es un importante proceso interpersonal y terapéutico. Funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos que hacen de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades.

### **Definición de la Relación enfermera- paciente:**

Peplau descubre cuatro fases de la relación enfermera-paciente:

1.-**Orientación:** durante la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y entender su problema.

2.-**Identificación:** la enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al

paciente a sobrellevar la enfermedad.

3.-**Aprovechamiento:** el paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.

4.-**Resolución:** las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas.

También describe varias funciones de la enfermería, (seis)

- Función de persona recurso
- Función desconocida
- Función de liderazgo
- Función de *enseñante* (combina todas las funciones)
- Función consejera
- Función de sustituta/o

Concepto de persona: el hombre es un organismo que vive en equilibrio.

Concepto de salud: palabra símbolo que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria.

Concepto de entorno: define entorno como las fuerzas existentes fuera del organismo y en el contexto de la cultura.

### **Callista Roy**

Roy nació en los Ángeles en 1939, y se graduó en 1963.

Desarrolló la teoría de la adaptación ya que en su experiencia en pediatría quedó impresionada por la capacidad de adaptación de los niños.

Las bases teóricas que utilizó fueron:

Teoría de los Sistemas

Teoría evolucionista

### **Concepto de Hombre:**

Considera al hombre bio-psico-social en relación constante con el entorno que considera cambiante. El Hombre es un complejo sistema biológico que trata de adaptarse a los cuatro aspectos de la vida:

- La fisiología

- La autoimagen
- La del dominio del rol
- La de interdependencia

El hombre según C. Roy debe adaptarse a cuatro áreas que se detallan a:

- Las necesidades fisiológicas básicas: esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- La autoimagen: el yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.
- El dominio de un rol o papel: cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño. Padre, enfermo, jubilado,...Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.
- Interdependencia: la autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

### **Concepto de Salud:**

Respecto a la Salud, considera como un proceso de adaptación en el mantenimiento de la integridad fisiológica, psicológica y social.

### **Concepto de la Enfermería:**

La define como un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo.

Callista Roy establece que las enfermeras, para cumplir su objetivo de promover la adaptación del individuo en las cuatro áreas enunciadas anteriormente, deben realizar dos tipos de acciones:

La valoración, cuyo fin es definir la situación del paciente en la salud-enfermedad. La

intervención directa sobre el paciente, ayudándole a responder adecuadamente.

Estas acciones se realizan dentro de un proceso de cuidados que comprende las fases de:

- Valoración
- Planificación
- Actuación
- Evaluación

Surge una diferenciación entre enfermería como ciencia y enfermería practica, significando que la segunda se enfoca con el propósito de ofrecer a los individuos un servicio que fomente positivamente su salud.

**Objetivo del modelo:** Que el individuo llegue a un máximo nivel de adaptación y evolución.

Roy comento sus supuestos más importantes en Alberta (1984), en una conferencia Internacional, y son:

- a) Un sistema es un conjunto de elementos relacionados de tal modo que forman un todo o la unidad.
- b) Un sistema es un todo que funciona como tal en virtud de la interdependencia de sus partes.
- c) Los sistemas tienen entradas y salidas, también tienen procesos de control y feed-back.
- d) La entrada 0 in put, en su forma de criterio suele relacionarse con la noción de información.
- e) Los sistemas vivos son mas son más complejos que los mecánicos, y tienen unos elementos de feed back que organizan su funcionamiento general.

Se puede afirmar que el modelo de Roy se centra en la adaptación del hombre, y que los conceptos de persona, salud, enfermería y entorno están relacionados en un todo global

### **Martha Rogers**

**El objetivo del modelo:** procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Así, las enfermeras que sigan este modelo deben fortalecer la consciencia e integridad de los seres humanos, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes

entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de Salud.

Considera al hombre como un todo unificado que posee integridad propia y que manifiesta características que son más que la suma de sus partes y distintas de ellas al estar integrado en un entorno. “El hombre unitario y unidireccional” de Rogers. Respecto a la Salud, la define como un valor establecido por la cultura de la persona, y por tanto sería un estado de <<armonía>> o bienestar. Así, el estado de Salud puede no ser ideal, pero constituir el máximo estado posible para una persona, por lo tanto el potencial de máxima Salud es variable. Se basa en su concepción del hombre. Su modelo teórico se apoyaba en el conjunto de suposiciones que describen el proceso vital del hombre, el cual se caracteriza por: ser unitario, abierto, por sus patrones y organización; los sentimientos; pensamiento.

Para esta autora, el hombre es un todo unificado en constante relación con un entorno con el que intercambia continuamente materia y energía, y que se diferencia de los otros seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y de hacer elecciones que le hagan desarrollar su potencial.

Además postuló, en 1983, cuatro bloques sobre los que desarrollo su teoría:

1. Campo energético: se caracteriza por ser infinito, unificador, e irreductible, y es la unidad fundamental tanto como para la materia viva, como para la inerte.
2. Universo de sistemas abiertos: dice que los campos energéticos son abiertos e innumerables, y a la vez se integran unos en otros.
3. Patrones: son los encargados de identificar los cambios de energía, son las características distintivas de cada campo.
4. Tetradsimensionalidad: es un dominio no lineal y sin atributos temporales o espaciales, se aboga porque toda la realidad es así.

El objetivo de la enfermera es ayudar a los individuos para que puedan alcanzar su máximo potencial de salud. Para ello, la enfermera debe tratar de fomentar la interacción armónica entre el hombre y su entorno.

Los cuidados de enfermería se prestan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico de enfermería, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados de enfermería más indicados para alcanzarlos.

Para M. Rogers, la atención de enfermería debe presentarse allí donde existan individuos que presenten problemas reales o potenciales de falta de armonía o irregularidad en su relación con el entorno.

En líneas generales, se admite que el modelo de enfermería de M. Rogers es eminentemente filosófico e impulsa a las enfermeras a extender su interés hacia todo lo que pueda afectar al paciente como ser humano.

El método utilizado por Rogers es sobre todo deductivo y lógico, y le han influido claramente la teoría de los sistemas, la de la relatividad y la teoría electrodinámica. Para ella la enfermería requiere una nueva perspectiva del mundo y sistema del pensamiento nuevo enfocado a lo que de verdad le preocupa a la enfermería (el fenómeno enfermería).

Enfermería es una ciencia joven, tenemos que recordar que la primera teoría de enfermería es la de Florence, a partir de aquí nacen nuevos modelos. Cada modelo aporta una Filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

La enfermería desde sus orígenes era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, este nace con la primera teoría de enfermería. También las enfermeras centraban su atención a la adquisición de conocimientos técnicos que habían sido delegados. En 1852 Florence Nightingale con su libro “Notas de enfermería” sentó la base de la enfermería profesional, ella intentó definir cuál era la aportación específica de la enfermería al cuidado de la salud.

Entre 1950 y 1960 se formó una corriente de opinión para buscar cuáles eran los fundamentos de la profesión.

Entre 1850 y 1950 existe un escaso desarrollo teórico influenciado por:

- ✓ El Matiz femenino y religioso de la profesión. En esa época la mujer no era introducida en el estudio de las Ciencias.
- ✓ Escasa formación científica. Solo se limitaban a realizar actividades delegadas de sus superiores.
- ✓ Nivel de estudios previos a la formación enfermera era bajo.
- ✓ La situación sociopolítica de los países y las continuas guerras.
- ✓ El desarrollo espectacular de la medicina. La atención se centra en el médico y olvidan al paciente.

El marco teórico o conceptual de la enfermería es el armazón que encuadra y delimita la existencia de una determinada forma de actuar. Trata de guiar la acción profesional en la función asistencial, docente, administrativa e investigadora. Constituido por:

-Ideas y conceptos inherentes a la propia disciplina.



-Ideas y conceptos seleccionados entre otras áreas o disciplinas de la ciencia.

Los elementos que configuran el marco conceptual de la enfermería y que están presentes en todas las teorías o modelos son:

- El concepto de Hombre.
- El concepto de Salud.
- El concepto de Entorno.
- El concepto de Rol Profesional o de Enfermería.
- Supuestos básicos de las teorías de enfermería:
  - El hombre necesita a la enfermería
  - El hombre tiene capacidad propia para mejorar su estado de salud.
  - Los conocimientos de la enfermería a lo largo de la historia se han relacionado con la salud y la enfermedad.
  - El hombre interacciona constantemente con el entorno.
  - Mejorar la salud es una meta de los cuidados de enfermería.
  - La salud es un valor positivo en la sociedad.
  - Objetivos de los modelos de enfermería:
    - Formular una legislación que regule la práctica y la formación en enfermería.
    - Desarrollar reglamentos que interpreten las leyes en la práctica de la enfermería con el fin que el profesional de enfermería, comprenda mejor las leyes.
    - Desarrollar el programa de estudios para la formación de la enfermería.
    - Establecer criterios para medir la calidad de la asistencia, formación y la investigación en la enfermería.
    - Preparar las descripciones de los trabajos utilizados por los primeros profesionales de la enfermería.
    - Orientar el desarrollo de los diferentes sistemas de proporcionar cuidados de enfermería.
    - Proporcionar conocimientos para la administración, práctica, formación e investigación en enfermería.
    - Identificar las competencias y objetivos de enfermería.
    - Orientar la investigación con el fin de establecer una base empírica de conocimientos de enfermería.

## **Tendencias de la enfermería**

La tendencia naturalista: también denominada ecologista, se incluyen en este apartado los conceptos formulados por Florence Nightingale, que enfoca los cuidados de Enfermería como facilitadores de la acción que la naturaleza ejerce sobre los individuos enfermos.

-La tendencia suplencia o ayuda: los modelos representativos de esta tendencia son los de Virginia Henderson y Dorotea Orem. Estas autoras conciben el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de un ciclo vital (enfermedad, niñez, ancianidad), fomentado ambas, en mayor o menor grado, al autocuidado por parte del paciente.

-La tendencia de interrelación: en este grupo se incluyen los modelos de Hildegarde Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Levine. Todas estas enfermeras usan como base fundamental para la actuación de Enfermería, el concepto de relación, bien sean las relaciones interpersonales (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente.

Clasificación de los modelos de enfermería según las teorías utilizadas:

### **-Modelos de Interacción**

Se basan en la teoría de la comunicación-interacción de las personas. Se basan en las relaciones entre las personas.

El foco primario está en la persona como participante activo en el proceso de la salud. El énfasis en las percepciones de la persona debe ser el: autoconcepto, y la habilidad para comunicar y desarrollar diferentes roles. El principal objetivo del modelo es conseguir es obtener logros determinados mediante la reciproca. Destacan dentro de este modelo las siguientes teóricas: Orlando (1961), Riehl (1980), Kira (1981).

### **Modelos evolucionistas**

Se centran en la teoría del desarrollo o cambio para explicar los elementos de una situación de Enfermería. Son útiles en cualquier campo de la Enfermería relacionado con la edad.

Tratan de enfatizar el crecimiento, el desarrollo y la maduración de la persona.

El foco de atención primario es el cambio de la conducta de la persona en una dirección particular y fijada. Dicho cambio puede predecirse y ocurre en unas determinadas fases o etapas. El principal objetivo del modelo es potenciar el crecimiento personal del individuo.

Destacan las siguientes teóricas: Thibodeau (1983), Peplau (1952). Modelos de

necesidades humanas:

Parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la Salud como núcleo para la acción de Enfermería.

Tienen su base común en las necesidades humanas para la vida y la salud, como núcleo de acción enfermera, basadas en la teoría de la motivación y personalidad de A. Maslow.

En el desarrollo de su teoría, Maslow define cinco categorías de necesidades que se ordenan por prioridades en cuanto a su satisfacción, y establece que primero se han de satisfacer las necesidades de orden más básico (al menos la mayoría de ellas) para pasar posteriormente a satisfacer las necesidades de orden superior.

Las categorías de Maslow son las siguientes:

- Necesidades fisiológicas
- Necesidad de seguridad
- Necesidad de amor y pertenencia
- Necesidad de estima
- Necesidad de autorrealización

Existen una serie de diferencias entre las necesidades superiores y las inferiores según la pirámide de Maslow:

\*Cuanto más elevada es la necesidad menos imprescindible es para la supervivencia del individuo.

\*Cuanto más elevada es la necesidad más específicamente humana es.

\*A medida que se cubren las necesidades superiores existe un mayor nivel de supervivencia de la persona; la cobertura de las necesidades superiores representa una tendencia general hacia la salud.

\*Si se cubren las necesidades superiores se producen resultados subjetivos más deseables, por ejemplo más felicidad.

\*Es necesaria una serie de condiciones externas buenas para la cobertura de las necesidades superiores, son precisas unas condiciones muy buenas para hacer posible la autorrealización.

\*La satisfacción de las necesidades inferiores es mucho más palpable, más tangible que la satisfacción de las necesidades superiores, y se mide más en términos cuantitativos. ---Las necesidades superiores son desarrollos de evolución tardía: son menos exigentes y se pueden retrasar más en el tiempo.

\*La satisfacción de las necesidades superiores deparara mas felicidad y conducir a un crecimiento mayor de la persona, asimismo requiere de un entorno externo mas apropiado. La cobertura de las necesidades tiende hacia el perfeccionamiento, el fortalecimiento y el desarrollo sano de la persona. En este aspecto se destacan las siguientes teóricas: Henderson (1966), Rogers (1970), Orem (1980), Roper (1980).-

Modelos de sistemas:

Usan la teoría general de sistemas como base para describir los elementos de una situación de Enfermería.

El concepto de sistema constituye la noción central, entendiendo por tal el conjunto organizado de elementos o partes que actúan e interactúan coordinadamente para alcanzar determinados objetivos.

Existen dos tipos de sistemas:

1. Sistemas cerrados. Se basan en sí mismos, se consideran aislados del medio circundante, no existe en ellos importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas.-
2. Sistemas abiertos. Funcionan en base al intercambio con el exterior; todo organismo vivo es, ante todo, un sistema abierto.

Una diferencia fundamental entre ambos es que los sistemas cerrados deben alcanzar un estado de equilibrio químico y termodinámico independiente del tiempo. Por el contrario, los sistemas abiertos, pueden alcanzar en ciertas condiciones, un estado que se denomina uniforme, también independiente del tiempo. En este estado uniforme, la composición del sistema se mantiene constante, a pesar del continuo intercambio de componentes.

Los sistemas se organizan internamente mediante una estructura de niveles jerárquicos llamados subsistemas. Las propiedades de los sistemas abiertos son las siguientes:

- ✓ Totalidad, cada una de las partes esta relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total.
- ✓ Equifinalidad, puede alcanzarse el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos.
- ✓ Retroalimentación, parte de la salida de un sistema vuelve a introducirse en el sistema como parte información de dicha salida. La retroalimentación negativa se utiliza para disminuir la desviación de salida con respecto a una norma establecida y la positiva actúa como una medida para aumentar la desviación de salida.

Si aplicamos la teoría de sistemas a la persona, podríamos decir que:

- ✓ Cada persona es un compuesto dinámico que presenta interrelaciones variables, fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo.
- ✓ Cada una de las personas está rodeada por un campo de percepciones en equilibrio dinámico.
- ✓ El núcleo principal es la organización del campo y su impacto sobre la conducta funcional del individuo.

Todos los sistemas aspiran al equilibrio (entre las fuerzas internas y externas del sistema)

Los sistemas abiertos reciben-procesan-producen y retroalimentación y el entorno.

Destacan las siguientes teóricas: Roy (1980), Jonson (1980), Newman(1982)

### **Breve reseña histórica de la Enfermería en Argentina y en La Pampa**

**1886** En el Hospital San Roque actual Ramos Mejías se crea la primera escuela de Enfermería fundada por la Dra. Cecilia Grierson (1859-1934).

**1889** Se funda el Hospital Alemán. Se traen enfermeras diplomadas de Alemania.

**1889** También se funda el Hospital Italiano donde a partir de 1903 se crea la escuela de Enfermería correspondiente.

**1924** Se crea en el Hosp. Alemán el pabellón de residentes de Enfermería

**1946** La Cruz Roja local crea la escuela de enfermería dependiente

**1972** Se efectúa el reconocimiento del Ministerio Bienestar Social y Educación.

### **En la provincia de La Pampa**

Escuela de Enfermería de la provincia “Dr. Joaquín Ferro”

Formación de Recursos Humanos en Enfermería en la Provincia de la Pampa

#### **1960**

→ Creación de la Escuela, mediante Decreto 334/60

*Requisitos de Ingreso: Estudios Primarios Completos*

*Duración de la Carrera: Tres (3) años*

*Título: Enfermera/o*

*Validez: Provincial*

*Egresados: 54*

*Convalidación: Año 1969*

#### **1969**

→ Reestructuración de los planes de Estudio en virtud del Decreto N° 1469/68. Resolución S.E.S.P.N° 344/71. Que reglamenta la enseñanza de Enfermería a Nivel Nacional. Se comienzan a dictar a partir del año 1970 los Cursos de Enfermería Profesional y Auxiliar de Enfermería.

→ Decreto N° 1858. Aprobación Reglamento orgánico y Plan de Estudio de Escuela de Enfermería de la Provincia.

→ Enfermería Profesional: (Carrera Terciaria N° Universitaria)

*Requisitos de Ingreso: Secundarios Completo.*

*Duración de la Carrera: 2 años y medio.*

*Título: Enfermera/o Profesional.*

*Validez: Nacional*

*Egresados: 23*

*Se suprime en el año 1976*

→ **Cursos Auxiliares de Enfermería**

*Requisitos de Ingreso: Estudios Primarios Completo*

*Duración: 9 meses*

*Título: Auxiliar de Enfermería*

*Validez: Nacional*

*Egresados 873*

**1980**

→ **Creación de Auxiliares de Enfermería en General Pico**

**1990**

→ **Creación del Curso de Auxiliares de Enfermería en General Acha. Se cierra en el año 1991**

→ **Curso de Reconversión de Empíricos a Auxiliares de Enfermería: Sector Estatal y Privado**

*Requisitos de Ingreso: Estudios Primarios Completo. Tres años de antigüedad en atención directa al paciente.*

*Título: Auxiliar de Enfermería*

*Validez: Nacional*

*Egresados: Estatal: Privado: 84. Cursando: 36*

**1992-1994**

→ **Profesionalización: Convenio con la Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe.-**

*Requisitos de Ingreso: Estudios Secundarios Completos. Auxiliar de Enfermería.*

*Dos (2) años de antigüedad en el trabajo.*

*Duración: 2 años*

*Título: Enfermera/o Universitaria*

→ **Licenciatura:**

*Requisitos de Ingreso: Secundario Completo y Título de Enfermera/o Profesional o Universitaria.*

*Duración: 2 años*

*Título: Licenciada/o en Enfermería*

*Egresados: 13*

## **2002**

→ Mediante un convenio conjunto con los entes Estatales y la Universidad Nacional de La Pampa se crea la carrera de Licenciatura en Enfermería, con una modalidad a término y semipresencial con una duración de 5 años. Un título intermedio a los tres años de Enfermero profesional. Egresados 64 Enfermeros. En cuanto a los Licenciados egresados, se desconoce el número por encontrarse en su mayoría a la fecha elaborando la tesina de graduación.

## **2007**

→ Se implementa la carrera de Licenciatura en Enfermería en la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad Nacional de La Pampa, en modalidad presencial.

**Justificación:** (correspondiente Resolución 029/2002 del Consejo Directivo de la Universidad Nacional de La Pampa)

En nuestro país, la marcada escasez de enfermeros profesionales resiente la calidad de los servicios tanto públicos como privados.

La mayor parte de las actividades de enfermería es desempeñada por auxiliares de enfermería, mientras que la cantidad de enfermeros profesionales es mucho menor. Los licenciados en enfermería son casi una excepción y la proporción de personal empírico tiene un peso todavía excesivo en el sistema.

La atención directa al paciente es realizada preferentemente por auxiliares de enfermería y personal empírico. Los enfermeros profesionales ocupan puestos de conducción en los servicios y, en muchas provincias, también los auxiliares de enfermería ocupan estos cargos, particularmente en los hospitales de mediana y baja complejidad.

Respecto de las cifras nacionales, los servicios de salud de la Provincia de La Pampa muestran un neto predominio de personal de los auxiliares de enfermería, debido a la prolongada acción de la Escuela de Enfermería, dependiente de la Secretaria de Salud Publica del Ministerio de Bienestar Social. Por el contrario la proporción de enfermeros es marcadamente inferior; para subsanar esta deficiencia se debería contar con una cantidad cuatro veces mayor a la que hoy existe.



En síntesis, la atención directa del paciente, los cargos de conducción y la función general de la enfermería, carecen de los profesionales necesarios, lo que se ve agravado por la expansión de la demanda ejercida sobre el sistema de salud y su requerimiento creciente de actores con una preparación cada vez mayor y más compleja.

La evolución demográfica de la Provincia y la expansión cuantitativa y cualitativa de los sistemas de salud evidencia la sostenida demanda de esta carrera, para la que la Universidad Nacional de la Pampa cuenta con una gran proporción de docentes y laboratorios idóneos.

### **Enfermería: Una profesión en plena evolución (26)**

Según la definición elaborada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Moscú en Rusia, Enfermería es la «ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual».

Durante los últimos años, el personal de enfermería ha participado en importantes movimientos profesionales en defensa de la profesión. Las reacciones observadas en torno a esos movimientos han servido para poner de relieve las notables diferencias de apreciación de su cometido profesional que tienen algunos grupos de la sociedad y los trabajadores interesados. A raíz de los conflictos laborales y de las reivindicaciones protagonizados por ese personal en ciertos países, ha podido comprobarse que si bien los enfermeros, auxiliares y ayudantes de enfermería de uno y otro sexo gozaban de un prestigio sin reservas, evidenciado por la popularidad de los movimientos que emprendieron y el apoyo mayoritario que se les brindó, todavía no se comprenden con claridad el papel y el lugar que les corresponde ni el descontento que expresan por las condiciones en que deben trabajar, debido en parte a que se trata de una profesión en plena evolución.

Prácticamente nadie pone en duda la importancia de las funciones que incumben al personal de enfermería como uno de los pilares de los sistemas de atención de la salud, responsables de mantener y elevar el nivel sanitario de la población. Por lo contrario, en vista del constante aumento de las necesidades reales y de las aspiraciones de la comunidad en todo lo que atañe a la salud, desde principios del decenio de 1980 se observan un notable crecimiento de la demanda de cuidados de enfermería y una perceptible modificación de los atributos aplicados al personal de esa categoría: a saber, no sólo dotes de discreción, disponibilidad y devoción rayana en la abnegación, que siempre lo caracterizaron, sino también cualidades intelectuales tipificadas por el profesionalismo, la especialización, y el tecnicismo de las funciones que asumen. Todo este cambio se traduce en una reafirmación cualitativa de la profesión en su conjunto, hasta el punto de que ya ocupa en ciertos aspectos un lugar bien determinado, con relieve propio, en relación con la medicina.

Parecía, pues, que ya se habían reunido las condiciones básicas que permitirían valorizar a

la profesión de enfermero, auxiliar o ayudante y otorgarle la clasificación equitativa que merece. Sin embargo, las reivindicaciones del personal de enfermería demuestran sin ambages su insatisfacción, centrándose ésta en la queja de que toda esa categoría profesional ha sido desfavorecida, especialmente en lo que concierne a su estatuto socio-profesional, pues éste no toma en cuenta:

- La naturaleza, la diversificación y el carácter evolutivo del trabajo en relación con aspectos de orden técnico, intelectual y educativo, y la creciente necesidad de prestar atención a las relaciones interpersonales e interprofesionales;
- La transformación de las tareas encomendadas al personal de enfermería a raíz de la evolución de las técnicas médicas, quirúrgicas y de reanimación y del grado en que las ciencias humanas del comportamiento influyen hoy día en el campo de la atención de la salud y engendran una nueva concepción del tratamiento y los cuidados brindados a los pacientes;
- Las modalidades de ejercicio de la profesión impuestas por la necesidad de reforzar la calidad profesional de los servicios dispensados, que a su vez elevan el grado de responsabilidad que asume cada miembro de la profesión;
- La elevación de los niveles de calificación profesional a raíz de los cambios demográficos y de la emergencia de nuevas causas de morbilidad.

Todas esas reivindicaciones profesionales son convergentes, pues a pesar de que respaldan preocupaciones profesionales determinadas, ponen de relieve más que nada la insatisfacción que reina en lo que concierne a la remuneración, elemento básico de la condición socio-profesional del personal de enfermería que éste considera insuficiente y atribuye a la valorización errónea de su actividad. Sostienen, además, que se ha desfavorecido a ese personal respecto de otras profesiones de nivel o de naturaleza comparable. El malestar causado por tales diferencias de trato quizá constituya una de las principales causas de desapego por la profesión, lo que tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo se traduce en la corriente escasez de personal de

enfermería a pesar de una creciente demanda y, por ende, en la agravación de las condiciones de trabajo de los enfermeros y enfermeras en servicio activo y su consiguiente descontento.

Los miembros del personal de enfermería ejercen una profesión cada vez más exigente en el plano técnico en la cual están claramente definidas las funciones que debe asumir cada persona según sus atribuciones y su nivel de calificación. Este último es el elemento determinante en lo que atañe a la remuneración y debiera servir para justificar las diferencias salariales respecto de otras profesiones y ocupaciones. Dentro de la escala de remuneración de todo el personal de enfermería, la remuneración depende de cada categoría y del peso que ésta tenga respecto de las demás, pues de esa manera se pueden prever diferencias salariales que favorecen la contratación de personal de la categoría que más se necesite.

### **Necesidad de justipreciar la profesión** (5)

El personal de enfermería aspira profundamente a conseguir el reconocimiento efectivo de los méritos y reivindicaciones de la profesión. Son dos los principales aspectos: lograr que se admita el papel específico que le incumbe entre las demás funciones propias de los servicios de salud, y obtener la revalorización del estatuto socio-profesional de modo que sea de un nivel conforme a las funciones específicas encomendadas al personal de enfermería y acorde a los conocimientos y aptitudes necesarios para desempeñar cometidos de tanta responsabilidad. En función de estas consideraciones, el personal sostiene que deben reconocerse las tareas adicionales, que no se limitan a la prestación de cuidados básicos y que se vinculan tanto a la función educativa y sus aspectos de prevención como a la aptitud psicológica necesaria en las relaciones con los pacientes y sus familias. En ciertos casos, el personal de enfermería deplora la indiferencia con que el cuerpo médico considera sus conocimientos y experiencia y hace caso omiso de sus observaciones y sugerencias. En otras palabras, afirma que se subestiman su capacidad de juicio y la autonomía de que es capaz en el ejercicio de sus funciones.

Por otra parte, el personal de enfermería reclama que se tomen en consideración tanto el recargo de trabajo debido al aumento de la demanda, la diversificación y el tecnicismo de los actos a su cargo, como la ampliación de las responsabilidades que asume. Este aspecto, sobre todo en lo que concierne a cierta delegación de funciones ajenas al papel que le compete en primer lugar, aparece como uno de los principales motivos de insatisfacción y de deterioro de las relaciones con el personal médico y las administraciones de los hospitales.

Por último, el personal de enfermería reivindica un estatuto profesional acorde con la formación que ha recibido. Así ocurre sobre todo en los países en que el ejercicio de la profesión está supeditado a tres o cuatro años de formación especializada después de terminado el ciclo de enseñanza secundaria; en muchos casos, la reivindicación a este respecto se traduce en una demanda de reclasificación profesional fundada en los estudios universitarios realizados en cumplimiento de los requisitos exigidos. El grado de responsabilidad profesional y de tecnicismo son otros argumentos adicionales presentados en favor de esa tesis, bastante frecuente tanto en los países industrializados como en desarrollo. No hay que olvidar que el personal de enfermería puede sacar partido de la

comparación con otras profesiones y ocupaciones.

Según las informaciones de que se dispone, todas las organizaciones representativas del personal de enfermería coinciden unánimemente en que la remuneración deja mucho que desear, sobre todo cuando se tienen en cuenta las dificultades y servidumbres que impone la profesión y el hecho de que la escasez de personal agrava las condiciones en que debe prestar sus servicios.

La primera reivindicación en materia de remuneración concierne al salario básico y está ligada a la revalorización del estatuto socio-profesional, pues el personal de enfermería sostiene que su remuneración es notoriamente insuficiente cuando se la compara a la de otras profesiones y ocupaciones.

En muchos países, el personal y sus representantes ponen de relieve los problemas generados por disparidades de remuneración dentro de la profesión, que no sólo provocan descontento, sino que también contribuyen a que escasee el personal en los niveles peor remunerados. En opinión de los interesados, esas diferencias salariales existen incluso en caso de calificaciones profesionales y funciones de análogo nivel, son bastante corrientes en los servicios públicos y tendrían serias repercusiones si no fuera por la gran conciencia profesional que manifiestan los trabajadores. A veces, las diferencias de remuneración que pueden documentarse en distintas regiones y servicios, son capaces de provocar la renuencia de posibles postulantes y, por ende, la penuria de efectivos. No es infrecuente que el personal se refiera a diferencias de salarios a nivel internacional para explicar el éxodo de enfermeros y enfermeras. Por ejemplo, en Ghana se dice que sólo el 10 por ciento de los nacionales que se perfeccionan en el extranjero regresan al país, pues encuentran empleos mejor remunerados en los países vecinos. Con respecto a los estudiantes de enfermería que realizan prácticas en hospitales y clínicas, una queja precisa, proveniente de algunos países, se refiere a su ínfima retribución, a pesar de que suelen reemplazar personal de plantilla y administrar cuidados a los pacientes

La formación profesional

Las organizaciones profesionales del personal de enfermería se refieren principalmente a dos aspectos del problema de la enseñanza profesional.

En primer término, bregan a favor del desarrollo de la formación permanente y de la enseñanza especializada para ingresar en la profesión, pues es evidente que así lo exigen los progresos técnicos y científicos, la evolución de los métodos y técnicas y el propio

desenvolvimiento de las funciones confiadas al personal de enfermería. Además, la formación es inseparable del estatuto socioprofesional al que aspiran los miembros de la profesión, de modo que desde ese punto de vista también hay que revalorizarla y evaluarla como corresponde, habida cuenta de la evolución observada en ese campo, tanto más cuanto que el personal de enfermería sabe hasta qué punto la formación es indispensable para perfeccionarse y proseguir una carrera profesional satisfactoria. Las reivindicaciones más precisas y frecuentes son las siguientes:

- Reconocimiento del derecho a disfrutar de formación permanente;
- Institución de programas de formación suficientemente articulados y coherentes que permitan adecuar la enseñanza a las necesidades;
- Reordenamiento de los horarios de trabajo y de formación en función de las necesidades de asistencia a los cursos y a los trabajos prácticos;
- Provisión de medios de formación dentro del establecimiento en que se trabaja;
- Desarrollo de métodos de formación y readiestramiento que contribuyan a facilitar cambios de orientación profesional y el aprendizaje de especializaciones.

El objetivo fijado por la Conferencia de Alma Ata, organizada bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud en 1978, era el de conseguir para el año 2000, gracias a un rápido crecimiento económico favorable al desarrollo de los servicios de salud, un nivel de salud para todos los ciudadanos del mundo que les permita llevar a cabo una vida económica y socialmente productiva. Para la consecución de esa meta es indispensable recurrir a medios y acciones de gran envergadura. En efecto, un buen nivel de salud para todos no se logra sin reducir las desigualdades existentes, tanto entre los países como dentro de ellos, ni sin lograr que cada persona tome conciencia de la importancia de su propio papel en esa empresa, pero también presupone que se desarrollarán todos los medios materiales y humanos necesarios para realizar la acción preventiva imprescindible y el conjunto de actividades de tratamiento, cura y cuidado de enfermos que sean imprescindibles en vista del aumento constante de la demanda de servicios creada por el crecimiento y el envejecimiento de la población.

Desde finales del decenio de 1970 se están haciendo grandes esfuerzos en pos de ese objetivo, pero se han producido numerosas circunstancias que entorpecen la acción necesaria, sobre todo a causa de la escasez, numérica y cualitativa, de personal idóneo en

los países en desarrollo, especialmente patente en el caso del personal de enfermería, que normalmente es mayoritario en los servicios de salud. Es deplorable que sea en esos países que tanto necesitan del personal de enfermería donde es más grande la penuria de profesionales, provocada en parte por las defecciones y en parte por la falta de atractivo suficiente de la profesión en términos materiales. De ahí que sea primordial determinar las causas de la «crisis» en lo que atañe a los enfermeros, auxiliares y ayudantes de enfermería con miras a superar los inconvenientes y escollos que traban la marcha hacia la consecución del objetivo de la Conferencia de Alma Ata.

No cabe duda de que hay que atribuir la “crisis” al malestar que reina entre el personal en actividad y que se ha hecho sentir dentro de la colectividad, puesto que no surge un número suficiente de postulantes interesados en abrirse camino como enfermeros, auxiliares o ayudantes de enfermería. A su vez, el malestar perceptible se debe a motivos precisos: la dificultad de conciliar las obligaciones profesionales con la vida familiar; los otros problemas que plantea el ejercicio de la profesión, por ejemplo en cuanto a la fatiga y el desasosiego ante los sufrimientos de los demás, y la sensación de no merecer suficiente consideración social en lo que atañe a las funciones ejercidas y el grado de responsabilidad que entrañan.

Es indudable que ciertas características de las profesiones de enfermería son inmutables, mientras que otras puedan atenuarse y hasta modificarse radicalmente. El personal puede reivindicar la necesidad de que, por ejemplo, mejoren sus condiciones de trabajo, la formación que se le dispensa y las formas en que puede participar en la toma de decisiones que le conciernen, pero esto no significa que ciertas circunstancias dejen de ser invariables: los enfermos necesitarán cuidados continuos, el personal a su cargo seguirá haciendo frente al sufrimiento de los pacientes y a la pena que causa el dolor ajeno, y siempre habrán exigencias especiales que sólo pueden aliviarse mediante una compensación monetaria. Por eso, una de las reivindicaciones más persistentes y firmes concierne a la remuneración del personal de enfermería.

Los componentes de la remuneración global determinan los aspectos en que hace más hincapié el personal según los países de que se trate. Hay casos en que la reivindicación consiste más que nada en obtener la reducción del tiempo de trabajo, sea limitando la semana de labor o concediendo más días de vacaciones pagadas. En otros países, es corriente el reclamo de tasas más elevadas de salarios, horas extraordinarias o por horarios



especialmente incómodos, penosos o desagradables. También sucede que se dé prioridad a una mejor planificación de los cauces profesionales con miras a que cada cual tenga durante su carrera más oportunidades de revalorizar su remuneración. En muchos casos, se critica la inexistencia de prestaciones en especie y de ventajas sociales y se arguye que sería deseable determinar el valor de las existentes e incorporarlo al monto de la remuneración.

Todavía es posible mejorar la situación profesional y social y el nivel de remuneración del personal de enfermería. Como son: la revalorización de su estatuto socio-profesional puede contribuir a darle rango y prestigio sociales más compatibles con la equidad. Se trata de una acción indeclinable, de importancia para toda la colectividad en la medida que interesa tanto a los pacientes presentes y futuros como al personal que los atiende hoy día y podrá atenderlos el día de mañana, además de ser digna de la atención de las autoridades públicas y los empleadores, tanto del sector público como del privado. Para satisfacer, aunque sea parcialmente, las reivindicaciones salariales del personal de enfermería sería oportuno que se asignen los recursos necesarios, sea superando las dificultades coyunturales evocadas o estudiando la manera de hallar una solución sin recargar las partidas de gastos de personal. Además, sería deseable que también se adopten otras medidas menos onerosas para mejorar las condiciones de trabajo del personal de enfermería y establecer un justo equilibrio en las relaciones que mantienen todos los copartícipes responsables de conservar, cuidar y mejorar la salud de la población.

### **Enfermería y la Ética profesional (17)**

En su obra *Moral in Nursing*, J. Muyskens señala con pesar que aun en la actualidad muchos miembros femeninos de enfermería sufren una carencia de autoestima lo cual dificulta su aportación efectiva y responsable en el CEI acorde a la finalidad profesional de la enfermería. La autora apunta a cuatro posibles causas que explican las deficiencias en lo que hace a la autoestima y a la toma de decisiones profesionalmente independientes. En primer lugar, la discriminación y menosprecio de la mujer en lo que hace al carácter profesional de su labor y de su competencia en gestiones objetivas y racionales. Al género femenino se lo margina, no se toma en cuenta su perspectiva ni se respeta su aporte, y menos aun se le permite decidir con criterio propio. En la actualidad este fenómeno psico-social este en vías de superación.

En segundo lugar el trasfondo sociocultural modesto de muchos miembros de la profesión en los inicios de la misma puede contribuir a la timidez y reserva en la interacción con la clase médica tradicionalmente proveniente de esferas socioculturales más desarrolladas.

En tercer lugar, son aun pocos los países que remuneran económicamente a los profesionales en enfermería de modo justo y a tono con el papel central y primordial de esta en el cuidado de la salud. Le carencia de recursos económicos dificulta el perfeccionamiento y obtención de un status social correspondiente a la profesional de enfermería.

En cuarto lugar, la ausencia de programas educativos en enfermería que integre módulos para la toma de decisiones en cuestiones de ética profesional, sustentados en una sólida formación de la conciencia moral, obstaculiza la participación de la enfermería en las gestiones de consultivas y normativas del CEI.

**Educación específica:** Se debe insistir en todo nivel y modelar la ética del cuidado en cuanto estilo enraizado en convicciones y fortalecido en el cultivo de las virtudes.

En cuanto a la formación ética, la enfermería ética, la enfermería (la profesión más numerosa entre las delicadas al cuidado de la salud) cuenta con una rica y variada herencia. La conservación y elaboración creativa de esa herencia debe tomar como punto de partida la práctica en si de la enfermería en su modalidad autentica.

- ◆ Esta práctica supone una finalidad noble que anima y explica sus intervenciones y

justifica las decisiones al servicio del paciente.

- ◆ En vista de los desafíos ya identificados, la enfermería se siente obligada a afirmar la dignidad de la persona como paciente (quien ahora participa directamente en el cuidado de su salud) y a reconocer la salud como la integración óptima de los potenciales de la persona para lograr su proyecto vital, fomentando en todo caso la prevención. Ha de preocuparse por colocar la técnica al servicio del bien de cada persona y procurar que los recursos generados por los adelantos técnicos sean distribuidos de acuerdo a las normas de justicia a las cuales la enfermería contribuye en su articulación y aplicación. Para responder a los desafíos de acuerdo a estas recomendaciones, la enfermería puede centrar su reflexión ética en el concepto de cuidado.
  
- ◆ El cuidado presenta el valor fundamental o finalidad inherente a la enfermería. Expresa la esencia o razón de ser que la distingue pero no la separa de las otras profesionales en salud. El cuidado es el hilo conductor o denominador común de todas sus ramas o especialidades, de las áreas de desempeño profesional y de sus estudios formales. El cuidado orienta cada intervención y anima su corazón cuando el desaliento, la ansiedad, la frustración y la apatía invaden su práctica diaria. El cuidar supone una relación interpersonal y dinámica
  
- ◆ El cuidado se inicia – se puede decir- aceptando la realidad del paciente- persona que puede sufrir, ser vulnerable, dependiente y aun estar confundido. Ante este sufrimiento y condiciones se busca dialogar con el paciente para lograr una interpretación significativa a tono con la dignidad inherente a la persona. El cuidar a la persona supone descifrar las necesidades específicas del paciente. También exige responder a estas de modo que sea respetada la integridad de la persona y su búsqueda del significado trascendental que vincula su condición individual con algún valor o persona más importante que ella misma.
  
- ◆ En cuanto a las virtudes que el cuidado supone y a la vez fomenta, se puede seleccionar la empatía, la cual exige cierto desprendimiento de sí mismo para concentrarse atentamente en la experiencia del paciente. La empatía conduce a su

vez al entendimiento de las vivencias concretas de la persona en su totalidad. Se forja una solidaridad en la humanidad compartida. No se puede desestimar la función terapéutica de la calidez en el trato interpersonal, armonizada por una reverencia ante el carácter privado y la interioridad que pertenecen a la dignidad misma de la persona-paciente.

- ◆ De ésta práctica orientada al cuidado, tal y como se ha descrito en su complejidad y exigencias propias, emana una configuración teórica de la ética:
  - Ética del cuidado. Se trata de una ética que no se conforma con la mera aplicación de principios o seguimiento de reglas de aplicación inmediata. Es una ética enraizada en la convicción más profunda de las finalidades nobles de la enfermería. Se sugiere en este contexto la importancia de una autonomía profesional comprometida con la integridad y la excelencia. Se reconoce que es muy difícil fomentar esa autonomía en sistemas de salud caracterizados por trabajo excesivo, distribución injusta de responsabilidades e interacción profesional tensa y conflictiva. Sin menospreciar los principios ya clásicos de la bioética (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) la ética del cuidado hace uso de una deliberación moral que es más que un procedimiento deductivo a partir de principios abstractos, universales y objetivos. Es decir, además de la deducción, la ética del cuidado se mantiene atenta a las circunstancias concretas y cambiantes de situaciones a partir de las cuales, por inducción, deriva las exigencias que la obligan a responder con compromiso y convicción. Frecuentemente la deliberación deductiva complementada por la inductiva se beneficia de la intuición o capacitación directa de lo que una situación de inseguridad, incertidumbre o ambigüedad sugiere como respuesta. Es preciso cultivar la sensibilidad ante las vivencias concretas o la dinámica vital del paciente en su red de vinculaciones (empatía) y permanecer atento a la historia personal narrada de modo singular por el paciente. Pensada de éste modo, la ética del cuidado es capaz de armonizar la cercanía a la situación subjetiva y particular con la reflexión formal y objetiva en consonancia con principios universales.
  - En la actualidad, la ética del cuidado responde a las tendencias y desafíos. Ante

el paciente autónomo y agente de derechos, el cuidado se muestra respetuoso pero también exigente en cuanto al cumplimiento de deberes. Más aun, el cuidado generoso y desprendido de egoísmos toca la base personal de la confianza aun más radicalmente que el lenguaje de derechos y de deberes. El cuidado procura personalizar la prestación del servicio contrarrestando en gran medida la excesiva tecnología que amenaza con despersonalizar la interacción clínica, particularmente la atención de los pacientes crónicos, ancianos o terminales.

- La ética del cuidado sirve como norma de orientación y evaluación en las decisiones cada vez más conflictivas en torno a la distribución justa de los servicios. Pero la ética del cuidado se enfrenta a su vez a retos propios en una cultura contemporánea como la que compartimos. Pero a pesar de todo se puede tener un pensamiento alentador.

Es posible que los enfermeros puedan vivir su moral y ejercer sus responsabilidades éticas en la profesión inmersos en un pluralismo de diversos sistemas de valores en interacción y competencia liberal y democrática, muchas veces sin lenguaje moral común. Ya que no hay un acuerdo entre miembros de un equipo de trabajo en torno a los hechos de una situación concreta, experimentamos algunas veces incertidumbre en la práctica profesional. Otras veces experimentan ambigüedad conceptual pues no se entiende lo mismo por la terminología que se usa, como: ¿intervención fútil/ nutrición e hidratación/cuidado básico o tratamiento/cuidado paliativo?

Todo enfermero experimenta momentos de perplejidad moral al calcular beneficios y riesgos por no contar con una plena seguridad sobre la naturaleza misma de la condición y las probabilidades de ésta. Cada decisión supone afirmar un valor y renunciar a otro. La diversidad de criterios sugiere la necesidad del consenso. Pero un consenso de acuerdo táctico o pacto puede reducir la ética a preferencias de un número de personas, generalmente la mayoría. En todo caso, se plantea el problema de cómo conservar la integridad personal y profesional y a la vez participar en las negociaciones conducentes al consenso para evitar la parálisis moral de los conflictos y polarizaciones inútiles ante situaciones como son: cuidado del paciente/persona/individuo o eficiencia económica; autonomía del paciente o preferencias de la familia; dignidad de la vida o calidad de la vida

---

e intervenciones como un ventilador; hidratación/nutrición artificial.

La enfermería, por su finalidad de cuidar la totalidad de la persona en su red de relaciones, es el núcleo o centro de la interacción entre paciente, familia y otros profesionales e instituciones, se comprende que su papel en lograr consenso y a la vez mantener su integridad y autonomía profesional es un gran desafío. Algunas recomendaciones a modo de aproximación al proceso de resolución de conflictos pueden ser las siguientes:

1. Aclarar los conceptos básicos y fundamentales para una ética cívica de normas sin la cual no podría iniciarse el diálogo; lograr un consenso de lo fundamental, de aquello que no se puede negociar: la dignidad de la persona, la solidaridad, el significado del cuidado, las declaraciones de derechos promulgadas.
2. Dialogar manteniendo el respeto mutuo, evitando una polarización entre posiciones extremas, evitar colocar toda la verdad en un polo y condenar al otro al error o la ignorancia, es decir, abrirse a lo complementario en vista de la ambigüedad de los conceptos que se usan hoy a modo de fragmentos de sistemas morales ya olvidados pero que aun pueden reconstruirse.
3. Evitar que los desacuerdos, aun los inevitables, generen rencores, presiones de grupo o represalias de todo tipo (sueldo, condiciones de trabajo, empleo, etc.)
4. Reconocer con sencillez la perplejidad y las limitaciones al razonamiento moral en sí dada la vida concreta y dinámica y las limitaciones como la libertad del ser humano como tal.
5. Cultivar una espiritualidad como complemento y sustento para la ética del cuidado, no solo en consideración del bien que la espiritualidad "(en particular la religiosa) puede suponer para la recuperación del paciente y su respuesta personal ante el sufrimiento, sino como componente de su integridad profesional. La espiritualidad puede ayudar a interpretar la profesión más como una vocación de servicio generoso y desprendido de sí que como una mera carrera lucrativa. La espiritualidad se presenta como un antídoto contra la apatía, la frustración, el agotamiento de los profesionales que sirven a seres humanos en situaciones límites.

Como diría Jaspers<sup>6</sup>, situaciones que el saber individual no puede controlar y acude a una dimensión trascendental en busca de sentido. La espiritualidad religiosa cristiana aporta una fe que interpreta los sucesos de la vida bajo una luz que complementa el entendimiento, ofrece una esperanza ante los peores dolores y sufrimientos y asegura una caridad que ancla el cuidado en una fuente que nos infunde confianza en que no estamos solos en nuestro afán por servir.

---

<sup>6</sup> Citado por Hna. M. Elena Lugo, Ph. D. (2002) La Función Esencial de la Enfermería en los Comités de Ética Hospitalaria .Pontificia Universidad Católica Argentina

## **Comportamiento Organizacional** (12)

La mayor parte de las investigaciones en Comportamiento Organizacional se han organizado en actitudes, S .Robbins, las divide en tres: compromiso con el trabajo, satisfacción laboral y compromiso organizacional.

- Compromiso con el trabajo: Puede definirse como el grado en el cual una persona se identifica con su trabajo, participa activamente en el y considera su desempeño importante para la valoración propia.
- Satisfacción laboral: Actitud general de un individuo hacia su empleo, sobre la cual ampliaremos mas adelante.
- Compromiso Organizacional: El grado en el cual un empleado se identifica con una organización en particular, con sus metas y desea mantenerse en ella como uno de sus miembros.

Según Robbins, el compromiso organizacional es un mejor pronosticador de la rotación que la satisfacción en el trabajo, ya que un empleado podría estar insatisfecho con su trabajo en particular y creer que es una condición pasajera y no estar insatisfecho con la organización.

### **La Satisfacción Laboral**

Podría definirse como la actitud del trabajador frente a su propio trabajo, dicha actitud está basada en las creencias y valores que el trabajador desarrolla de su propio trabajo. Las actitudes son determinadas conjuntamente por las características actuales del puesto como por las percepciones que tiene el trabajador de lo que "deberían ser". Los tres aspectos de la situación de empleo que afectan las percepciones del "debería ser" son:

*Las comparaciones sociales con otros empleados*

*Las características de empleos anteriores*

*Los grupos de referencia*

Las características del puesto que influyen en la percepción de las condiciones actuales del puesto son:



*Retribución*

*Condiciones de trabajo*

*Supervisión*

*Compañeros*

*Contenido del puesto*

*Seguridad en el empleo*

*Oportunidades de progreso*

Además se puede establecer dos tipos o niveles de análisis en lo que a satisfacción se refiere:

1. Satisfacción General indicador promedio que puede sentir el trabajador frente a las distintas facetas de su trabajo.
2. Satisfacción por facetas grado mayor o menor de satisfacción frente a aspectos específicos de su trabajo: reconocimiento, beneficios, condiciones del trabajo, supervisión recibida, compañeros del trabajo, políticas de la empresa.

La satisfacción laboral está relacionada al clima organizacional de la empresa y al desempeño laboral.

### **Modelo tentativo de factores determinantes de satisfacción laboral**

De acuerdo a los hallazgos, investigaciones y conocimientos acumulados se considera que los principales factores que determinan la satisfacción laboral son:

- Reto del trabajo
- Sistema de recompensas justas
- Condiciones favorables de trabajo
- Colegas que brinden apoyo

Adicionalmente a éstos: compatibilidad entre personalidad y puesto de trabajo y satisfacción con el trabajo en si-reto del trabajo.

Dentro de estos factores se pueden resaltar, las características del puesto, la importancia de la naturaleza del trabajo mismo como un determinante principal de la satisfacción del puesto. Algunos trabajos sobre el tema identificaron cinco “dimensiones centrales”:

- Variedad de habilidades: es el grado en el cual un puesto requiere de una variedad de diferentes actividades para ejecutar el trabajo, lo que representa el uso de diferentes habilidades y talentos por parte del empleado.
- Identidad de la tarea: el grado en el cual el puesto requiere ejecutar una tarea o proceso desde el principio hasta el final con un resultado visible.
- Significación de la tarea: el grado en que el puesto tiene un impacto sobre las vidas o el trabajo de otras personas en la organización inmediata o en el ámbito externo.
- Autonomía : el grado en el cual el puesto proporciona libertad, independencia y discreción sustanciales al empleado en la programación de su trabajo y la utilización de las herramientas necesarias para ello.
- Retroalimentación del puesto mismo: el grado en el cual el desempeño de las actividades de trabajo requeridas por el puesto produce que el empleado obtenga información clara y directa acerca de su actuación.

**Reto del trabajo:** Los empleados tienden a preferir trabajos que les den oportunidad de usar sus habilidades, que ofrezcan una variedad de tareas, libertad y retroalimentación de cómo se están desempeñando, de tal manera que un reto moderado causa placer y satisfacción. Es por eso que el enriquecimiento del puesto a través de la expansión vertical del mismo puede elevar la satisfacción laboral ya que se incrementa la libertad, independencia, variedad de tareas y retroalimentación de su propia actuación.

Se debe tomar en cuenta que el reto debe ser moderado, ya que un reto demasiado grande crearía frustración y sensaciones de fracaso en el empleado, disminuyendo la satisfacción.

**Sistemas de recompensas justas.** Se refiere al sistema de salarios y políticas de ascensos que se tiene en la organización. Este sistema debe ser percibido como justo por parte de los empleados para que se sientan satisfechos con el mismo, no debe permitir ambigüedades y debe estar acorde con sus expectativas. En la percepción de justicia influyen la comparación social, las demandas del trabajo en sí y las habilidades del individuo y los estándares de salario de la comunidad.

**Satisfacción con el salario.** Los sueldos o salarios, incentivos y gratificaciones son la compensación que los empleados reciben a cambio de su labor.

La administración del departamento de personal a través de esta actividad vital garantiza la satisfacción de los empleados, lo que a su vez ayuda a la organización a obtener, mantener y retener una fuerza de trabajo productiva.

Varios estudios han demostrado que la compensación es las características que probablemente sea la mayor causa de insatisfacción de los empleados. Es probable que tener un líder que sea considerado y tolerante sea más importante para empleados con baja autoestima o que tengan puestos poco agradables para ellos o frustrantes.

En lo que se refiere a la conducta de orientación a la tarea por parte del líder formal, tampoco hay una única respuesta, en ocasiones cuando los papeles son ambiguos los trabajadores desean un supervisor o jefe que les calare los requerimientos de su papel, y cuando por el contrario las tareas están claramente definidas y se puede actuar competentemente sin guía e instrucción frecuente, se preferirá un líder que no ejerza una supervisión estrecha. También cabe resaltar que cuando los trabajadores no están muy motivados y encuentran su trabajo desagradable prefieren un líder que no los presione para mantener estándares altos de ejecución y/o desempeño.

De manera general un jefe comprensivo, que brinda retroalimentación positiva, escucha las opiniones de los empleados y demuestra interés permitirá una mayor satisfacción.

Compatibilidad entre la personalidad y el puesto. Algunos autores han trabajado e investigado en este aspecto y sus resultados apuntan a la conclusión de que un alto acuerdo entre personalidad y ocupación da como resultado más satisfacción, ya que las personas poseerían talentos adecuados y habilidades para cumplir con las demandas de sus trabajos. Esto es muy probable apoyándonos en que las personas que tengan talentos adecuados podrán lograr mejores desempeños en el puesto, ser más exitosas en su trabajo y esto les generará mayor satisfacción (influyen el reconocimiento formal, la retroalimentación y demás factores contingentes).

**Satisfacción, Insatisfacción y Producción.** Es el rendimiento el que influye en la satisfacción y no viceversa. La insatisfacción produce una baja en la eficiencia organizacional, puede expresarse además a través de las conductas de expresión, lealtad, negligencia, agresión o retiro. La frustración que siente un empleado insatisfecho puede conducirlo a una conducta agresiva, la cual puede manifestarse por sabotaje, maledicencia

o agresión directa. Finalmente se puede señalar que las conductas generadas por la insatisfacción laboral pueden enmarcarse en dos ejes principales: activo – pasivo, destructivo – constructivo de acuerdo a su orientación.

En este sentido, Chiavenato (2000) refiere que motivo es “aquello que impulsa a una persona a actuar de determinada manera o por lo menos, que origina una propensión hacia un comportamiento específico”; por consiguiente esto se describe, como la habilidad para que los individuos se propongan metas al cual esperan alcanzar y trabajan para lograrlo, de hecho uno de los componentes más importantes dentro de las motivaciones es el estudio de las expectativas que surge de la idea de que el comportamiento va a depender de las diferentes situaciones que se puedan presentar y de acuerdo a las necesidades individuales que les facilite el desenvolvimiento de ellas.

Por otra parte, Stephen (1998), refiere que motivación es “la voluntad de ejercer un esfuerzo persistente y de alto nivel a favor de las metas”, es así como, el desempeño individual que el Profesional de Enfermería desarrolle y el interés demostrado al realizar las actividades en la actualidad, o las que puede realizar después de su retiro, tal interés guarda relación con su propia energía interior que le ayuda a movilizar, dirigir y mantener sus acciones, no sólo para satisfacer sus propias necesidades, sino también con la esperanza de conseguir recompensas, incentivos y deseos externos.

### **Relación Terapéutica de la Enfermería/Relación Enfermero/Paciente/Familia**

La base práctica de la enfermería está implícita en toda la interacción que ocurre entre enfermero-paciente, a ésta relación suele denominársela “Relación Terapéutica”. Los siete elementos que favorecen la calidad de relación son:

1. Capacidad de apego.
2. Capacidad de empatía.
3. Capacidad de descentramiento.
4. Capacidad de contingencia.
5. Distancia óptima (Proxemia).
6. Actitud de apertura.
7. Pensamiento dialéctico.

#### *1.- Capacidad de apego:*

Es la capacidad para establecer sentimientos de confianza y seguridad. Son el conjunto de funciones, de sostén, protección, acompañamiento, consuelo.

La capacidad de comunicación, manejo de voz, tono de voz, la comunicación no verbal.

#### *2.- Capacidad de empatía:*

Capacidad de poder reconocer y comprender los sentimientos de la otra persona en una determinada situación, desde su punto de vista.

#### *3.- Capacidad de descentramiento:*

De nuestras propias necesidades, de las del paciente y su contexto. Poder ser objetivos y respetar las necesidades del otro. Es aceptar el estilo del paciente, con sus rasgos y fases de demanda, negación, inhibición, etc.

#### *4.- Capacidad de continencia:*

Al ser depositarios operativos de las ansiedades del paciente y su contexto (angustia, agresión, etc.) poder entenderlos, descifrarlos para poder realizar una devolución orientadora. No devolver lo mismo que se recibe (Angustia=Angustia, Agresión=Agresión)

Descifrar, interpretar.

*5.- Distancia óptima:*

Ni excesiva distancia (actitud defensiva o de superioridad) ni excesiva cercanía (indiscriminación que nos lleva a la confusión).

Se define como proxemia a la distancia ideal que mantiene el equilibrio social y cultural.

*6.- Actitud de apertura:*

Indagación, búsqueda de lo singular de cada paciente, dejar de lado los prejuicios y generalidades, los cardíacos, los viejitos, etc. Apertura es también ofrecer alternativas, ser flexible.

*7.- Pensamiento dialéctico:*

Es ser capaz de reconocer procesos, y los cambios como producto de la lucha entre aspectos contradictorios. Reconocer el interjuego de los opuestos, entre sanos-enfermos, entre la aceptación y el rechazo a un cierto diagnóstico, dependencia-independencia del paciente.

**Otros métodos que favorecen la relación Paciente enfermero son:**

*Inteligencia Emocional: (14)*

La inteligencia emocional es la que nos permite tomar conciencia de nuestras emociones, comprender los sentimientos de los demás, tolerar las presiones y frustraciones que soportamos en el trabajo, incrementar nuestra capacidad de empatía y nuestras habilidades sociales, y aumentar nuestras posibilidades de desarrollo social.

Es la capacidad de reconocer nuestras propias emociones dentro de nosotros y nuestras relaciones; es decir la habilidad para controlar y regular las emociones, y usarlas para guiar el pensamiento y la acción.

La inteligencia emocional es una forma de interactuar con el mundo que tiene muy en cuenta los sentimientos, y engloba habilidades tales como el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación el entusiasmo, la perseverancia, la empatía, la agilidad mental, etc. Ellas configuran rasgos de carácter como la autodisciplina, la compasión, o el altruismo, que resultan indispensables para una buena y creativa adaptación social.

Lo más beneficioso de esto es que a diferencia de la inteligencia racional, la inteligencia emocional se puede aprender y desarrollar mediante estrategias que pretenden ayudar a erradicar la violencia y otros rasgos negativos que son la causa de muchos males que padecen nuestra familia, y nuestra sociedad.

En los noticieros de todos los días abundan informes que nos muestran la desintegración de la cortesía y la seguridad, un ataque violento de los malos e incontrolados impulsos, que todo lo destruye. Pero las noticias solo reflejan en una escala más amplia la sensación de que existen cada vez más emociones fuera de control en nuestra propia vida, y en la de quienes nos rodean.

Vivimos una época en la que el tejido de la sociedad parece deshacerse a una velocidad cada vez mayor, en la que el egoísmo, la violencia y el hedonismo parecen corromper la calidad de nuestra vida comunitaria.

El impulso es el instrumento de la emoción que lleva a expresarse mediante la acción.

Quienes están a merced del impulso, y carecen de autodominio padecen una deficiencia moral: La capacidad de controlar un impulso, que es la base y el carácter. Por esa razón la raíz del altruismo se encuentra en la empatía, la capacidad de interpretar las emociones de los demás. Sino se siente la necesidad o la desesperación del otro, no existe preocupación. Estas dos posturas morales son las que nuestra época reclama dominio de sí mismo y compasión. Ambas actitudes necesarias e inherente, al quehacer de enfermería.

Actualmente se esta adjudicando un valor sin precedente a la inteligencia emocional para el éxito laboral, en este caso, para una mejor calidad de atención. Aprendiendo a controlar las emociones negativas que suponen para la salud física un riesgo tan grande como el habito de fumar. Así como el equilibrio emocional puede ayudar a proteger la salud y el bienestar.

#### *Comunicación: (11)*

Comunicación proviene de la voz latina comunicaré, que significa intercambiar, compartir, poner en común. El prefijo (-com.) es especialmente importante, ya que significa juntamente, en unión, en compañía de, con, juntos, mutuamente. El termino comunicación se relaciona, sin duda, con la interacción, que por su origen etimológico, se refiere al intercambio de hechos, actividades y movimientos. La comunicación humana necesariamente se da en situaciones de interacción, pero no toda interacción da como

resultado acciones de puesta en común, de entendimiento.

Los seres humanos estamos incluidos en un mundo de la comunicación, por esto que para un mejor estudio se ha dividido en tres: la comunicación interpersonal que se realiza entre dos personas, la comunicación grupal que tiene lugar entre tres o más personas y la comunicación social que utiliza elementos técnicos y puede llegar a millones de personas. Aunque también existe la comunicación intrapersonal que es la que realiza cada quien con uno mismo.

La comunicación interpersonal se define como el encuentro cara a cara entre dos personas que sostienen una relación de interdependencia a través de un intercambio de mensajes que proceden de señales tanto verbales como no verbales. Así, la comunicación, como fundamento de la interacción social, es el principio básico de las relaciones sociales. Todo ello pone de manifiesto que la comunicación, antes que nada, es un proceso social articulado en torno al fenómeno de compartir, de poner en común y de vincular.

La comunicación interpersonal es la forma de comunicación más importante para el hombre. Desde muy pequeños se comienza a formar parte de ella, ya que una de las primeras relaciones que establecemos es de tipo afectivo (cuidadores) y aunque al inicio de nuestras vidas no se tiene un lenguaje estructurado la comunicación no verbal permite establecer estas primeras relaciones de tipo interpersonal, haciendo un recuento de nuestras vidas se puede encontrar que los momentos más importantes de nuestra existencia, desde las decisiones más trascendentales de nuestra vida (hasta algunas que no lo son tanto) giran alrededor de un diálogo, de alguna influencia personal.

Desde un punto de vista técnico se entiende por comunicación el hecho que un determinado mensaje originario en el punto A llegue a otro punto determinado B, distante del anterior en el espacio o en el tiempo. La comunicación implica la transmisión de una determinada información. La información como la comunicación supone un proceso; los elementos que aparecen en el mismo son:

- Código. El código es un sistema de signos y reglas para combinarlos, que por un lado es arbitrario y por otra parte debe de estar organizado de antemano.
- El proceso de comunicación que emplea ese código precisa de una canal para la transmisión de las señales. El canal sería el medio físico a través del cual se transmite la comunicación.
- En tercer lugar se debe considerar el Emisor. Es la persona que se encarga de



transmitir el mensaje. Esta persona elige y selecciona los signos que le convienen, es decir, realiza un proceso de codificación; codifica el mensaje.

- El receptor será aquella persona a quien va dirigida la comunicación; realiza un proceso inverso al del emisor, ya que descifra e interpreta los signos elegidos por el emisor; es decir decodifica el mensaje.
- Naturalmente tiene que haber algo que comunicar, un contenido y un proceso que con sus aspectos previos y sus consecuencias motive el Mensaje.
- Las circunstancias que rodean un hecho de comunicación se denominan Contexto situacional (situación), es el contexto en que se transmite el mensaje y que contribuye a su significado.

Muchas veces es una cosa lo que se quiere expresar y es otra la que las demás personas entienden de aquí es también de donde muchas veces surgen las barreras de la comunicación.

Estas son algunas de las barreras más comunes:

**Ambientales:** éstas son las que nos rodean, son impersonales, y tienen un efecto negativo en la comunicación, puede ser incomodidad física (calor en la sala, una silla incomoda, etc.) distracciones visuales, interrupciones, y ruidos (timbre, teléfono, alguien con tos, ruidos de construcción).

**Verbales:** estas son las formas de hablar, que se interponen en la comunicación, como: personas que hablan muy rápido, o no explican bien las cosas. Las personas que hablan otro idioma es obvia la barrera, pero incluso a veces nuestro propio idioma es incomprendible, por nosotros mismos, ya sea por la diferencia de edad, clases sociales, nivel de educaciones incluso entre dos profesionales, de distinto interés, como ejemplo; un medico, no podría hablar de temas medicinales con un ingeniero, sino solo con un colega o una persona relacionada con la salud. El no escuchar bien, es otro tipo de barrera verbal, cuando no existe atención.

**Interpersonales:** es el asunto entre dos personas, que tienen efecto negativo en la comunicación mutua. Estas barreras interpersonales más comunes, son las suposiciones incorrectas y las percepciones distintas.

**Una Suposición,** es algo que se da por hecho. Correcta o no, la suposición es una barrera en la comunicación.

**La Percepción** es lo que uno ve y oye, es nuestro punto de vista, o sea dos personas pueden percibir un tema con distinto significado, cuando tomamos un punto de vista como un hecho nos cerramos a otras perspectivas.

Las relaciones interpersonales constituyen, pues, un aspecto básico en nuestras vidas, funcionando no solo como un medio para alcanzar determinados objetivos sino como un fin en si mismo.

Desde el campo educativo estamos viviendo un interés creciente por la llamada educación emocional. Autores como Gardner (1995) a través de las inteligencias Múltiples y Goleman (1996) con su concepto de inteligencia emocional, han inclinado sensiblemente la balanza ante los aspectos emocionales del individuo. La extensa obra de estos y otros autores (Pelechado 1984, Mayer, Caruso y Salovey, 1999) afirman con rotundidad que el éxito personal ya no depende tanto de nivel de inteligencia lógico-matemática como de las habilidades que el individuo tenga para manejar contextos interpersonales.

Si esto es así, la consecuencia es clara: se deberá de educar a las futuras generaciones en habilidades como la empatía, la resolución de conflictos interpersonales, el manejo de sus sentimientos y emociones, el control de la ansiedad, la toma de perspectiva y estrategias comunicativas, ya que les estaremos preparando para el éxito, entendido este como un elemento que contribuye a una mayor calidad de vida.

Según Bisquerra (1999) la educación emocional tiene como objetivo último potenciar el bienestar social y personal, a través de un proceso educativo continuo y permanente que aúne el crecimiento emocional y el cognitivo, porque ambos son necesarios para el desarrollo de la personalidad integral.

De acuerdo con este autor, la educación emocional facilita actitudes positivas ante la vida, permite el desarrollo de habilidades sociales, estimula la empatía, favorece actitudes y valores para enfrentar conflictos, fracasos y frustraciones y, en definitiva ayuda a saber estar, colaborar y generar climas de bienestar social.

Autonomía y responsabilidad son las dos caras de la moneda en las que debe apuntalar el joven su proyecto de vida, su apellido de crecimiento personal.

En estos casos, el familiar, cuidador o profesor deberá encontrar la “onda” en la que el chico se comunica (gestos, sonidos, movimientos oculares, etc.), dándose una verdadera sintonía interpersonal en la cual la palabra es sustituida por la mirada, la caricia y el gesto. Más aun, será precisamente en estos casos de dificultad de comunicación en los que

debemos habilitar otras formulas o vías creativas para que el chico pueda expresar su mundo interior y así evitar un aislamiento y ruptura con el otro mundo, el exterior.

Por todo ello, consideramos fundamental, tanto en aquellos jóvenes con altos grados de capacidad y autonomía, como en aquellos con mas limitaciones, potenciar su dimensión interpersonal o, en otros términos mas actuales, su inteligencia emocional.

Ante lo expuesto, a los profesionales y familiares compete reflexionar, actuar en consecuencia e intentar dotarlos de los mejores recursos posibles para que esta aventura de formar parte activa de la sociedad, con sus pros y contras, tenga éxito y sea gratificante.

Un mensaje de A. Fierro encierra el propósito último del devenir humano, del crecimiento personal y la posibilidad de autodesarrollo: “también ellos han de confeccionar el cesto con el mimbre de los que disponen y, con la ayuda de otros, disponer de recursos para, al final de la vida, aunque no escriban sus memorias, poder decirse a si mismos en voz baja: **creo que he vivido**”.

Es sabido que estilos de comunicación defectuosos producen alteraciones en el desarrollo cognitivo, afectivo y lingüístico. Los estilos comunicativos determinan la percepción del mundo, los procesos de conceptualización y pueden producir efectos en la socialización.

Un estilo comunicativo que potencie el desarrollo se caracteriza por una comunicación por con las siguientes características:

- Apertura: amplitud de temas a conversar.
- Intimidad: capacidad de expresar sentimientos.
- Claridad: que responda a criterios de la realidad.
- Congruencia: coherencia entre el mensaje verbal y no verbal.
- Carga emocional adecuada.
- Empatía o sinergia.
- Diálogo y no monologo.

La comunicación anómala o defectuosa puede producir percepción distorsionada de la realidad y pobreza en la socialización.

Por tanto:

1. La promoción de las relaciones interpersonales no es una tarea optativa o que pueda dejarse al azar. “las personas se comunican porque esa comunicaron es totalmente necesaria para su bienestar psicológico”.

2. La comunicación no es solo una necesidad humana sino el medio de satisfacer otras muchas.
3. La capacidad de comunicación interpersonal no debe medirse exclusivamente por el grado en que la conducta comunitaria ayuda a satisfacer las propias necesidades, sino también por el grado en que facilite a los otros la satisfacción de las suyas.

*Logoterapia: (24)*

Es la terapia que parte del espíritu y su aspiración es hacer descubrir al paciente el significado de su vida.

La frustración existencial, tan frecuente en nuestro tiempo, no es sino una consecuencia de la falta de sentido que para muchos tiene la vida. Y las actividades habituales.

Nietzsche: dijo “Quien dispone de un **para que vivir** es capaz de soportar casi cualquier **como**”.

Cada uno tiene su propia voluntad de sentido. La de transformar la tragedia, la enfermedad, y el fracaso en un triunfo personal, en un logro humano.

Ya que el verdadero viaje del descubrimiento no consiste en buscar nuevos paisajes, si no en cambiar la mirada.

Parafraseando a Eric Casell “los que sufren no son los cuerpos sino las personas”.

### **Déficit de autocuidado y afrontamiento inefectivo: patologías psicosomáticas**

El enfermero como persona también debe ser responsable de su autocuidado, pensado desde su individualidad inserta en un ámbito familiar, y amplio entorno social, y además como integrante del equipo de salud.

Cuando existe déficit de autocuidado (Teoría Orem) el individuo indefectiblemente llega a lo que ha dado en llamarse “**Afrontamiento Inefectivo**”; según las etiquetas Diagnóstica de la NANDA, basadas en los Patrones funcionales de Salud de M. Gordon

### **Aspectos a valorar por Patrones Funcionales**

Los Patrones Funcionales de salud, fueron creados por Marjory Gordon a mediados de los años 70, para enseñar a sus alumnos, de la Escuela de Enfermería de Boston, la valoración de los pacientes.

Los agrupó en 11 Patrones con una estructura para valorar cada uno de los aspectos de salud que afectan al individuo.

Los once patrones funcionales tienen la característica de conducir de forma lógica al diagnóstico enfermero, contemplan al paciente de forma holística y recogen toda la información necesaria del paciente, familia y entorno.

### **Los 11 Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon son:**

- **Patrón I:** Percepción y Control de la Salud
- **Patrón II:** Nutricional / Metabólico
- **Patrón III:** Eliminación
- **Patrón IV:** Actividad / Ejercicio
- **Patrón V:** Sueño / Reposo
- **Patrón VI:** Cognitivo / Perceptivo
- **Patrón VII:** Auto percepción / Autoconcepto
- **Patrón VIII:** Relaciones

- **Patrón IX:** Sexualidad
- **Patrón X:** Afrontamiento / Tolerancia al Estrés
- **Patrón XI:** Valores / Creencias

### **Etiquetas Diagnósticas de la NANDA**

Según Patrones Funcionales de Salud (M. Gordon)

#### 10. PATRÓN DE AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS (1)

Adaptación, deterioro de la  
Afrontamiento defensivo  
Afrontamiento, disposición para mejorar el  
Afrontamiento de la comunidad, disposición para mejorar el  
Afrontamiento inefectivo  
Afrontamiento inefectivo de la comunidad  
Afrontamiento familiar comprometido  
Afrontamiento familiar, disposición para mejorar el  
Afrontamiento familiar incapacitante  
Síndrome de estrés del traslado  
Síndrome de estrés del traslado, riesgo de  
Síndrome postraumático  
Síndrome postraumático, riesgo de

**Afrontamiento inefectivo:** *Trastorno del comportamiento de adaptación e incapacidad de resolver problemas.*

Factores Relacionados:

- Crisis situacionales, de maduración.
- Vulnerabilidad de la persona.
- Cambios vitales múltiples.
- Falta de vacaciones.
- Relajación inadecuada.

- Ejercicio escaso.
- Nutrición pobre.
- Sobrecarga del trabajo.
- Límites pocos realistas.
- Método de competencia inadecuado.

Características:

- Incapacidad para cubrir las necesidades humanas básicas y resolver los problemas.
- Comportamiento destructivo hacia sí mismo.
- Alteración de la participación social.
- Uso inadecuado de los mecanismos de defensa.
- Manipulación verbal.
- Falta de apetito, sueño, etc.
- Consumo excesivo de tabaco, alcohol o drogas.
- Cansancio crónico, insomnio, etc.
- Hipertensión, diabetes, úlceras, cefaleas, colon irritable, dolores musculares, etc.
- Ansiedad.
- Autoestima baja o depresión crónica.

**Aislamiento social:** Soledad experimentada por un individuo y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o de amenaza.

Factores Relacionados:

- Intereses inmaduros.
- Alteraciones del aspecto físico.

- Alteraciones del estado mental.
- Comportamiento social no aceptado.
- Valores sociales no aceptados.
- Alteración del estado de bienestar
- Recursos personales inadecuados.

Características:

- Ausencia de apoyo familiar.
- Afectividad triste o apagada.
- Retraimiento, no comunicación, no contacto ocular.
- Preocupación por los propios pensamientos.
- Hostilidad verbal y de comportamiento.
- Presencia de una minusvalía física y/o psíquica.
- Expresa sentimientos de soledad o de rechazo.
- Presenta sentimientos de indiferencia.



### **Como afecta el estrés a los individuos (13)**

**Estrés:** acompaña a la vida de los seres humanos. Como un precio de subsistencia respondido por conductas adaptativas varias.

#### **Resiliencia:**

El vocablo proviene del latín “resilio” que significa volver atrás, rebotar. Fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos.

Otros conceptos son:

- ✓ Enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativas.
- ✓ Capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez.
- ✓ Es la capacidad de una persona o sistema social de enfrentar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable.

**Distrés:** cuando la intensidad sobrepasa los límites de tolerancia deviene en distrés. Es una situación en la cual las demandas externas (sociales) o las demandas internas (psicológicas) superan nuestra capacidad de respuesta y provocan así una alarma orgánica que actúa sobre los sistemas nervioso, cardiovascular, endocrino e inmunológico, produciendo un desequilibrio psicofísico y la consiguiente aparición de la enfermedad.

#### **Bornout: (22)**

El Burnout aparece como una respuesta al estrés laboral crónico, y tiene consecuencias negativas, tanto para la persona como para la institución

El Burnout es un síndrome clínico descrito en 1974 por el psiquiatra Herber Freudenberger quien observo como jóvenes profesionales identificados con una imagen idílica de ayuda a los demás, que los llevaba a una mayor exigencia respecto de si mismos y, por ende, a una mayor vulnerabilidad al estrés, al año de empezar a trabajar la mayoría sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, así como desmotivación para el trabajo, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión. Freudenberger describió como estas personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas, y hasta agresivas con respecto a los pacientes, llegando a un trato procaz, y despersonalizado tendiendo a culpar

a los pacientes de sus problemas.

Se considera que los factores que lo determinan se pueden agrupar en tres categorías.

1. Factores relacionados con el trabajo.
2. Factores externos no relacionados con el trabajo.
3. Características individuales y personales.

Posteriormente, Maslach y Jackson lo definen como un síndrome cuyos principales síntomas son:

- 1.-Cansancio emocional o agotamiento emocional.
- 2.-Despersonalización (Robotización).
- 3.-Falta de realización personal en el trabajo

Con consecuencias en la salud física y mental. **Ansiedad y depresión** son manifestaciones patológicas presentes como consecuencia del estrés intolerable.

#### **Clasificación de los trastornos de ansiedad:**

- Trastornos de ansiedad generalizada.
- Trastorno de pánico.
- Fobia Social.
- Fobia específica (simple)
- Trastorno obsesivo compulsivo.
- Trastorno por estrés agudo.
- Trastorno por estrés post-Traumático.

#### **Trastornos de Ansiedad generalizada:**

Trastorno caracterizado por ansiedad excesiva en intensidad, duración o frecuencia, de presentación casi diaria, acompañada de una preocupación por mantenerse alejado del evento temido que interfiere con las actividades diarias.

Tensión muscular. Dolores musculares. Temblor. Sentimiento de sacudida. Espasmo. Inquietud. Desasosiego. Inhibición psicomotriz o estupor.

Mientras que la ansiedad se presenta un sentimiento inmotivado de temor e incertidumbre, aprensión y tensión frente a una amenaza no identificada que compromete el funcionamiento del individuo e implica una reducción de la libertad personal.

Debe diferenciarse del miedo o estrés en el que un agente externo pone en juego defensas psíquicas biológicas, la ansiedad normal, no excesiva de carácter adaptativo, sirve para movilizar las operaciones defensivas del organismo, es la base del aprendizaje y de la motivación para obtener placer y evitar el sufrimiento.

La psicoterapia breve de corte dinámico, cognitiva o comportamental (psicoeducación, terapias de relajación, reentrenamiento de la respiración técnicas de inundación).

**Trastorno de Pánico:** (con o sin agorafobia )

En el primer episodio el paciente sufre de un ataque de pánico caracterizado por:

Palpitaciones, opresión en el pecho, disnea, parestesias, mareo y malestar gastrointestinal. Posteriormente el paciente puede sentir una “Ansiedad anticipatorio” al ataque y para evitarlo puede desarrollar agorafobia (fobia al espacio abierto).

Jacob Méndez en 1860 durante la guerra civil americana, utilizó en termino “corazón irritable” para referirse a un cuadro caracterizado por dolor en el pecho, palpitaciones y otros signos cardíacos en ausencia de lesiones cardíacas.

Freud hizo referencia a la “neurosis de ansiedad” caracterizada por irritabilidad, expectación ansiosa, vértigo, parestesias, espasmos cardíacos, sudoración y dificultades respiratorias, e hizo relación de este ataque con la agorafobia.

**Fobias sociales:**

La fobia social se caracteriza por un miedo exagerado a ser expuesto al escrutinio o evaluación negativa por parte de otras personas o el miedo a involucrarse en una situación que lleve a la humillación o la vergüenza.

Existe una fobia específica a ciertas situaciones sociales como hablar en público y otra generalizada en la que se teme involucrarse en cualquier actividad de interacción social.

**Fobias específicas:**

Como su nombre lo indica esta fobia consiste en un temor desproporcionado a objetos o situaciones específicas como las alturas, espacios cerrados, infectados, etc.

Es común que estas fobias se presenten en la niñez y desaparezcan cuando la persona crece.

**Temores fóbicos más frecuentes (Vallejo 1991)**

Acrofobia: Temor a los lugares altos.

Aigmofobia: a los objetos puntiagudos.

Algofobia: al dolor.

Apitofobia: a las abejas.

Brontofobia: a los truenos.

Ceraunofobia: a los relámpagos.

Cinofobia: a los perros.

Cliptofobia: a los espacios pequeños.

Dismorfofobia: a la deformidad.

Dromofobia: a cruzar las calles.

Entomofobia: a los insectos.

Ereutofobia: a ruborizarse

Fotofobia: a sufrir angustia.

Gefirofobia: a cruzar los puentes.

Galofobia: a los gatos.

Misofobia: al contagio.

Muridofobia: a los ratones.

Neofobia: a lo nuevo.

Nictalofobia: a la noche.

Ofidiofobia: a las serpientes.

Queimofobia: a las tempestades.

Tafiofobia: a ser enterrado vivo.

Tanatofobia: a la muerte.

Teniofobia: a los gusanos (lombrices)

Traumatofobia: a tener un accidente. Zoofobia: a los animales.

Nosofobia: a las enfermedades.

### **Trastorno Obsesivo –compulsivo**

Pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo sufren de ideas obsesivas incesantes que todo el tiempo cruzan los pensamientos o la necesidad de realizar rituales inútiles, o ambos. La obsesión puede tomar la forma de una repetición sin fin en la cabeza del paciente de número o partes de canciones.

Las compulsiones comunes son la necesidad de lavar cosas o lavarse infinidad de veces o verificar múltiples veces que la puerta este cerrada antes de salir de la casa.

El paciente reconoce que las obsesiones o compulsiones son absurdas, pero sencillamente no puede evitarlas.

### **Trastorno por estrés agudo**

Se manifiesta en el transcurso de situaciones imprevistas, intensas, únicas, tales como una agresión, catástrofe, también durante un accidente, el descubrimiento de una enfermedad grave que afecte al sujeto o a una persona cercana.

### **Síndrome de estrés postraumático**

Se presenta después de situaciones que han amenazado la integridad física del individuo con una respuesta intensa de miedo y horror.

Los pacientes sufren del flashbacks que les recuerdan la experiencia traumática, además de presentar ansiedad generalizada, ataques de pánico, insomnio y afecto depresivo.

“está hoy ya puesto de manifiesto que muchas cosas dependen de la disposición anímica de los enfermos, de su confianza, su creencia, su estado de ánimo, su actitud pesimista o deseosa de vida, alegremente esperanzada y optimista...” “El alma lo es todo” Dr. Franz Volgyesi (1956)

“Cuanto más sepas de tus miedos, mas fácil te resultara desafiarlos”

**Enfermería: una de las profesiones más vulnerables al estrés laboral dentro del equipo de salud (9)**

Entendido el estrés laboral como el resultado de la discrepancia existente entre las demandas del ambiente y los recursos de la persona, hoy se comprende mejor que la combinación de empleados mal pagados, escasa seguridad en el trabajo y condiciones laborales deficientes no sólo es difícil de sobrellevar para los trabajadores de salud, sino que contribuye a deteriorar la calidad global de los cuidados.

Los bajos salarios, las condiciones laborales deficientes y la falta de oportunidad de ascenso profesional han tenido otros efectos: la fuga de cerebros del personal de salud capacitado, en los países más pobres, y el empeoramiento de la falta ya grave de enfermeras, en las naciones más industrializadas.

La formación básica, el aprendizaje de por vida y la formación continua son esenciales para mantener la calidad de los servicios prestados y para el desarrollo de la carrera profesional. Las organizaciones de trabajadores deben participar en la concepción y aplicación de la formación. Es esencial la formación de los gestores. Ante la falta de condiciones laborales favorables, las enfermeras quieren dejar la profesión así lo dicen las encuestas. Más de cuatro de cada diez enfermeras escocesas quieren abandonar la enfermería por los bajos salarios y la falta de perspectivas, según un perfil de 6.000 enfermeras en ejercicio. Sin embargo, en el lado positivo, más de la mitad (el 55%) manifestaron que la enfermería es gratificante. Las enfermeras del Canadá comparten esa misma opinión en una encuesta especial de los miembros de la Unión de Enfermeras de Columbia Británica. Más de la mitad de ellas dijeron que no recomendarían la enfermería como una buena elección profesional, sobre todo por el agotamiento que ellas y sus colegas experimentan cada día. Como dijo una de ellas: "Es fácil que las enfermeras se agoten porque siempre hay excesivos pacientes y enfermeras insuficientes". En los seis últimos meses, el 60% de las enfermeras que respondieron había sufrido de agotamiento, el 53%, de perturbaciones del sueño y el 47%, de dolores de cabeza. Los resultados de la encuesta sobre la carga de trabajo han dado un nuevo impulso a las propuestas de dicha Unión de Enfermeras para aliviar la crisis de la carga de trabajo. Pide que aumente la proporción entre enfermeras y pacientes en los cuidados de larga duración. En los cuidados de enfermedades agudas y de la comunidad, la Unión pide que las enfermeras diplomadas tengan derecho a incorporar nuevo personal para resolver aumentos imprevistos del

---

trabajo. En la mesa de negociación se trabaja por conseguir:

Las enfermeras de salud y seguridad en el trabajo del Reino Unido están subvaloradas y mal pagadas en comparación con otros especialistas de salud, según una encuesta reciente. Mas del 50% de esas enfermeras comunicaron que tienen muy pocas o ninguna perspectiva de carrera profesional y el 70% veía muy pocas o nulas posibilidades de pasar a la dirección media o alta.<sup>7</sup>

En Australia el 80% de los enfermeros comunica importantes aumentos de su trabajo en los cinco últimos años y que un mayor estrés afecta a su vida familiar y social, según ha constatado una encuesta reciente. Casi el 60% creía que es ahora más probable sufrir lesiones en el trabajo, y el 62% estimaba que el personal comete más errores.<sup>8</sup>

Por el hecho de que el enfermero es el profesional más cercano a la vivencia diaria del paciente, el que más tiempo invierte en este, y quien opera como punto de referencia para los demás profesionales que intervienen en el problema que sufre el paciente, y además es punto de referencia para la familia del paciente. Naturalmente esta peculiaridad hace al enfermero mas vulnerable a los conflictos que puedan surgir en el proceso de tomar decisiones éticas, sean estas decisiones tornadas de forma independiente en cuanto profesional, de forma interdependiente en cuanto miembro de un equipo o de forma dependiente al seguir las ordenes de un medico a cargo del paciente. Por todo esto es oportuno destacar el carácter profesional de la enfermería y sus funciones distintivas.

---

<sup>7</sup> Datos publicados por Ballard, J. Why work in occupational health? *Occupational Health Review*, sept./oct. de1998.

<sup>8</sup> Datos publicados en *Australian Nursing Journal*, Octubre de 1998.

### **Nivel de formación de la fuerza de trabajo de la enfermería:**

En relación al nivel de formación de enfermería existe variación según el país al que se refiera. Existen países como España, Rusia y Chile, donde todos los enfermeros son profesionales universitarios.

En Argentina en cambio existe además, una categoría de trabajadores con una formación básica de enfermería, reconocidos por el Ministerio de salud como Auxiliares de Enfermería. Por tanto en éste país se diferencian tres categorías: Auxiliares de enfermería (1.200 hs. de teórico-práctico), Enfermeros profesionales (3 años de formación universitaria), y Licenciados en Enfermería (5 años de estudios universitarios).

Es relevante manifestar que en la práctica hospitalaria y en general estas categorías no son tenidas en cuenta, ni merecen el reconocimiento económico, ni social, ya que todos son considerados igualmente “**enfermeros**”. Por ser enfermería una profesión joven en su evolución, no cuenta, aún, con el Recurso Humano mayoritario, fuerza necesaria como para poder revertir esta situación. Donde en muchos casos, los enfermeros profesionales están a cargo de auxiliares, o tienen menor remuneración por razones de antigüedad.

**1-Auxiliar de enfermería:** Es un trabajador perteneciente al personal de enfermería, que ha recibido una formación básica, no universitaria. Sus tareas específicas son los cuidados relacionados con la alimentación, eliminación e higiene, y que realiza acciones específicas en el cuidado de la salud, dentro de un servicio organizado y con supervisión que garantice la calidad del cuidado de Enfermería que requieran las personas evitando todo tipo de riesgo.

Su función se dirige a:

- Prestar atención directa al paciente, familia y comunidad en situaciones en que su salud no presente alto riesgo, considerando sus necesidades derivadas de su situación de salud y bienestar integral, y
- Colaborar con el enfermero/a para facilitar la mejor utilización rendimiento de los servicios, en beneficio de los usuarios y las instituciones de salud.

Las tareas que realiza el Auxiliar de enfermería pueden agruparse en las siguientes:

- Procedimientos básicos en las internaciones y egresos de los pacientes en las instituciones de salud
- Colaboración en los cuidados de enfermería a la madre, el niño, al adolescente,



adultos y ancianos.

- Apoyo a las actividades de nutrición a las personas.
- Procedimientos que colaboran con el desarrollo del diagnóstico de salud y tratamiento médico.
- Procedimientos para mantener la asepsia médica y quirúrgica.
- Acciones de prevención de infecciones hospitalarias.
- Colaboración en programas de promoción y prevención de la salud de la comunidad.

Muchas de las variadas obligaciones del auxiliar de enfermería son de naturaleza técnica, desde la toma de presión arterial al manejo de sistemas de soporte vital en unidades de cuidados intensivos, pero siempre bajo la supervisión de un enfermero jefe. El personal auxiliar de enfermería tiene funciones dependientes e independientes. Las primeras son aquellas que deben ser llevadas a cabo bajo las órdenes de un médico y un enfermero jefe, e incluyen actividades como las de administrar medicación, vendar y curar heridas. Las funciones independientes son aquellas que el personal de enfermería lleva a cabo bajo su propio juicio. Entre estas obligaciones se incluyen el lavado de los enfermos, las posturas de los pacientes para prevenir contracturas articulares, la educación a los pacientes para que aprendan a curarse ellos mismos y la asesoría nutricional.

**2-Enfermero profesional:** es un profesional que ha adquirido competencia científica y técnica para dar cuidado y ayuda al individuo, familia y comunidad, mediante una firme actitud humanística, ética y de responsabilidad legal; adecuados conocimientos en las áreas profesionales, biológica, psicosocial humanística y entrenado en las técnicas específicas en el marco del desarrollo científico y tecnológico de las ciencias y del país.

Aplica cuidados de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en los tres niveles de atención en individuos sanos y enfermos de complejidad intermedia, promoviendo el autocuidado e independencia precoz a través de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano, y mediante el análisis de las situaciones y aplicación del juicio crítico en una relación interpersonal de participación mutua que asegure el respeto por la individualidad y dignidad personal de aquellos bajo su cuidado.

Imparte enseñanza de salud de manera formal y/o incidental, administra/ servicios de enfermería hospitalarios y comunitarios de menor complejidad y colabora en

investigaciones en Enfermería y otras relacionada con el área de la salud.

Reconoce oportunamente sus limitaciones, preocupándose por su continuo/ crecimiento y desarrollo personal y profesional, adhiere a sus deberes y derechos participando activamente en asociaciones profesionales, gremiales y grupos de trabajo para mejorar el nivel de salud de la comunidad.

Incumbencias del enfermero

1. diagnostica las necesidades de ayuda y de cuidados de enfermería que tiene el individuo, familia y comunidad en situación de salud y enfermedad.
2. planifica, ejecuta y evalúa cuidados de enfermería tendientes a la satisfacción de las necesidades del individuo sano y enfermo en situaciones de autocuidado y de complejidad intermedia en los distintos niveles de prevención.
3. cuida la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua respetando sus valores, costumbres y creencias.
4. integra el equipo interdisciplinario e intersectorial participando en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado integral de las personas y comunidad.
5. educa a las personas y/o grupos en relación al cuidado de la salud.
6. orienta a personas y grupos sobre recursos sanitarios y facilidades disponibles para el cuidado de la salud.
7. promueve la participación de la comunidad en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida.
8. detecta grupos vulnerables y factores de riesgo; establece prioridades e implementa acciones tendientes a su disminución y/o eliminación.
9. coordina el equipo de enfermería en unidades de atención hospitalaria y/o comunitaria.
10. toma decisiones sobre la atención de enfermería, delega y controla las actividades del auxiliar de enfermería.
11. participa en programas de educación continua para el personal de enfermería de servicio hospitalario y comunitario.
12. participa en acciones de investigación en enfermería y otras áreas con el objeto de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población.

**3-Licenciado en enfermería:** perfil del licenciado en enfermería

Es un profesional que ha adquirido competencia científica y técnica para dar cuidado y ayuda al individuo, familia y comunidad, mediante una firme actitud humanística, ética y de responsabilidad legal, adecuados conocimientos en las áreas: profesional, biológica, psicosocial y humanística y entrenado en las técnicas específicas en el marco de desarrollo científico y tecnológico de las ciencias y del país.

Aplica cuidados de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en los tres niveles de atención en individuos sanos y enfermos incluyendo situaciones de emergencia y alto riesgo, promoviendo el autocuidado e independencia precoz a través de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano, y mediante el análisis de las situaciones y aplicación del juicio crítico en una relación interpersonal de participación mutua que asegure el respeto por la individualidad y dignidad personal, de aquellos bajo su cuidado.

Aplica el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de Enfermería, en la educación continua del mismo y en la educación sanitaria del individuo, familia y grupos comunitarios.

Administra servicios de Enfermería hospitalarios y comunitarios en los distintos niveles de complejidad, tomando decisiones en cualquiera de las áreas de su empeño profesional, basadas en su capacidad de observación, análisis reflexivo y juicio crítico.

Promueve y participa en investigaciones, divulga y aplica sus resultados a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de Enfermería y el desarrollo profesional.

Incumbencias del licenciado en enfermería

1. Planifica, ejecuta y evalúa cuidados de Enfermería tendientes a la satisfacción de las necesidades del individuo sano o enfermo en los distintos niveles de prevención en todos los grados de complejidad.
2. Administra servicios de Enfermería.
3. Detecta las necesidades educacionales y elabora programas de educación para la salud.
4. Elaboro programas tendientes a la participación de la comunidad en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida.
5. Asesora sobre acciones de Enfermería al equipo interdisciplinario e intersectorial.
6. Establece políticas de atención, educación e investigación en Enfermería.
7. Formula, ejecuta y evalúa programas de vigilancia epidemiológica con enfoque de

riesgo.

8. Establece políticas de atención, educación e investigación en Enfermería.
9. Establece estándares y evalúa la calidad de atención de Enfermería.
10. Planifica, organiza, ejecuta y evalúa acciones de Enfermería en situaciones de emergencia o catástrofe.
11. Controla el desarrollo de las acciones delegadas al personal de Enfermería.
12. Administra unidades, servicios de Enfermería e instituciones de salud.
13. Asesora en materia de planificación sanitaria en los ámbitos municipal, provincial y nacional.
14. Participa en el planeamiento de acciones interdisciplinarias, intrasectoriales e intersectoriales en el área de salud.
15. Desempeña funciones directivas y docentes en carreras y escuelas universitarias y no universitarias de Enfermería, cursos de auxiliares de Enfermería y en otras instituciones de nivel primario, secundario, terciario y universitario.
16. Planifica y conduce programas de capacitación al hombre, familia y comunidad para identificar y satisfacer sus necesidades.
17. Planifica y conduce programas de educación continua para el personal de Enfermería de servicio hospitalario y comunitario.
18. Asesora en materia de planificación educacional en los ámbitos de su competencia a nivel municipal, provincial y nacional.
19. Realiza y/o participa en investigación en Enfermería y otras áreas con el objeto de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población.

Además, el personal de enfermería en general debe ser maestro, consejero y administrador, preocupado por la promoción y mantenimiento de la salud de los pacientes, así como por proporcionar los cuidados necesarios cuando éstos se encuentran enfermos.

## **OBJETO DEL TRABAJO**

**PROBLEMA:** La enfermería es una profesión que sustenta su actuar en un sistema de conocimientos científicos y se expresa dentro de otras disciplinas como la disciplina del cuidado del ser humano en su experiencia de salud. En el desarrollo de la profesión, se establece una relación interpersonal significativa con el sujeto de cuidado y en este proceso, puede ser difícil para el enfermero o enfermera la identificación de factores estresantes que pueden preceder a un problema concreto. La evaluación cuidadosa puede revelar un modelo de trabajo o compromiso excesivos o una serie de hechos aparentemente menores que juntos requieren un esfuerzo adicional.

El ejercicio profesional, expone al enfermero o enfermera a situaciones críticas, tales como daños físicos graves, la enfermedad terminal y la muerte, ello remueve actitudes y temores que influyen positiva o negativamente en el proceso de atención del paciente y en su entorno familiar. Existe un *feed-back* entre el proceso de atención de enfermería y las actitudes del personal sanitario. De ahí la necesidad del autocuidado del personal para poder actuar en forma saludable ante esta realidad o cualquier otra situación considerada amenazante, para que sean lo más positivas y acertadas posibles.

**Objetivo General:** valorar factores de autocuidado y su relación con daños a la salud en el recurso humano de enfermería de los Establecimientos Asistenciales de las localidades de Eduardo Castex, Realicó e Int. Alvear, pertenecientes a la Zona Sanitaria II de La Pampa, durante el mes de agosto de 2009.

### **Objetivos Específicos**

- Caracterizar el recurso humano de enfermería en cuanto a edad y nivel de formación.
- Indagar acerca del uso de su licencia anual en cuanto a la realización de viajes de placer.
- Valorar la existencia de más de un empleo en cada enfermero.
- Conocer si el personal practica algún deportes
- Conocer si posee algún *hobby*
- Conocer si integra grupos sociales extrahospitalarios.

- Indagar la opinión respecto de necesidad de apoyo psicoterapéutico.
- Averiguar sobre la realización de cursos de capacitación laboral.
- Caracterizar los daños a la salud, sufridos en relación laboral, según daños psicológicos, accidentales o enfermedad orgánica.
- Valorar el riesgo del daño a la salud por exposición a factores relacionados con el autocuidado.

**PROPÓSITO:**

El propósito de éste trabajo es obtener información para favorecer intervenciones futuras que promuevan acciones y actitudes que se consideran apropiadas para evitar o contrarrestar los efectos nocivos del estrés. También, se espera brindar un aporte, que cualesquiera sean los resultados obtenidos de la investigación, alerten a los equipos de salud respecto de la necesidad de: incrementar los factores que favorecen la salud laboral, fortalecer las redes sociales de apoyo y la satisfactoria utilización de las horas de ocio, con el fin de ayudar a mejorar la calidad de vida del enfermero, y su grupo familiar.

## **MATERIALES Y METODO**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, durante el mes de agosto del año 2009. La población se conformó con el personal de enfermería, enfermeros con tareas inherentes a su profesión, de la Zona Sanitaria II de la provincia de La Pampa. La muestra fue obtenida por conglomerados y se constituyó con los integrantes de la población que otorgaron su consentimiento oral, para participar en el estudio. Participaron tres Establecimientos Asistenciales de Nivel IV<sup>9</sup> a saber: Establecimiento Asistencial “Dr. Pablo Lacoste” de Eduardo Castex, Establecimiento Asistencial. “Virgilio Tedìn Uriburu” de Realicó y Establecimiento Asistencial. “Dr. Reumann Enz” de Intendente Alvear<sup>10</sup> (ver Anexo I)

Los datos fueron recolectados por la tesista, de la fuente primaria, mediante encuesta telefónica anónima, utilizando un cuestionario con preguntas cerrada y de opción múltiple, destinada a identificar los sistemas de apoyo que utiliza el recurso humano de enfermería, para potenciar su afrontamiento ante situaciones estresantes, como uso de las horas de ocio y disposición de aprendizaje (ver Anexo II) El cuestionario fue diseñado por la tesista, revisado por la Directora de Tesis y aprobado mediante prueba piloto en un servicio de Enfermería del Hospital “Gob. Centeno” de la localidad de Gral. Pico, La Pampa.

El cronograma de trabajo abarcó desde el 01 de Agosto de 2009, hasta el 31 de Agosto de 2009. Previamente a la ejecución, se solicitó autorización escrita al Sr. Jefe de Zona Sanitaria II, comunicando los fundamentos de la investigación.

Las encuestas telefónicas se realizaron explicando previamente identidad del autor, finalidad del trabajo, objetivos, forma de responderlo y la aceptación voluntaria respecto a la colaboración.

### **Variables de estudio**

- Variables universales: edad.
- Variables específicas: uso de vacaciones y horas de ocio, pertenencia a grupos de

---

<sup>9</sup> Según la Ley provincial N° 1279, los Establecimientos Asistenciales se clasifican en niveles del I al VIII, siendo el I de menor complejidad el VIII de mayor complejidad.

<sup>10</sup> En la provincia de La Pampa los Establecimientos Asistenciales de nivel IV, son considerados de media complejidad, en estos niveles no muy clara delimitación de las tareas de enfermería y el equipo de salud carece de interdisciplinariedad.

apoyo extra laboral, necesidad de apoyo psicoterapéutico, daños a la salud en los últimos 5 años y asistencia a cursos de capacitación.

Estas variables fueron seleccionadas teniendo en cuenta algunos de los Patrones de Salud de M. Gordon<sup>11</sup> los cuales establecen una relación directa entre Afrontamiento y Tolerancia al estrés, mientras que NANDA por su parte al referirse al **Afrontamiento Inefectivo** además de la vulnerabilidad del individuo menciona otros factores relacionados, tales como: falta de vacaciones, relajación inadecuada, ejercicio físico escaso, etc.

El presente trabajo pretende indagar sobre el déficit de autocuidado que pueden ser el principal factor de riesgo<sup>12</sup> para el **Afrontamiento Inefectivo** como así también de las posibles patologías asociadas

El concepto en Epidemiología sobre asociación causal se basa en un criterio probabilística, que pretende descubrir relaciones entre variables, estableciendo la asociación entre un factor de riesgo y su efecto. Se considera que ésta existe cuando, precediendo en el tiempo el factor de riesgo al efecto, la variación en la frecuencia o calidad del primero se sigue de la del segundo en el mismo sentido. La relación causal en epidemiología no es determinante, es decir, no implica que, dándose el factor de riesgo, siempre se produzca la enfermedad, sino que los sujetos sobre los que actúa el factor de riesgo tienen una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad que aquellos que no lo hacen. A su vez, la Epidemiología considera que no existen respuestas definitivas, porque no se formulan preguntas finales (20).

Para ordenar las citas Bibliográficas se tuvieron en cuenta las Normas APA (American Psychological Association), en base a ellas también fueron ordenadas alfabéticamente (19).

Para la elaboración de la investigación, se utilizó como bibliografía a: Hernández S., Fernández Collado L. Metodología de la investigación (2006), 4ª edición, Mc Graw Hill. (18)

---

<sup>11</sup> Gordon, Marjory (2003) Manual de diagnósticos de enfermería. Décima Edición. Editorial Elsevier Mosby.

<sup>12</sup> Se entiende por **Factor de riesgo** a determinada característica o atributos que produce en una persona o grupo de personas, vulnerabilidad particular a un suceso no deseado, desagradable o morboso.



Definición operativa de Variables

VARIABLES	Definición operacional	Indicadores	Dimensiones	Items
Factores de autocuidado	Características o comportamientos que favorecen el bienestar	Características, elecciones o opiniones de los enfermeros	Nivel de formación en enfermería	1- Licenciado 2- Enfermero 3- Auxiliar
			Cantidad de empleos que posee	1- 1 2- 2 ó más
			Viajes de placer realizados en los últimos 5 años	1- 0 a1 2- 2 a 3 3- 3 ó más
			Práctica de actividad física o deportes	1- Siempre 2- Ocasional 3- Nunca
			Realización de hobby o entretenimientos	1- Siempre 2- A veces 3- Nunca
			Pertenencia a grupo extrahospitalario	1- Si 2- No
			Realización de cursos de capacitación	1- Siempre 2- A veces 3- Nunca
			Opinión sobre necesidad de apoyo psicoterapéutico	1- Siempre 2- A veces 3- Nunca
Daño a la salud	Cualquier afección física o psíquica que afecta el bienestar	Daño contraído durante el desempeño laboral	Tipo de daño	1- Accidente 2- enfermedad orgánica 3- Afección psicológica

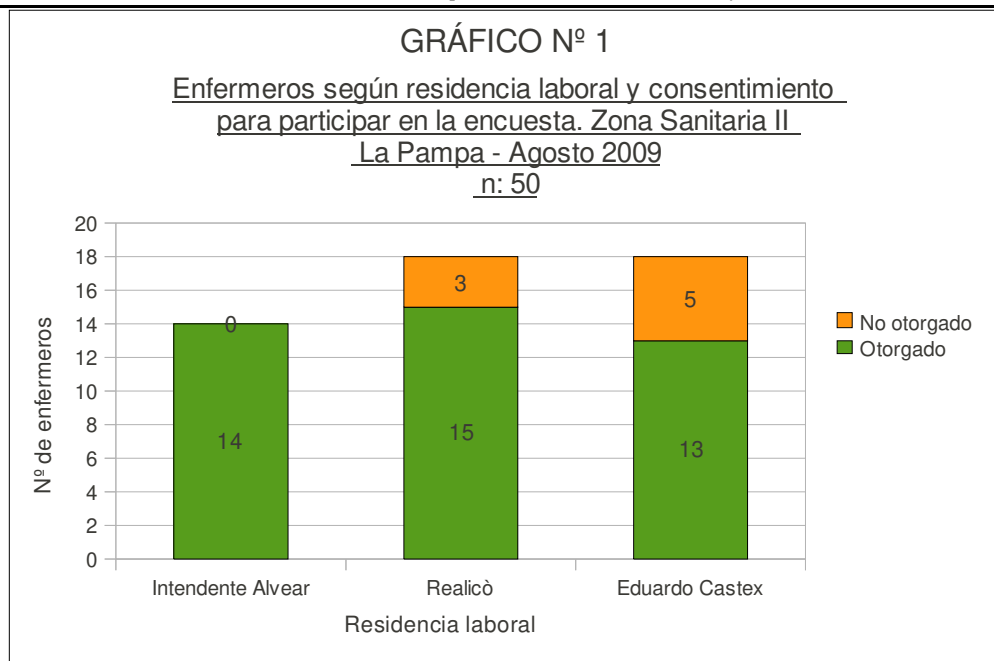
**ANÁLISIS Y RESULTADOS**

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo en tres Establecimientos Asistenciales (E.A.) de la Zona Sanitaria II: E.A. “Dr. Pablo Lacoste” de Eduardo Castex, E.A. “Virgilio Tedín Uriburu” de Realicó y E.A. “Dr. Reumann Enz” de Intendente Alvear. En los mencionados establecimientos, al momento de la encuesta, desempeñaban labores de enfermería un total de 50 personas. La distribución del personal encuestado se presenta en Tabla N° 1.

TABLA N° 1					
<u>Encuestados según lugar de residencia laboral y consentimiento para la participación en el estudio sobre afrontamiento inefectivo en el recurso humano de enfermería en la Zona Sanitaria II, La Pampa, agosto 2009</u>					
n:50					
Consentimiento para participar	Otorgado	%	No otorgado	%	TOTAL
Residencia laboral					
Intendente Alvear	14	100	0	0	14
Realicó	15	83,33	3	16,67	18
Eduardo Castex	13	72,22	5	27,78	18
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>84,00</b>	<b>8</b>	<b>16,00</b>	<b>50</b>

Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

En la Tabla N° 1 se presentan los datos relacionados con lugar de residencia y consentimiento para participar en el estudio. Los 14 (catorce) integrantes del equipo de enfermería del nosocomio público de la localidad de Intendente Alvear fueron encuestados en su totalidad. Mientras que no ocurrió así en los nosocomios de las localidades de Realicó y Eduardo Castex, donde se rehusaron a la encuesta 3 (16,67%) y 5 (27,78 %) empleados respectivamente.



Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

En el Gráfico N° 1 se ilustran los datos de la Tabla N° 1, mostrándose que de las 50 (cincuenta) personas abordadas, sólo ocho de ellos se negaron a participar en la encuesta, lo que representa el 16 % de la población. Los motivos para la no participación fueron: falta de interés y ausencia en el lugar de trabajo.

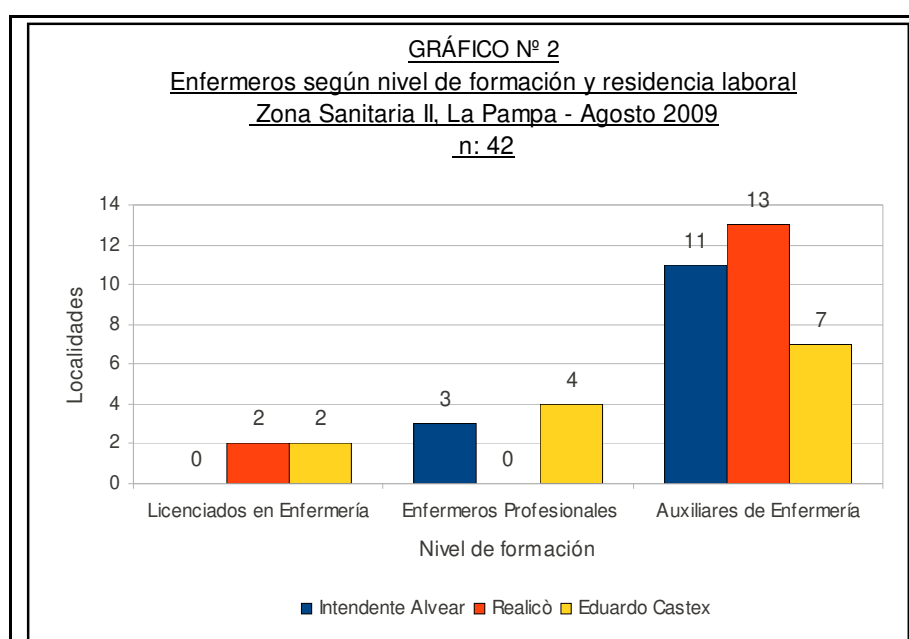
Los datos relacionados con el nivel de formación se presentan en la Tabla N° 2.

**TABLA N° 2**  
Encuestados según nivel de formación y residencia laboral  
Zona Sanitaria II, La Pampa, agosto 2009  
n:42

Nivel de formación	Localidad	Intendente Alvear	Realicó	Eduardo Castex	Total	%
Licenciados en Enfermería		0	2	2	4	9,52
Enfermeros Profesionales		3	0	4	7	16,67
Auxiliares de Enfermería		11	13	7	31	73,81
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>42</b>	<b>100,00%</b>

Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

En la Tabla N° 2 se muestra que sólo el 9% del personal encuestado es Licenciado en Enfermería, mientras que el 16 % es enfermero profesional y casi las tres cuartas partes del recurso no tiene formación universitaria. Esta conformación del plantel no cumple la condición de “Buena” según la Resolución N° 194<sup>13</sup> del Ministerio de Salud de la Nación, Dicha Resolución recomienda que con el fin de planificar las estrategias a seguir y partiendo de una relación que se considera aceptable, el Plantel de Enfermería debería estar compuesto básicamente por 40 % Enfermeros Profesionales y 60 % Auxiliares de Enfermería.



Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

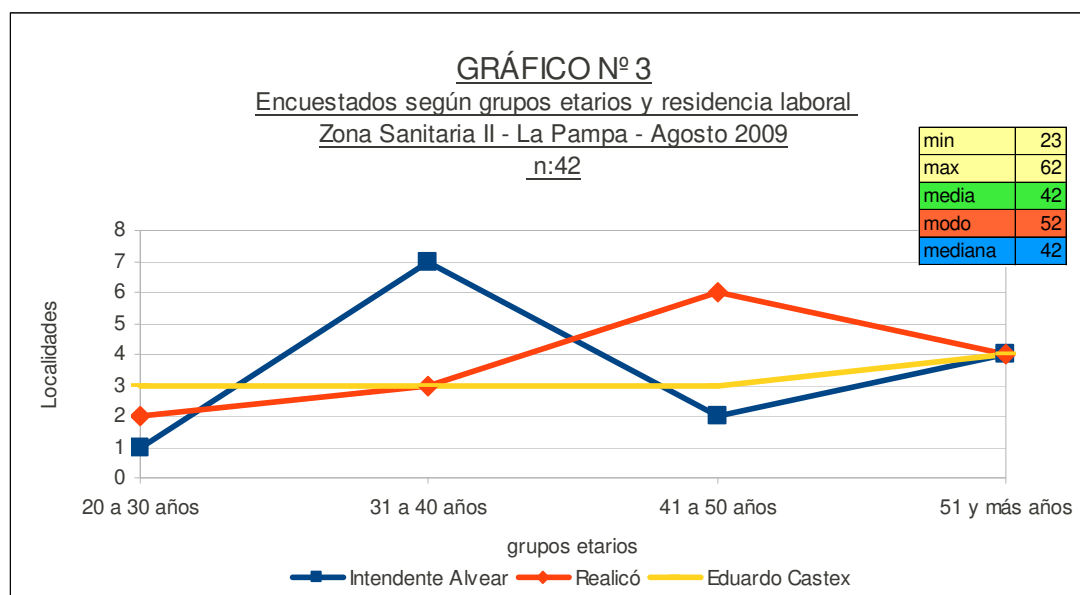
El Gráfico N° 2 muestra que sólo el nosocomio de Eduardo Castex posee recurso de enfermería de todos los niveles de formación. El E.A. De Intendente Alvear no posee Licenciados en enfermería y el Establecimiento Asistencial de Realicó no posee enfermeros profesionales aunque tiene dos licenciados. En los tres establecimientos asistenciales existe predominio de auxiliares de enfermería en los planteles de enfermería.

<sup>13</sup> Normas de organización y funcionamiento de servicios de enfermería en establecimientos de atención médica, aprobadas en Buenos Aires el 3 de Noviembre de 1995.

TABLA N° 3 Encuestados según residencia laboral y grupos etarios Zona Sanitaria II, La Pampa, agosto 2009 n:42										
Residencia laboral	Grupos etarios	20 a 30 años	%	31 a 40 años	%	41 a 50 años	%	51 y más años	%	TOTAL
Intendente Alvear		1	7,14	7	50,00	2	14,29	4	28,57	14
Realicó		2	13,33	3	20,00	6	40,00	4	26,67	15
Eduardo Castex		3	23,08	3	23,08	3	23,08	4	30,77	13
<b>Total</b>		<b>6</b>	<b>14,29</b>	<b>13</b>	<b>30,95</b>	<b>11</b>	<b>26,19</b>	<b>12</b>	<b>28,57</b>	<b>42</b>

Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

En la Tabla N° 3 se presentan los datos de los encuestados según grupos etarios. En Int. Alvear la mitad del personal posee una edad que oscila entre los 30 – 40 años; el rango es de 32 años. En Realicó la edad media se encuentra entre los 41 y 50 años (40 %); el rango es de 31 años. En cambio en Eduardo Castex, los grupos etarios se distribuyen equitativamente, con un rango de 29 años. La edad mínima fue 23 años y la máxima 62 años. La moda se situó en 52 años, mientras que la media y mediana coincidieron en 42 años. La curva por grupos etarios y localidad se muestra en el gráfico N° 3.

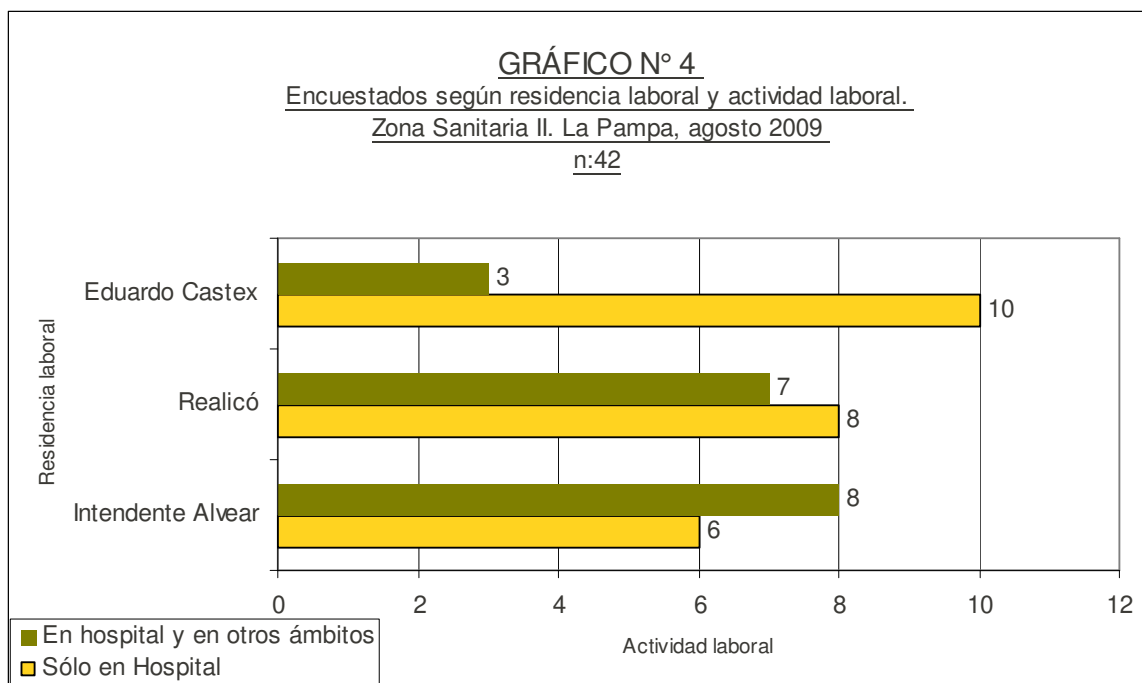


Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

TABLA N° 4						
<u>Encuestados según residencia laboral y número de empleos que poseen.</u>						
<u>Zona Sanitaria II, La Pampa, agosto 2009</u>						
<u>n:42</u>						
Residencia laboral	Actividad laboral	Solo en Hospital	%	En hospital y en otros ámbitos	%	Total
Intendente Alvear		6	42,86	8	57,14	14
Realicó		8	53,33	7	46,67	15
Eduardo Castex		10	76,92	3	23,08	13
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>57,14</b>	<b>18</b>	<b>42,86</b>	<b>42</b>
	<b>%</b>	<b>57,14</b>		<b>42,86</b>		<b>100</b>

Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

En la Tabla N° 4 se presentan los datos de número de empleos. Se ha considerado la actividad laboral en el hospital y en instituciones privadas u otras tareas de enfermería realizadas en forma independiente, tales como asistencia domiciliaria o ambulatoria. Más de la mitad de los encuestados, sólo desempeñan funciones en el Establecimiento Asistencial público. Como se puede apreciar en el Gráfico N° 4 En la localidad de Intendente Alvear el doble empleo supera al empleo único que se puede apreciar en las otras dos localidades.



Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

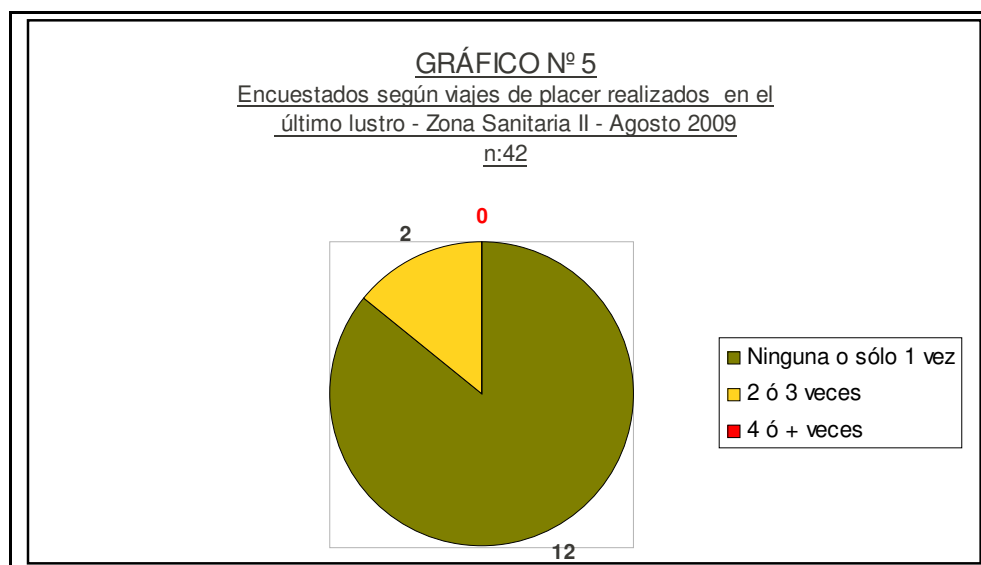
**TABLA N° 5**

**Encuestados según viajes de placer realizados en los últimos cinco años. Zona Sanitaria II, La Pampa, agosto 2009 n:42**

Encuestados	Ninguna o sólo 1 vez	2 ó 3 veces	4 ó más veces	Total
Residencia laboral				
Intendente Alvear	12	2	0	14
Realicó	12	3	0	15
Eduardo Castex	11	2	0	13
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>42</b>
<b>%</b>	<b>83,33</b>	<b>16,67</b>	<b>0,00</b>	<b>100,00</b>

Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

Tal como se muestra en la Tabla N° 5 y Gráfico N 5, más de tres cuartas partes de los encuestados han viajado una sola vez o ninguna en los últimos cinco años. Ello se atribuyó a las bajas posibilidades financieras de realizar gastos en viajes y estadías en sitios turísticos. Se contabilizaron sólo viajes de placer, descontando aquellos realizados por causas laborales o familiares. Llama la atención que sólo el 16 % viajó más de una vez y ninguno reportó viajes anuales, siendo que las licencias son otorgadas con regularidad en los establecimientos públicos, salvo excepciones como razones de servicio o enfermedad.



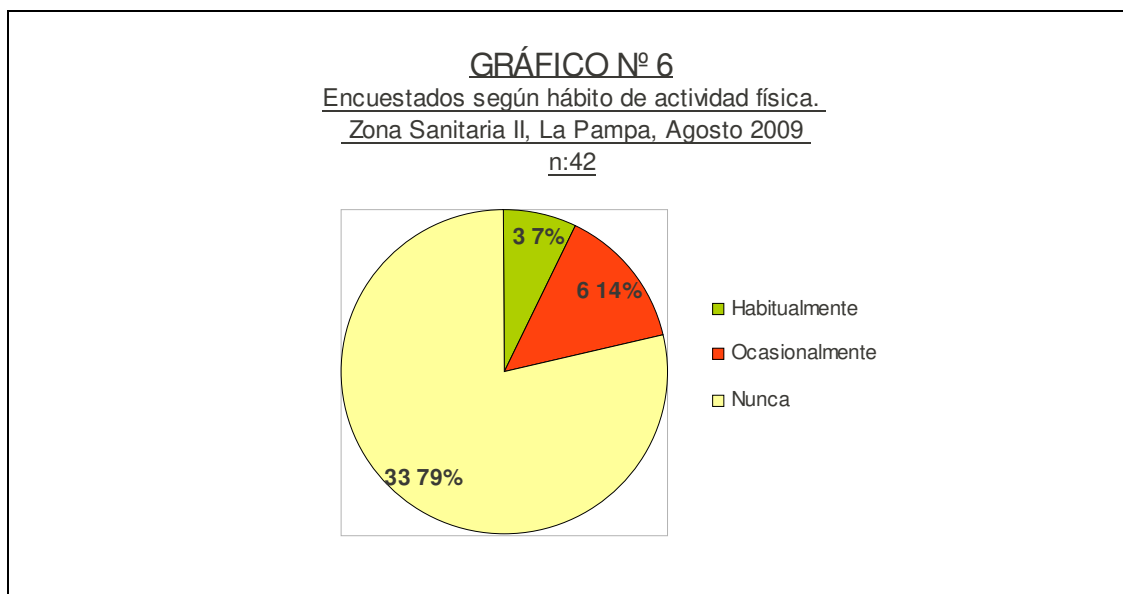
Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

**TABLA N° 6**  
**Encuestados según hábito de práctica de actividad física o deportes.**  
**Zona Sanitaria II, La pampa, agosto 2009**  
**n:42**

Práctica de deportes	Habitualmente	Ocasionalmente	Nunca	TOTAL
Residencia laboral				
Intendente Alvear	1	0	13	14
Realicó	0	3	12	15
Eduardo Castex	2	3	8	13
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>33</b>	<b>42</b>
<b>%</b>	<b>7,14</b>	<b>14,29</b>	<b>78,57</b>	<b>100,00</b>

Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

En la Tabla N° 6 se puede apreciar que más de dos tercios de los encuestados no realizan actividad física<sup>14</sup> ni deportes; sólo el 7, 14 % lo hace en forma regular y el doble de éstos últimos realiza alguna actividad física en forma ocasional. Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) el sedentarismo es un factor de riesgo para múltiples enfermedades físicas y mentales y también para accidentes. Esta concepción de riesgo puede ser aplicada al 79 % de los encuestados, de acuerdo a lo que se muestra en el Gráfico N° 6.



Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

<sup>14</sup> Se realiza una diferencia ente actividad física y deporte. La primera se considera como cualquier actividad que se diferencie del movimiento habitual por los quehaceres diarios, tal como caminar, bailar, andar en bicicleta. El deporte en cambio implica una conducta más regular y relacionada con la competición.

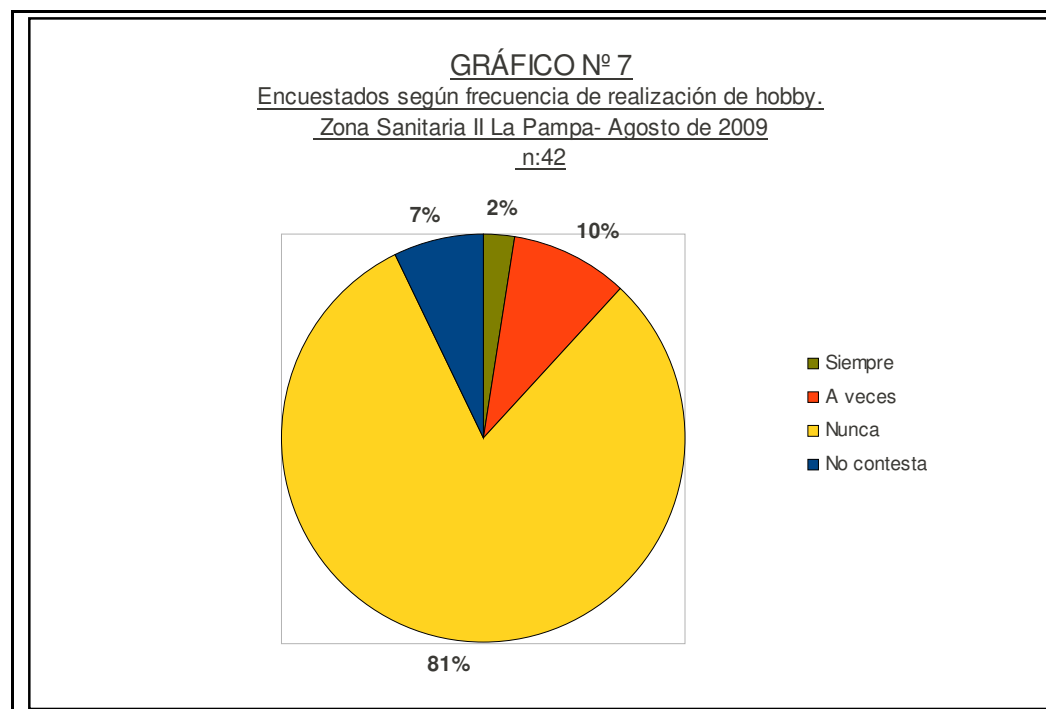


**TABLA N° 7**  
Encuestados según frecuencia de realización de actividades como hobby.  
Zona Sanitaria II, La Pampa, agosto 2009  
n:42

Desarrollo de algún hobby	Siempre	A veces	Nunca	No contesta	TOTAL
Residencia laboral					
Intendente Alvear	0	1	12	1	14
Realicó	0	2	12	1	15
Eduardo Castex	1	1	10	1	13
<b>Frecuencia</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>34</b>	<b>3</b>	<b>42</b>
<b>%</b>	<b>2,38</b>	<b>9,52</b>	<b>80,95</b>	<b>7,14</b>	<b>100</b>

Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

La falta de tiempo e interés por la recreación propia representa a los encuestados que figuran en las columnas “A veces” y “Nunca” de la Tabla N° 7. Casi un quinto de la muestra realiza alguna actividad recreativa que le agrada. Los datos se muestran en el Gráfico N° 7.

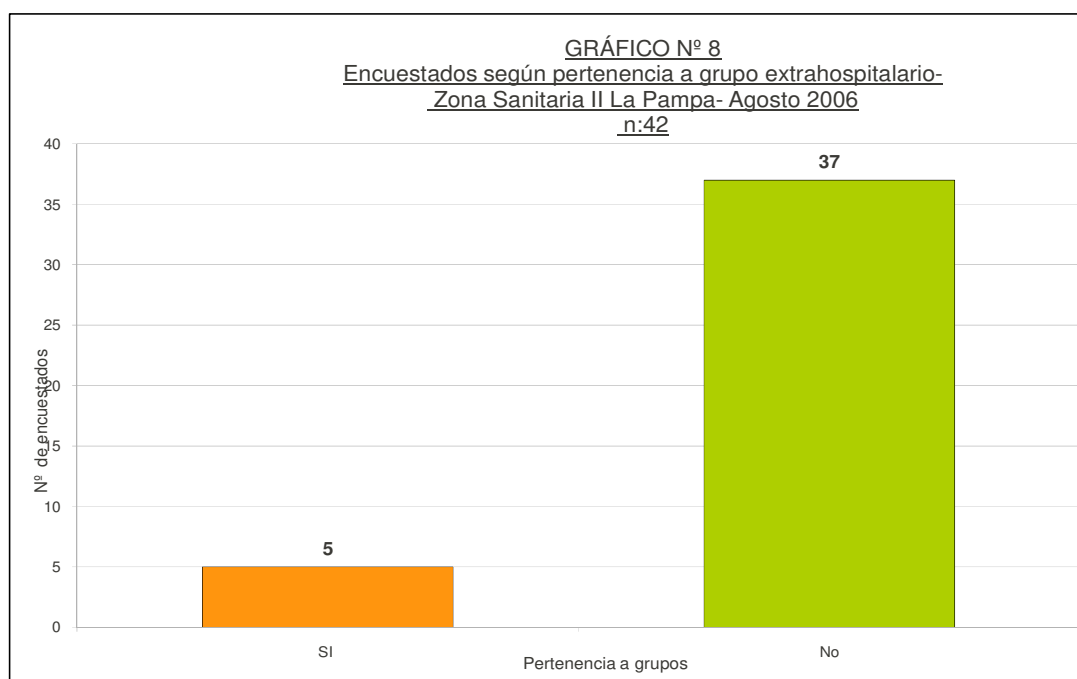


Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

<b>TABLA N° 8</b> <b>Encuestados según pertenencia a un grupo extrahospitalario. Tres localidades de Zona Sanitaria II – La Pampa- Agosto 2009</b> <b>n:42</b>			
Pertenencia a Grupo Extrahospitalario	SI	No	TOTAL
Residencia laboral			
Intendente Alvear	2	12	14
Realicó	1	14	15
Eduardo Castex	2	11	13
<b>Frecuencia</b>	<b>5</b>	<b>37</b>	<b>42</b>
<b>%</b>	<b>11,90</b>	<b>88,10</b>	<b>100</b>

Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

En la Tabla N° 8 y Gráfico N° 8 se puede apreciar que la mayoría de los encuestados no forma parte de otros grupos que no estén relacionados con el hospital. Se consideraron como grupos extra hospitalarios, la pertenencia a grupos eclesiales, de clubes y organizaciones no gubernamentales, entre otros. Uno de los factores atribuidos para la no relación con grupos del medio, fue la falta de tiempo.

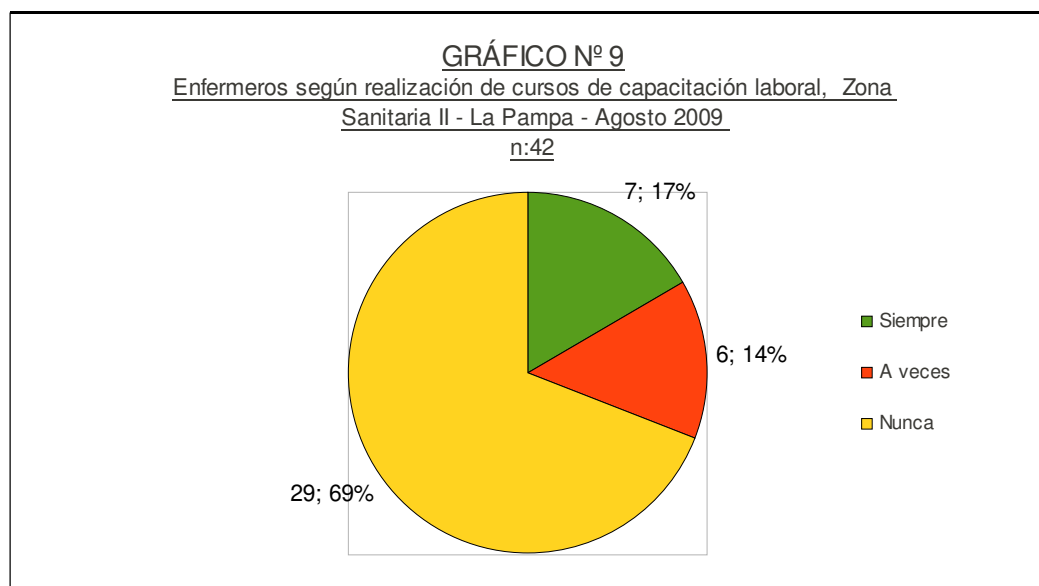


Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

TABLA N° 9 <u>Frecuencia de realización de cursos de capacitación laboral,</u> <u>Zona Sanitaria II, La Pampa; agosto 2009</u> n:42					
Residencia laboral	Frecuencia	Siempre	A veces	Nunca	TOTAL
Intendente Alvear		3	2	9	14
Realicó		2	2	11	15
Eduardo Castex		2	2	9	13
Encuestados		7	6	29	42
%		16,67	14,29	69,05	100

Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

Según los datos de la Tabla N° 9 casi el 70% de los encuestados no realiza cursos de capacitación laboral. La distribución de la frecuencia de capacitación es similar en las tres localidades. La frecuencia relativa de los datos se presenta en el Gráfico N° 9.



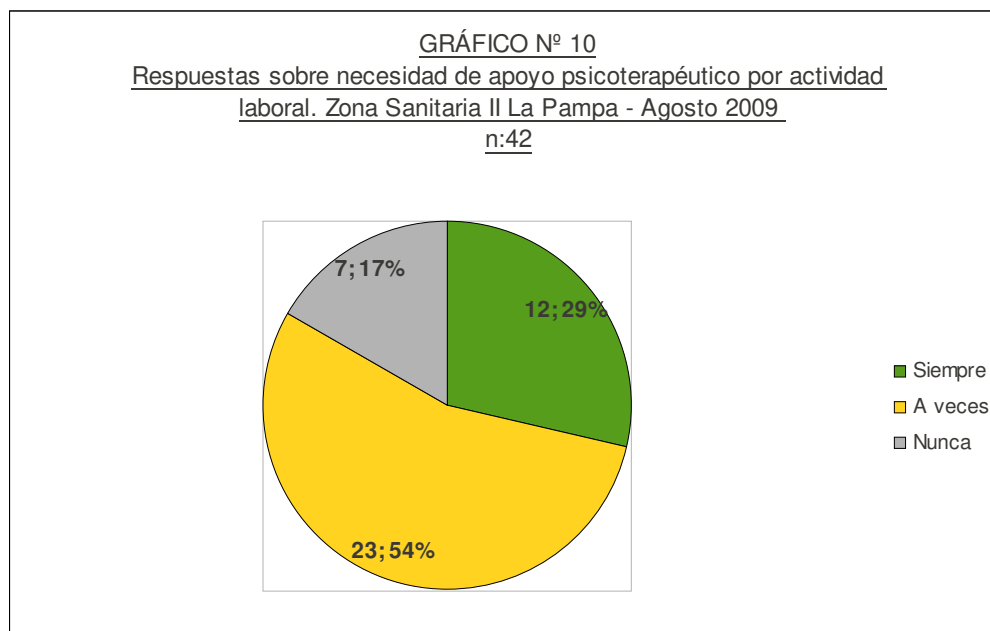
Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

**TABLA N° 10**  
Encuestados según respuestas sobre necesidad de apoyo psicoterapéutico por su actividad laboral. Zona Sanitaria II, La Pampa; agosto 2009  
n:42

Necesidad de apoyo psicoterapéutico	Siempre	A veces	Nunca	TOTAL
<b>Residencia laboral</b>				
Intendente Alvear	3	10	1	14
Realicó	4	8	3	15
Eduardo Castex	5	5	3	13
<b>Frecuencia</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>7</b>	<b>42</b>
<b>%</b>	<b>28,57</b>	<b>54,76</b>	<b>16,67</b>	<b>100</b>

Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

En la Tabla N° 10, llama la atención que menos de un tercio de la muestra piense que es necesario el apoyo psicoterapéutico por el tipo de actividad laboral que desarrolla, sin embargo más de la mitad cree que necesita ese apoyo algunas veces. De los 7 encuestados que respondieron *nunca necesitar apoyo psicológico*, seis de ellos nunca ha realizado cursos de capacitación laboral y todos son auxiliares de enfermería. Los datos se ilustran en el Gráfico N° 10.



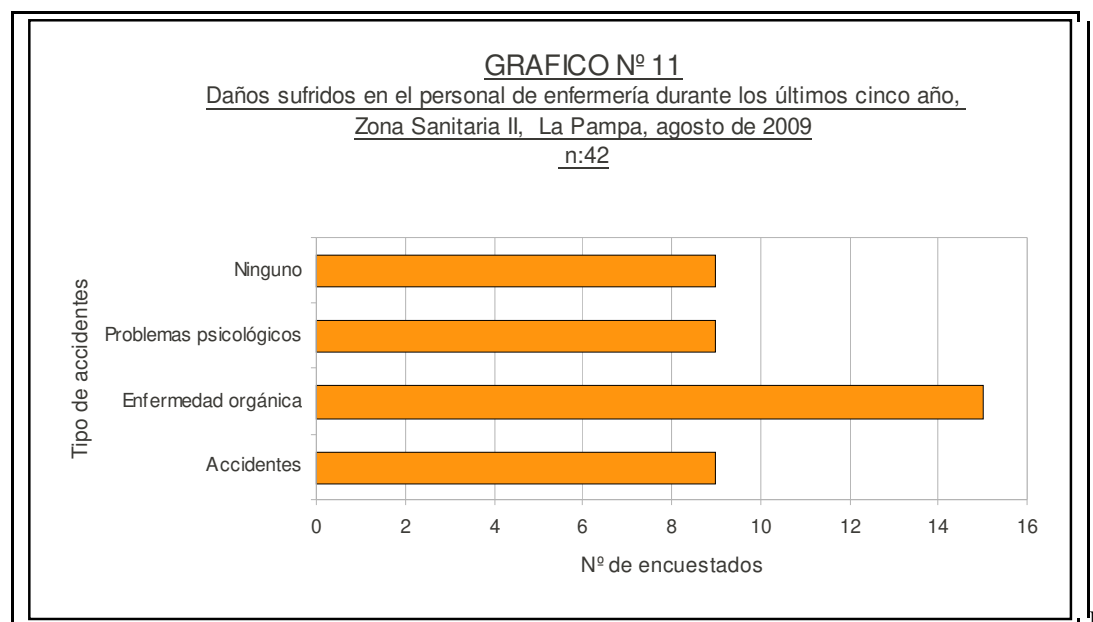
Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

**TABLA N° 11**  
**Enfermeros según daños sufridos durante el desempeño laboral,**  
**Zona Sanitaria II La Pampa, agosto 2009**  
**n:42**

Residencia laboral	Frecuencia	Accidentes	Enfermedad Física	Problemas psicológicos	Ninguno	TOTAL
Intendente Alvear		2	4	2	6	14
Realicó		3	5	4	3	15
Eduardo Castex		4	6	3	0	13
Encuestados		9	15	9	9	42
%		21,43	35,71	21,43	21,43	100,00

Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

Como se puede apreciar en la Tabla N°11, poco más de un quinto de la muestra no ha sufrido daños en relación a la actividad laboral y en la localidad de Eduardo Castex, los encuestados no reportaron daño alguno. En cuanto al tipo de daño, se puede apreciar en el Gráfico N° 11, que la mayoría son representados por enfermedad orgánica y, en partes iguales se ubican los accidentes y los daños psicológicos, como también la falta de daño.



Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

La relación de las variables de estudio y cálculo del Riesgo Relativo (RR) se presentan en las Tablas N° 12 a Tabla N° 15.

TABLA N° 12			
<u>Distribución de los encuestados según exposición al más de un empleo y</u>			
<u>ocurrencia de daños laborales. Establecimientos Asistenciales Nivel IV</u>			
<u>Zona Sanitaria II, La Pampa, agosto 2009</u>			
<u>n:42</u>			
Exposición a empleo múltiple Empleo en el Hospital y en otro ámbito laboral	Daño en la salud		Total
	SI	NO	
SI	20	4	24
NO	13	5	18
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>9</b>	<b>42</b>
			<b>RR= 1,15</b>

Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

El cálculo del RR, superior a 1 (uno) presupone que existe asociación entre la condición de múltiples empleos de los encuestados y la ocurrencia de daños a la salud.

TABLA N° 13			
<u>Distribución de los encuestados según realización de viajes de placer y ocurrencia</u>			
<u>de daños laborales. Establecimientos Asistenciales Nivel IV</u>			
<u>Zona Sanitaria II, La Pampa, agosto 2009</u>			
<u>n:42</u>			
Exposición a realización de más de un viaje de placer en los últimos cinco años	Daño en la salud		Total
	SI	NO	
SI	5	2	7
NO	28	7	35
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>9</b>	<b>42</b>
			<b>RR= 0,89</b>

Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

La Tabla N° 13 permite calcular el RR, el cual acusa menor probabilidad de daño a la salud en aquellos encuestados que han realizado más de un viaje de placer en los últimos cinco años, por lo que se puede interpretar que: realizar viajes de placer es un factor protector para la ocurrencia de daños laborales a la salud

TABLA N° 14			
<u>Distribución de los encuestados según realización de actividad física o deporte y ocurrencia de daños laborales. Establecimientos Asistenciales Nivel IV- Zona Sanitaria II, La Pampa, Agosto 2009</u>			
<u>n:42</u>			
Exposición a Práctica actividad física o deporte	Daño en la salud		Total
	SI	NO	
SI	7	2	9
NO	26	7	33
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>9</b>	<b>42</b>
			<b>RR= 0,99</b>

Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

También la actividad física o la práctica de algún deporte parece intervenir como factor de protección para la ocurrencia de daños a la salud, visto que en la Tabla N° 14 la relación de las variables produce un RR menos a 1 (uno).

TABLA N° 15			
<u>Distribución de los encuestados según realización de algún <i>hobby</i> y ocurrencia de daños laborales. Establecimientos Asistenciales Nivel IV, Zona Sanitaria II, La Pampa, agosto 2009</u>			
<u>n:39</u>			
Exposición a realización de algún <i>hobby</i> o entretenimiento	Daño en la salud		Total
	SI	NO	
SI	4	1	5
NO	27	7	34
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>8</b>	<b>39</b>
			<b>RR= 1,01</b>

Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

Según los datos de la Tabla N° 15 y el cálculo del RR la realización de algún *hobby* o entretenimiento aumentaría la probabilidad de daño laboral a la salud, aunque cabría tener en cuenta el valor de RR 1,01 y su cercanía a 1 que expresaría neutralidad. Otro aspecto a considerar es la falta de respuestas de dos encuestados, respecto del desarrollo de actividades de entretenimiento (n:39).

<p align="center">TABLA N° 16</p> <p align="center"><u>Distribución de los encuestados según pertenencia a grupos extra hospitalarios y</u>  <u>ocurrencia de daños laborales. Establecimientos Asistenciales Nivel IV</u>  <u>Zona Sanitaria II, La Pampa, Agosto 2009</u>  <u>n:42</u></p>			
Exposición a Pertenencia a grupo hospitalario	Daño en la salud		Total
	SI	NO	
SI	3	2	5
NO	30	7	37
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>9</b>	<b>42</b>
			<b>RR= 0,74</b>

Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009

El cálculo del RR a partir de la Tabla N° 16 muestra que el pertenecer a un grupo extra hospitalario actúa como factor protector para la ocurrencia de daños laborales a la salud. Igual situación ocurre con la realización de cursos de capacitación, lo cual se presenta en la Tabla N° 17, que se presenta a continuación.

<p align="center">TABLA N° 17</p> <p align="center"><u>Distribución de los encuestados según capacitación y ocurrencia de daños</u>  <u>laborales. Establecimientos Asistenciales Nivel IV</u>  <u>Zona Sanitaria II, La Pampa, Agosto 2009</u>  <u>n:42</u></p>			
Exposición a Realización de cursos de Capacitación	Daño en la salud		Total
	SI	NO	
SI	9	4	13
NO	24	5	29
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>9</b>	<b>42</b>
			<b>RR= 0,84</b>

Fuente de datos: encuesta telefónica realizada por Elba Santander. Agosto 2009



## **DISCUSION y CONCLUSIONES**

Los conceptos vertidos por Kirchmeyer, (Kirchmeyer, 1993) que afirman que el estado emocional y el bienestar psicológico de la persona, son condiciones externas que pueden influir y cambiar las experiencias en el trabajo, apoyan los resultados del presente estudio visto que se ha determinado que factores reconocidos de bienestar, tales como viajes de placer, pertenencia a grupos sociales y actividad física, en el cálculo del Riesgo relativo se muestran como factores protectores para ocurrencia de daños a la salud en relación laboral. Por otra parte, en este trabajo se ha asociado el múltiple empleo como factor de riesgo para daños a la salud, lo cual es apoyado en parte por los resultados logrados por Noriega y otros<sup>15</sup>, que analizan la interacción de exigencias laborales como determinantes de trastornos mentales, psicosomáticos y fatiga.

En la investigación, “RIESGO DE AFRONTAMIENTO INEFECTIVO POR DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN EL RECURSO HUMANO DE ENFERMERÍA” se obtuvo una muestra de 42 enfermeros, que respondieron, mediante encuesta telefónica, respecto de indicadores de autocuidado relacionados con la actividad laboral. Los participantes, al momento del estudio, poseían entre 23 y 62 años, con una media y mediana de 42 y una moda de 52 años. Se mostraron diferencias en la edad del personal de enfermería de los 3 establecimientos Así en Intendente Alvear la mediana se situó 35 años; en Realicó en 43 años y en Eduardo Castex en 42 años.

El 9.52 % manifestó tener título de Licenciado en Enfermería, el 16,67% título de Enfermero y el 73.81 % certificado de auxiliar de enfermería. Estos datos ponen en evidencia que la conformación de los planteles de enfermería no es “aceptable” según la clasificación que propone el Ministerio de Salud de la Nación<sup>16</sup> pues para ello se necesitaría contar con un 40% de enfermeros profesionales. Esto se considera un aditamento más para sumar malestar laboral, por áreas de competencia poco claras.

El 42, 86 % tiene otro empleo además de trabajar en el Establecimiento Asistencial Público, y el

---

<sup>15</sup> Noriega, M; Laurell, C; Martínez, S; Méndez y Villegas, J Interacción de las exigencias de trabajo en la generación de sufrimiento mental División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México, D.F.

<sup>16</sup> Ministerio de Salud, Resolución N° 194 sobre “Normas de Garantía de Calidad de la Atención Medica en Establecimientos de Salud”

69.07 % del total nunca realiza cursos de capacitación laboral. No se indagó sobre el interés por continuar aprendiendo pero un impedimento real para ello lo constituye la distancia a los centros de estudios y la erogación económica por traslados y lucro cesante.

Sólo el 21,43 % no ha reportado daños en relación laboral, mientras que el 78,57 % restante ha sufrido daños psicológicos (21,43 %), accidentes (21,43%) y enfermedad orgánica (35.71%).

En cuanto a los factores, cuyo cálculo de riesgo relativo ha resultado (en este estudio) como protectores para daños a la salud; en el caso de viajes de placer, sólo el 16,67% ha viajado más de una vez en los últimos cinco años. No realizan actividad física el 78,57 % y el 88,10 % no integra grupos sociales extra hospitalarios. Esto se interpreta como un déficit en el manejo de las horas de ocio.

A pesar que las redes de contención como grupo hospitalario no existen formalmente, el 16,67 % cree que no necesita apoyo psicoterapéutico nunca, mientras que el 54,76 % cree necesitarlo a veces y el 28,57 % lo necesaria siempre. Un agravante de la situación de estrés laboral lo constituyen los horarios rotativos pues afectan momentos de la vida familiar y de pareja, entre ellos la comunicación y la sexualidad.

La importancia del autocuidado de los trabajadores de la salud, surge del hecho de que el “instrumento”, más importante en el cuidado de la salud de la población, la conforma el mismo recurso humano. De este punto de vista, el enfermero se convierte en un eslabón insustituible en la prestación de un servicio de calidad, puesto que es quien brinda atención directa y esta en contacto por más tiempo con el paciente, por lo que una atención interpersonal de buena calidad es necesaria para lograr la satisfacción de los usuarios de sus servicios. Por otra parte se debe tener en cuenta que los enfermos son extraordinariamente sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente ése elemento al juzgar la calidad de la atención como un todo, incluyendo los méritos técnicos

Por los resultados alcanzados se considerando que, los integrantes de la muestra estudiada, no se están utilizando los mecanismos adecuados para amortiguar el stress y sería conveniente, poner en práctica algunas estrategias para reducir los riesgos que predisponen a daños a la salud e incorporar y acumular actitudes y emociones positivas.

Sabido es que las emociones son contagiosas y en la cadena de comunicaciones cada persona activa el mismo estado emocional subyacente en el que sigue y así pasa el mensaje

de alerta. Por ello se debe fomentar la cooperación, la comprensión y el buen desempeño grupal.

Algunas conductas beneficiosas para la promoción de estilos de vida saludable son:

- Practicar regularmente alguna técnica de relajación o pequeñas pausas (para evitar llegar a la medicación o peor a la automedicación).
- Evitar el consumo de alcohol, tabaco y drogas.
- Realizar en forma habitual alguna actividad física o deporte.
- Alimentarse en forma variada y sana, tratando respetar en lo posible, los horarios de las comidas (cuando no se esta en el lugar de trabajo)
- Mantener contactos sociales extralaborales.
- Capacitarse profesionalmente mediante cursos de perfeccionamiento
- Fomentar la práctica de hobbies y actividades de tiempo libre
- Tener una sexualidad satisfactoria y segura.
- Dormir lo suficiente
- Disponer tiempo para fortalecer vínculos familiares y sociales
- Tratar de mantener una actitud positiva, hacerse consciente de lo bueno, agradable, y lo exitoso y sentir agradecimiento por ello.
- Reconstruir permanentemente el sentido de la vida propia y la de los demás

Estas acciones pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de los enfermeros y su entorno familiar y laboral promoviendo buena atención a los usuarios, los cuales deben ser concebidos como una unidad, cuerpo-mente-espíritu con capacidad de discernir en su conveniencia terapéutica.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- (1) Ackley B., y Lawing G. (2006) Manual de diagnósticos de enfermería: Guía Para planificar los cuidados 7ª edición. Elsevier.
- (2) Ander-Egg, E. (1974) Introducción a las técnicas de investigación social. Pág. 44. 4ta. Edición, Buenos Aires, Argentina. Editorial Humanitas.
- (3) Badura J. 1992, pág. 44, citado por Kalusa G, Cornaglia C., & Baster H.D. (2001): Stress. Edición Pugliese-Siena, Córdoba, Argentina.
- (4) Becoña Iglesias E., Oblitas Guadalupe L. A. Estilos de vida saludables. \_Cap. Cuatro. (sf) (Material Bibliográfico cátedra psicología IV -2006).
- (5) Brihaye, A., Por la remuneración equitativa del personal de enfermería, \_Programa de Actividades Sectoriales, documento de Trabajo. Oficina internacional del trabajo Ginebra. Recuperado el 11 de Septiembre de 2009.
- (6) Boletín de Sew, (1999) pág. 2-3-4-5-. Fecha de consulta 03 de Septiembre de 2009.
- (7) Dalen V., Deobold y Meyer (1971) Manual de técnicas de la investigación educacional. Pág. 28-43. Editorial Paidós. Argentina.
- (8) Day R. A. (1990) Como escribir y publicar trabajos científicos. Publicación Científica 5
- (9) Organización Panamericana de la salud. Oficina Sanitaria panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la salud.
- (9) Dr. Fernández García, C. R., Chirino Espinosa, A. C. Fundamentación de la importancia social del mejoramiento de la comunicación interpersonal en el microdistrito Roberto amarán en minas matahambre, Recuperado el 9 de septiembre de de 2009, de [www.word-to-pdf.abdio.com/quickly.conver](http://www.word-to-pdf.abdio.com/quickly.conver)
- (10) Dra. Fornés Vivas J.: Dos de cada diez enfermeras de las islas baleares se perciben como víctimas de hostigamiento laboral. (2009). Joana.fornes@vib.es. Fecha de consulta 2
- (11) El arte de la comunicación, Cap. 2. (sf). Recuperado de (Material Bibliográfico,

- (12) García Álvarez, A. I., y Ovejero Bernal A., (2002) Feedback laboral y satisfacción. Universidad de Oviedo, España. Recuperado el 15 de septiembre de: [www.uniovi.es-psi/REIPS7vino/art3](http://www.uniovi.es-psi/REIPS7vino/art3)
- (13) García Muñoz M., (2003) 1º jornadas pampeanas multi e interdisciplinarias de demencias, Ponencia presentada en 2003. La Pampa, Argentina.
- (14) Goleman D. Inteligencia emocional, (2009), pág. 14-16. 25ª edición Javier Vergara editor, Grupo Zeta.
- (15) Gómez, R., Posada Fernández P., Hernández Montoya N., Morales R., Dra. Valdivia Parra L. El proceso salud enfermedad, su determinación causal. Recuperado el 21 de septiembre de 2009 de [www-bus.sld.cu/revistasmciego/vol30197](http://www-bus.sld.cu/revistasmciego/vol30197) Consultado 8 de septiembre de 2009.
- (16) Enfermera Guillén Velazco, R. Enfoque conceptual de enfermería\_(sf) Recuperado 03 de Octubre 2009. [rguillen.@neo.unam.mx](mailto:rguillen.@neo.unam.mx) .8
- (17) Hna. Lugo M. E. PH. La función esencial de la enfermería en los comités de ética hospitalaria. (07 de junio de 2002.) Pág. 7-8-9-10. Recuperado el 22 de Octubre de 2009. Pontificia universidad Católica, Argentina.
- (18) Hernández S., Fernández Collado L. (2006) Metodología de la investigación, . 4ª edición. MC Graw Hill.
- (19) Mariner A., Tomey. (2002) Introducción al análisis de las teorías de enfermería, (sf) (Material Bibliográfico cátedra de Enfermería I, FCEyN. UNLPam)
- (20) Material de Cátedra Seminario II de la carrera Licenciatura en Enfermería FCEyN – UNLPam- Normas APA (American Psychological Association) Año 2001.
- (21) Material de Cátedra de Epidemiología I y II de la carrera (sf) consultado el 03 de Octubre de 2009.
- (22) McCloskey D., Bulechek G.; Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). (2005). Elsevier-Mosby.

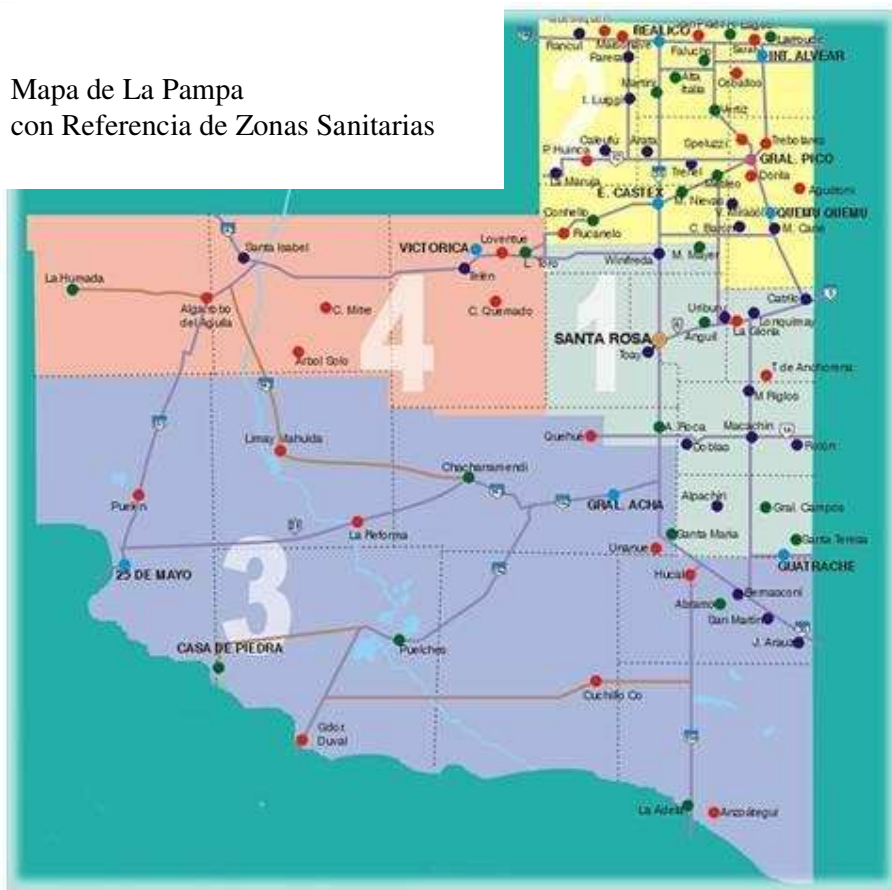
- (23) Mesa de la torre E. Galvez Díaz A., Calvo Calvo M. A., Vázquez Franco Ma. D., Castilla Requena R., Lupe Cid A. Valoración del riesgo psicosocial en las enfermeras de nefrología de los hospitales de Sevilla de: [www.biblioteca.universia.net/ficha.do?id=44638119-](http://www.biblioteca.universia.net/ficha.do?id=44638119)
- (24) Sayago, L., E., Investigación comunicativa. (sf) Recuperado el 20 de septiembre de 2009. de [www.unab.edu.co](http://www.unab.edu.co).
- (25) Spreid, G. La calidad de atención y servicio interpersonal en el ejercicio de la enfermería; ponencia presentada en Seminario Taller, septiembre 2009. La Pampa, Fundación OSDE.
- (26) Stuart G y Laraia M.: Enfermería psiquiátrica. (2006) 8ª edición Elsevier-Mosby.
- (27) Wikipedia. La enciclopedia libre [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org) Editor Jimmy Wales

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### Sistema sanitario de La Pampa

Mapa de La Pampa  
con Referencia de Zonas Sanitarias



#### Zona I – Ciudad cabecera Santa Rosa

Comprende: el establecimiento asistencial Lucio Molas de la ciudad de Santa Rosa de nivel VIII y los centros de Salud dependientes del mismo: Villa Parque, Santillán, Río Atuel, Los Hornos, Barrio Matadero, Zona Norte, Empleados de Comercio, Aeropuerto. Además la Asistencia Pública. Dentro de la provincia comprende los establecimientos sanitarios de Catrilo, con nivel III Riglos, Doblas, Macachín, Rolón, Alpachiri, con el mismo nivel; Santa Teresa, Gral. Campos, con nivel II, Anchorena, con nivel I, Guatraché con nivel IV Toay con nivel III, Anguil con nivel II, Uriburu nivel III, La Gloria con nivel I y Lonquimay con nivel III.



### **Zona II - Ciudad cabecera General Pico**

Comprende: El establecimiento Asistencial Gobernador Centeno, de nivel VI y los centros periféricos; Posta Energía y Progreso, Frank Allan , El Molino Rucci y Este, al igual que los centros de salud del establecimiento asistencial Lucio Molas, estos centros periféricos, son de nivel I. Comprende también los siguientes centros de salud de la provincia, de nivel I: Van Praet, Rucanello, Monte Nievas, Dorila, Agustoni, Pichi Huinca, Maisonnave, Quetrequen, Speluzzi, Vértiz, Ceballos, Falucho y Sarah. Con nivel II; Miguel Cané, Conhella, Metileo, Embajador Martín, Alta Italia, Larroude, Hilario Lagos. Con nivel III, Rancul, Parera, Ing. Luiggi, La Maruja, Caleufú, Arata, Trenes, Quemú – Quemú, Villa Mirasol, Colonia Barón. **Con nivel IV, Eduardo Castex, Intendente Alvear y Realicó.**

### **Zona III - Ciudad cabecera General Acha**

Comprende Gral. Acha, con nivel IV y los establecimientos de Quehue, Cuchi, Gdor. Duval, Puelén, La Reforma, Limay Mahuida, todos con nivel I. Con nivel II Ataliva Roca, Sta. Maria, Abramo, La Adela, Puelches, Chacharramendi. Con nivel III; Bernasconi, San Martín, Jacinto Arauz. Con nivel IV: 25 de Mayo

### **Zona IV - Ciudad cabecera Victorica**

Comprende: el Hospital de Victorica con nivel IV. Con nivel I: Loventuel, Quemado, Árbol Solo, Algarrobo del Águila. Con nivel II: Luan Toro y La Adela. Con nivel III: Santa Isabel.

#### **Determinación de niveles de complejidad en los Establecimientos Asistenciales dependientes de la subsecretaría de Salud Pública de la Provincia de La Pampa (Ley 1279)**

NIVEL I: Prestará atención exclusivamente ambulatoria, contara con visitas periódicas programadas de Médico General y atención permanente de enfermería. Funcionara con marcado énfasis en medicina preventiva.

NIVEL II: Presentara atención medica general brindada en consultorio o a domicilio. Dispondrá de servicios auxiliares de diagnostico y tratamiento para exámenes y terapéutica de rutina. Podrá identificarse con un nivel de atención médica primaria.

NIVEL III: Agregara a lo determinado por el Nivel II, internación general y atención odontológica periódica.

NIVEL IV: Prestara las cuatro clínicas básicas; Medicina, Cirugía, Pediatría y Toco

ginecología, tanto en consultorio como en internación y odontología en forma permanente.

Brindara servicio de Cirugía como actividad regular y una mayor complejidad de los servicios de apoyo.

NIVEL V: Prestara atención exclusivamente ambulatoria, con diferenciación de Clínica Medica, Pediatría y Toco ginecología y estará ligado a Establecimientos de Nivel VI o mas y contara con Laboratorio y Radiología para exámenes de rutina.

NIVEL VI: Prestara las cuatro Clínicas Básicas agregándose algunas Especialidades Quirúrgicas, tanto en consultorio como internación. Los servicios auxiliares de Diagnostico y Tratamiento serán mas complejos y aparecen Anatomía Patológica y Electrodiagnóstico.

NIVEL VII: Brindara atención exclusivamente ambulatoria pero se agregaran especialidades Quirúrgicas, contara con Laboratorio y Radiología. Estará directamente relacionado con un Establecimiento de Nivel VIII.

NIVEL VIII: Dispondrá de una amplia gama de especialidades medicas y quirúrgicas apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad incluyendo sectores como Radioterapia, Medicina Nuclear y Cuidados Intensivos. El espectro de especialidades que cubrirá, le permitirá resolver por si la mayor parte de los problemas médicos.

(Ley N° 1279-LEY DE CARRERA SANITARIA,

Titulo II: Clasificación de los Establecimientos Asistenciales).

**ANEXO II**

**INSTRUCTIVO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El instructivo de recolección de datos fue elaborado por el tesista como prueba piloto

**Encuesta telefónica al Personal de Enfermería**

**1.- En estos últimos 5 años, durante su período de vacaciones, ¿Cuántas veces viaja por placer?**

0 a 1

de 2 a 3

de 4 a 5

**2.- ¿Realiza trabajos extras en otros establecimientos ó en forma particular?**

A VECES

SIEMPRE

NUNCA

**3.- ¿Practica algún deporte?**

SIEMPRE

OCASIONALMENTE

NUNCA

**4.- ¿Realiza alguna actividad como hobby?**

SIEMPRE

A VECES

NUNCA

**5.- ¿Pertenece a algún grupo que no este relacionado con el Hospital?**

SI

NO

**6.- ¿Cree conveniente o necesario que Enfermería tenga apoyo psicoterapéutico?**

SIEMPRE

A VECES

NUNCA

**7.- ¿ Ha sufrido daños en estos últimos 5 años. S i es así ¿de que tipo?**

ACCIDENTAL

FISIOLÓGICO

PSICOLÓGICO

**8.- ¿Realiza cursos de capacitación?**

SIEMPRE

A VECES

NUNCA