



SABEREC 5.0

# CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA



Acceso Abierto

# CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA

Nahin Benjamín Cisneros Zumba

Katherine Monserrate Villacreses Merino

Rosa del Rocio Pinargote Chancay

Gloria Muñiz Granoble

Taycia Ramírez Pérez

Nidia Narcisa Álava Rengifo

Betzaida Samolet Cerezo Leal

Alexandra Tumbaco Galarza

Ana Joselyn Parrales Choez

Margoth Elizabeth Villegas Chiriboga

Alexandra Tumbaco Galarza

Luz María Castillo Ayón

Yasmin Alejandra Castillo Merino

Melecio Enrique Santana Vera

Tatiana Jazmin Piguave Figueroa

María Elena Ochoa Anastacio

Mercedes María Lucas Choez

Letty Soraida Quimi Cobos

Tania Alcázar Pichucho

**Autores Investigadores**



**SABEREC 5.0**

# CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA

## AUTORES

### INVESTIGADORES

#### **Nahin Benjamín Cisneros Zumba**

Magíster en Gestión del Cuidado;

Licenciado en Enfermería;

Docente upse;

Universidad Estatal Península de Santa Elena

✉ [ncisneros3295@upse.edu.ec](mailto:ncisneros3295@upse.edu.ec)

ID <https://orcid.org/0000-0002-8736-6333>

#### **Katherine Monserrate Villacreses Merino**

Magíster en Gestión del Cuidado;

Licenciada en Enfermería;

Universidad Estatal del Sur de Manabí;

Jipijapa; Ecuador

✉ [katherinne-villacreses@hotmail.com](mailto:katherinne-villacreses@hotmail.com)

ID <https://orcid.org/0009-0004-6023-2716>

#### **Rosa del Rocio Pinargote Chancay**

Doctora en Enfermería;

Universidad Estatal del Sur de Manabí;

Jipijapa; Ecuador

✉ [rosa.pinargote@unesum.edu.ec](mailto:rosa.pinargote@unesum.edu.ec)

ID <https://orcid.org/0000-0001-9899-9243>

**Gloria Muñiz Granoble**

Magíster en Educación Superior;  
Especialista en Enfermería Oncológica;  
Doctora en Ciencias de la Salud;  
Licenciada en Enfermería;  
Universidad de Guayaquil;  
Guayaquil, Ecuador;

✉ gloria.munizgra@ug.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0002-4898-3523>

**Taycia Ramírez Pérez**

Máster en atención integral al niño;  
Magíster en enfermería familiar y comunitaria;  
Universidad de Guayaquil;  
Universidad Bolivariana del Ecuador;

✉ tayciarp@gmail.com

ID <https://orcid.org/0000-0003-2730-0946>

**Nidia Narcisa Álava Rengifo**

Magíster en Gerencia de Servicios de Salud;  
Especialista en Economía de la Salud;  
Universidad de Guayaquil;  
Guayaquil; Ecuador

✉ nidia.alavar@ug.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0001-5388-2447>

**Betzaida Samolet Cerezo Leal**

Magíster en Diseño y Elaboración de Modelos Educativos;  
Especialista en Enfermería Materno perinatal;  
Universidad de Guayaquil;  
Guayaquil; Ecuador

✉ betzaida.cerezol@ug.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0002-4235-6625>

**Alexandra Tumbaco Galarza**

Universidad Estatal Península de Santa Elena;  
La Libertad, Santa Elena

✉ atumbaco7646@upse.edu.ec

ID <https://orcid.org/0009-0005-9758-5766>

### **Ana Joselyn Parrales Choez**

Máster en Gestión de la seguridad clínica del paciente y  
calidad de la atención sanitaria;  
Universidad Estatal del Sur de Manabí;  
Jipijapa; Ecuador

✉ ana.parrales@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0001-9763-5122>

### **Margoth Elizabeth Villegas Chiriboga**

Doctora en Ciencias Biomédicas;  
Docente de la Carrera de Enfermería;  
Universidad Estatal del Sur de Manabí;  
Jipijapa; Ecuador

✉ margoth.chiriboga@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0003-4637-5396>

### **Luz María Castillo Ayón**

Magíster en Gestión del Cuidado;  
Licenciada en Enfermería;  
Universidad Estatal del Sur de Manabí;  
Jipijapa; Ecuador

✉ luzcasti19@hotmail.com

ID <https://orcid.org/0000-0002-2992-9513>

### **Yasmin Alejandra Castillo Merino**

Doctora en Enfermería;  
Carrera de Enfermería;  
Universidad Estatal del Sur de Manabí;  
Jipijapa; Ecuador

✉ yasmin.castillo@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0002-1442-1725>

### **Melecio Enrique Santana Vera**

Magíster en Gestión del Cuidado;  
Licenciado en enfermería;  
Universidad Estatal del Sur de Manabí;  
Jipijapa; Ecuador

✉ mesv12345@hotmail.com

ID <https://orcid.org/0000-0002-6344-1466>

**Tatiana Jazmin Piguave Figueroa**

Licenciada en Enfermería;  
Universidad Estatal del Sur de Manabí;  
Jipijapa, Ecuador

✉ jazjavi261992@hotmail.com

ID <https://orcid.org/0000-0003-1475-4965>

**María Elena Ochoa Anastacio**

Magíster en Salud Pública;  
Licenciada en Enfermería;  
Docente Carrera de Enfermería;  
Universidad de Guayaquil;  
Secretaria CEISH -HAGP;

✉ maria.ochoaan@ug.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0002-7974-9721>

**Mercedes María Lucas Choez**

Doctora en Ciencias Biomédicas;  
Universidad Estatal del Sur de Manabí;  
Jipijapa; Ecuador

✉ mercedes.lucas@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0003-2001-7611>

**Letty Soraida Quimi Cobos**

Magíster en Gerencia y administración de salud;  
Universidad Estatal del Sur de Manabí;  
Jipijapa; Ecuador

✉ letty.quimi@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0002-8577-5205>

**Tania Alcázar Pichucho**

Doctora en Ciencias Biomédicas;  
Universidad Estatal del Sur de Manabí;  
Jipijapa; Ecuador

✉ mercedes.alcazar@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0001-7440-5447>

# CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA

## REVISORES

### ACADÉMICOS

#### **Cruz Xiomara Peraza de Aparicio**

Especialista en Medicina General de Familia;

PhD. en Ciencias de la Educación;

PhD. en Desarrollo Social;

Médico Cirujano;

Docente Titular en la Carrera de Enfermería de la

Universidad Metropolitana;

Guayaquil, Ecuador

✉ [xiomaparicio199@hotmail.com](mailto:xiomaparicio199@hotmail.com);

ID <https://orcid.org/0000-0003-2588-970X>

#### **Cristhian Patricio Triviño Ibarra**

Máster Universitario en Gestión de la Seguridad;

Clinica del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria;

Magíster en Docencia en Ciencias de la Salud;

Licenciado en Enfermería;

Doctorando en Ciencias Biomédicas;

Docente de la Carrera de Enfermería;

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí;

Manta; Ecuador

✉ [cristhian.trivino@uleam.edu.ec](mailto:cristhian.trivino@uleam.edu.ec)

ID <https://orcid.org/0000-0003-1659-2269>

# CATALOGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nahin Benjamín Cisneros Zumba  
Katherine Monserrate Villacreses Merino  
Rosa del Rocio Pinargote Chancay  
Gloria Muñiz Granoble  
Taycia Ramírez Pérez  
**AUTORES:** Nidia Narcisca Álava Rengifo  
Betzaida Samolet Cerezo Leal  
Alexandra Tumbaco Galarza  
Ana Joselyn Parrales Choez  
Margoth Elizabeth Villegas Chiriboga

Alexandra Tumbaco Galarza  
Luz María Castillo Ayón  
Yasmin Alejandra Castillo Merino  
Melecio Enrique Santana Vera  
Tatiana Jazmin Piguave Figueroa  
María Elena Ochoa Anastacio  
Mercedes María Lucas Choez  
Letty Soraida Quimi Cobos  
Tania Alcázar Pichucho

**Título:** Conocimientos Contemporáneos de Enfermería

**Descriptores:** Ciencias médicas; Enfermería; Atención médica; Investigación médica

**Código UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**Clasificación Decimal Dewey/Cutter:** 610.7/C497

**Área:** Ciencias de la Salud

**Edición:** 1<sup>era</sup>

**ISBN:** 978-9942-678-10-2

**Editorial:** Saberec, 2025

**Ciudad, País:** Quito, Ecuador

**Formato:** 148 x 210 mm.

**Páginas:** 180

**DOI:** <https://doi.org/10.26820/978-9942-678-10-2>

**URL:** <https://repositorio.saberec5.com.ec/index.php/saberec/catalog/book/30>

Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico **Conocimientos Contemporáneos de Enfermería**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por MAWIL; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.



Usted es libre de:  
**Compartir** — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.  
**Adaptar** — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

**Directora Académica:** Ab. Luz Argoti

**Dirección Central SABEREC:** Sector Ponceano Alto, Edificio Miraflores

**Editor de Arte y Diseño:** Leslie Letizia Plua Proaño

**Corrector de estilo:** Lic. Marcelo Acuña Cifuentes



# CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA

## *Índices*

Contenidos



SABEREC 5.0

Prólogo .....	15
Introducción.....	18

**Capítulo I.**

Introducción a la Enfermería Contemporánea .....	22
1.1. La evolución de la enfermería.....	23
1.2. El rol de la enfermería en la sociedad actual.....	26
1.3. Desafíos globales y el futuro de la profesión.....	31

**Capítulo II.**

Fundamentos de la Práctica de Enfermería .....	35
2.1. Principios éticos y valores.....	36
2.2. El proceso de atención de enfermería .....	41
2.3. La importancia de la comunicación en la práctica profesional.....	45

**Capítulo III.**

Investigación en Enfermería .....	49
3.1. El método científico y su aplicación en la enfermería.....	50
3.2. Investigación cualitativa vs. cuantitativa en enfermería .....	55
3.3. La evidencia científica en la toma de decisiones clínicas .....	61

**Capítulo IV.**

Enfermería y Salud Pública .....	65
4.1. La promoción de la salud en la comunidad .....	66
4.2. Prevención y educación en salud .....	70
4.3. Enfoque integral de la salud pública .....	73

**Capítulo V.**

Enfermería en el Cuidado Crítico y de Emergencias.....	77
5.1. Principios del cuidado en unidades críticas.....	78
5.2. Manejo de situaciones de emergencia .....	80
5.3. El impacto del cuidado crítico en la salud a largo plazo.....	90

**Capítulo VI.**

Enfermería en la Salud Mental .....	94
6.1. Enfoques terapéuticos en la salud mental .....	95
6.2. Trastornos mentales comunes y su manejo .....	102
6.3. El rol de la enfermería en la rehabilitación psicosocial .....	105

**Capítulo VII.**

La Enfermería y la Gestión del Cuidado-----	108
7.1. Liderazgo y gestión en enfermería-----	109
7.2. La administración de recursos en entornos sanitarios-----	116
7.3. Mejora continua y calidad en la atención -----	121

**Capítulo VIII.**

Tecnologías Emergentes en Enfermería-----	126
8.1. La informática de la salud-----	127
8.3. La telemedicina y su impacto en la enfermería-----	130

**Capítulo IX.**

Enfermería y la Atención a Pacientes Crónicos -----	140
9.1. Enfoques para el manejo de enfermedades crónicas -----	141
9.2. El rol del enfermero en el autocuidado del paciente -----	144
9.3. El apoyo emocional y psicológico al paciente crónico -----	146

**Capítulo X.**

El Futuro de la Enfermería-----	150
10.1. La educación y formación continua de los enfermeros-----	151
10.2. La interdisciplinariedad y el trabajo en equipo -----	154
10.3. Tendencias y desafíos futuros en la enfermería global -----	158
Referencias-----	164

# CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA

## *Índices*

Tablas



SABEREC 5.0

---

<b>Tabla 1.</b> Clasificación de las ciencias con los criterios de Rickert -----	55
<b>Tabla 2.</b> Variantes de la investigación cualitativa -----	57
<b>Tabla 3.</b> Instrumentos de evaluación psicosocial-----	100
<b>Tabla 4.</b> Paradigmas de gestión del cuidado en enfermería -----	115
<b>Tabla 5.</b> Indicadores para calcular personal de enfermería según el tratamiento -----	120
<b>Tabla 6.</b> Cálculo de personal de enfermería según tipo de especialidad médica -----	121
<b>Tabla 7.</b> Tipos de innovación tecnológica en la salud-----	128
<b>Tabla 8.</b> Requisitos mínimos del autocuidado -----	145
<b>Tabla 9.</b> Ponderación de necesidades de cuidados paliativos -----	149

# CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA

## *Índices*

Ilustraciones



SABEREC 5.0

---

<b>Ilustración 1.</b> Pirámide de las necesidades según Maslow-----	43
<b>Ilustración 2.</b> Teorías psicológicas y enfoques terapéuticos -----	98

# **CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA**

## *Prólogo*



**SABEREC 5.0**



El contexto de las profundas transformaciones que sufre el mundo de hoy, obliga a todas las profesiones a una renovación y actualización permanente para poder dar respuestas desde la perspectiva de cada disciplina y también en colaboración unas con otras. Son múltiples los factores que inciden en esta exigencia de permanente renovación, desde los económicos, sociales, culturales, tecnológicos y científicos. El profesional tiene esta exigencia que surge en sus puestos de trabajo a cualquier nivel, por lo que asimilar e incluso impulsar esos cambios es una capacidad que garantiza la propia supervivencia.

Un de los ámbitos más impactados por esta realidad tan cambiante y agitada por la incertidumbre, es el de la salud. Al haberse redefinido el concepto mismo de salud, no como ausencia de enfermedades, sino como un estado de bienestar biopsicosocial, se incrementaron las exigencias de calificación y profundización en todas las profesiones que conforman lo que hoy se concibe como equipo multidisciplinario de la salud, en el cual participan médicos, enfermeras, bioanalistas, dietistas, psicólogos, trabajadores sociales, farmacéutas y odontólogos. Este equipo puede ampliarse porque se ha comprendido que la salud también implica la generación y aplicación de conocimientos en heterogéneos campos del saber, más allá del estrecho enfoque en lo biológico, noción ya superada en estos tiempos de grandes conflictos.

Los impactos y sacudidas en el campo de la salud procede de una gran diversidad de desafíos, ya en los años 20 y 21 de este siglo, la pandemia del COVID 19 exigió medidas extremas, que obligó a la incorporación de las nuevas tecnologías en la atención de salud, así como en su promoción y las labores de prevención. Esto trajo consigo requerimientos de nuevas competencias para los profesionales.

En este sentido, la profesión de la Enfermería continuó su proceso de ampliación de perspectivas y campos de acción. Las nuevas propuestas científicas evidencian los desplazamientos de paradigmas que están cambiando aceleradamente todos los ámbitos de actividad humana. Así mismo, las situaciones críticas debidas a pandemias, crisis climática, las migraciones y los cambios políticos y económicos exigen a los actuales profesionales y sistemas de educación superior que deben adaptarse, actualizar los planes de estudio y la apertura de nuevos programas de postgrado y actualización, o fenecer en la obsolescencia.

Es en este momento histórico donde un texto como el que se presenta adquiere su significación como signo de la necesidad de actualización, de reflexionar acerca de los cambios y tomar nuevos impulsos para profundizar

las transformaciones que tiendan a un mejoramiento global e la salud de toda la población, como exige la institucionalización en los sistemas de salud, el respeto al derecho de la salud para todos sin discriminación.

Entiéndase este aporte como uno más en un gran corriente de información y conocimiento que redundará en el mejoramiento de la profesión clave en el equipo de salud como lo es la Enfermería.

# **CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA**

## *Introducción*



SABEREC 5.0

Varias situaciones han impactado y siguen haciéndolo en la actualidad en todas las profesiones, pero específicamente en aquellas que integran el equipo multidisciplinario de salud. Esto va constituyendo un cambio histórico en la teoría y práctica de la atención en salud, en consonancia con la redefinición de esta, no como ausencia de enfermedades, sino como un estado de bienestar, lo cual trae como consecuencia considerarla como un campo de gran complejidad, donde se consiguen formulaciones de políticas públicas, cooperación internacional, nuevos paradigmas científicos, nuevos roles y campos de actividad, que aumentan en coherencia con la institución del derecho de la salud para todos, sin discriminación.

De este ambiente de cambios vertiginosos no escapa la Enfermería; por el contrario, esta es una de las profesiones que ha sufrido un mayor crecimiento, tanto en su consistencia científica, como en el alcance de las prácticas que le son propias, teniendo al cuidado como eje de su existencia y eficacia. Precisamente, el reto para la Enfermería es conservar su centro y esencia, que es el cuidado humano como concepto universal, aunque con diferentes manifestaciones según las distintas culturas en todo el mundo. Esa vocación esencial, notable desde su fundación como profesión, desde Florence Nightingale, se mantiene vigente y cuando se están aplicando las nuevas tecnologías, no solo para superar las distancias, como ocurrió durante la pandemia del COVID 19, sino también para implementar nuevos programas de seguimiento de tratamiento, diagnósticos y la promoción y prevención, hasta llegar hoy a la aplicación de la IA, el blockchain y el análisis de grandes masas de datos, que permiten las nuevas tecnologías, y que significan nuevos desafíos a la formación y actualización de las enfermeras.

También resalta entre las nuevas exigencias, el valor que adquiere la investigación en la generación de nuevos conocimientos, los cuales conforman el material con el cual se pretende actualizar la profesión. La imagen tradicional de la enfermera subordinada a las indicaciones de los medios, ya está rebasada por la realidad, donde la profesional de la enfermería asume roles directivos y de gerencia en las instituciones académicas y de atención de la salud, participa en la formulación de políticas públicas de salud, abre nuevos proyectos de indagación científica, aplica y desarrolla nuevas tecnologías de atención, todo lo cual ha de reflejarse en los programas de postgrado, especialización y de formación permanente y continuada que implementan las casas de estudio de educación superior. Todo ello, por otro lado, se traduce en la aparición de exigencias de nuevas competencias en el dominio digital, epistemológico, teórico y práctico.

Para solo mencionar algunas novedades en la formación de las enfermeras, hay que iniciar señalando los nuevos roles de la enfermería en el seno del equipo de la salud: gerente, líder, investigadora, además de cuidadora e incluso creadora de nuevos sistemas digitales.

Los nuevos desafíos van desde lo científico y epistemológico, con la superación de esquemas positivistas y biologicistas en las ciencias de la salud, lo tecnológico, lo social y psicológico que se abre a la inter y transdisciplinariedad. Nuevas competencias digitales.

Pero, igualmente, se ha comprendido que las tareas de la enfermera se desenvuelven en un contexto social determinado, por lo que la suya es una labor social de gran trascendencia. La enfermera hoy en día debe estar preparada, por ejemplo, para los desafíos del encuentro de culturas diferentes. Esto es especialmente importante en una realidad tan desigual y complicada como la de América Latina, donde se convierte en un imperativo la integración de la multiculturalidad de los pueblos indígenas y saber hacer frente a las diferencias y el respeto a las tradiciones de los pueblos.

En ese contexto complejo y lleno de incertidumbres, este libro se plantea como objetivo exponer las novedades en los conocimientos de la Enfermería, con fines de ilustración y la consulta de docentes, profesionales que deseen actualizarse y público en general. Para ello, se abordan una cantidad de temas y asuntos, que, lo sabemos, no es agota todas las posibilidades, que hoy trascienden los límites tradicionales de la profesión.

En el primer Capítulo se realiza una Introducción a la Enfermería Contemporánea, ofreciendo una visión general de la evolución de la enfermería, hasta llegar a la contemporaneidad con un análisis del rol de la enfermería en la sociedad actual, así como la presentación de los desafíos globales y el futuro de la profesión.

Seguidamente, en el Capítulo 2, se exponen los Fundamentos de la Práctica de Enfermería, a partir de sus principios éticos y valores, la descripción del proceso de atención de enfermería, destacando la importancia de la comunicación en la práctica profesional.

Luego, se aborda el tema de la Investigación en Enfermería en el capítulo tercero, en el cual se reflexiona acerca del método científico y su aplicación en la enfermería, se introduce en el debate acerca de la complementación de la investigación cualitativa y cuantitativa en enfermería, y la relevancia actual que ha adquirido los medios para la divulgación y conocimiento de la evidencia científica en la toma de decisiones clínicas

El Capítulo 4 aborda el tema de la Enfermería y Salud Pública, el cual contempla como puntos relevantes la promoción de la salud en la comunidad, la prevención y educación en salud, lo cual conlleva a un enfoque integral de la salud pública. A continuación, en el capítulo 5: Enfermería en el Cuidado Crítico y de Emergencias, que comprende los **p**rincipios del cuidado en unidades críticas, el manejo de situaciones de emergencia y el impacto del cuidado crítico en la salud a largo plazo.

El siguiente capítulo, el 6 se titula Enfermería en la Salud Mental y su contenido refiere los **e**nfoques terapéuticos en la salud mental, los trastornos mentales comunes y su manejo y, finalmente, el rol de la enfermería en la rehabilitación psicosocial. Seguidamente, el capítulo 7 aborda la cuestión de la Enfermería y la Gestión del Cuidado, desarrollando los aspectos del **l**iderazgo y gestión en enfermería, la administración de recursos en entornos sanitarios y la mejora continua y calidad en la atención.

A continuación, el capítulo 8 desarrolla el tema de las Tecnologías Emergentes en Enfermería, explicando la significación actual de la informática de la salud, el desarrollo de las innovaciones tecnológicas en el cuidado al paciente y la telemedicina y su impacto en la enfermería. El capítulo 9 aborda la Enfermería y la Atención a Pacientes Crónicos, comprendiendo allí los temas de los **e**nfoques para el manejo de enfermedades crónicas, el rol del enfermero en el autocuidado del paciente y el apoyo emocional y psicológico al paciente crónico. Finalmente, en el capítulo 10: se muestra una visión acerca del Futuro de la Enfermería, lo cual contiene los asuntos de la educación y formación continuada de los enfermeros, la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo y las tendencias y desafíos futuros en la enfermería global.

# CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA

## Capítulo 1

### Introducción a la Enfermería Contemporánea

**AUTORES:** Nahin Benjamín Cisneros Zumba; Katherine Monserrate Villacreses Merino;  
Rosa del Rocio Pinargote Chancay



SABEREC 5.0

## Introducción a la Enfermería Contemporánea

### 1.1. La evolución de la enfermería

El origen de la Enfermería se remonta a la Antigüedad y quizás a tiempos inmemoriales y hasta prehistóricos, puesto que el cuidado es una práctica que los antropólogos reconocen como constante en todas las culturas y en todas las épocas, como consustancial a la sociedad humana. Generalmente, las historias de la profesión se inician con referencias a las antiguas Grecia y Roma, aunque también podrían conseguirse testimonios en las grandes civilizaciones china, babilónicas y en la expansión del Islam en los sucesivos imperios de esa religión o concepción del mundo. Igualmente, se conoce que el cuidado de enfermos, niños y adultos mayores es una actividad presente en las culturas de los aborígenes americanos, como se reconoce en la teoría del arco iris, confirmando su carácter de constante antropológica.

Por ejemplo, para la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural, desarrollada por la doctora Madeleine Leininger (1991), los modos de cuidado que emplea cada cultura son fundamentales para adecuar a ellos la práctica de la Enfermería. Con esta premisa modificó y abrió una nueva área de la profesión, enfocada en el estudio y la práctica de los cuidados enfermeros, inspirada en un humanismo que establece como punto de vista el de las diferentes culturas del mundo. El eje conceptual central de la teoría de la diversidad y la universalidad del cuidado cultural, es el de cuidado, que es la esencia de los cuidados enfermeros y el elemento distintivo, dominante, central y unificador. El cuidado es esencial para el bienestar, la salud, la reparación, el crecimiento, la sobrevivencia y para afrontar los grandes problemas de la existencia, o la muerte. Se trata de un elemento esencial para curar y reparar; no existe curación sin cuidados. Por supuesto, las formas, las expresiones, los modelos y los procesos del cuidado humano, que es la constante antropológica, varían entre las diferentes culturas, por lo que cada una de ellas tiene cuidados genéricos (populares, folk o naturalísticos), y en general prácticas de cuidados profesionales.

Los valores del cuidado cultural y las creencias están enraizados en las dimensiones religiosa, familiar, social, política, cultural, económica e histórica de la estructura social, del lenguaje y del contexto del medio ambiente. Los cuidados enfermeros congruentes o beneficiosos se consiguen únicamente cuando el individuo, el grupo, la familia o la comunidad, o los valores culturales se conocen y se utilizan de manera apropiada y de manera significativa en el trato del personal de enfermería con la gente. Las diferencias entre el



donador de cuidados y el individuo, paciente o grupo que los recibe, necesitan ser conocidas y comprendidas para ofrecer un cuidado provechoso, satisfactorio y congruente.

Existen, desde esta perspectiva antropológica, tres tipos o modalidades de cuidado. El primero lo denomina cuidados de preservación o de sostén porque se trata de conservarlos y de consolidarlos. Se trata de aquellas acciones y decisiones profesionales de asistencia, de sostén, de facilitación o de habilitación que ayudan a la gente de una cultura particular a conservar y/o a consolidar los valores importantes de los cuidados para mantener el bienestar, recuperarse de la enfermedad, o afrontar las malformaciones y/o la muerte. El segundo tipo de cuidados es el de acomodación o negociación, en este tipo de cuidados, se pretende ayudar o interactuar con las personas de cultura diferente a la profesional para adaptarse, o a negociar con otros un resultado de salud provechoso o satisfactorio con los profesionales de la salud. La tercera y última modalidad de cuidados son de reorientación o reestructuración, que demandan del profesional de la Enfermería amplios conocimientos culturales, antropológicos y sociológicos, además de los específicos de las ciencias médicas, para poder utilizarlos creativamente, con respeto hacia el grupo o el individuo, con la intención de ayudarlos a modificar los hábitos o la manera de vivir (Rohrbach-Viadas, 1998).

En la civilización occidental, se menciona la existencia en la antigua Grecia de las “iatrikas” quienes eran mujeres que cuidaban a los enfermos en sus hogares. Posteriormente, en el Imperio romano, las “matronas” desempeñaban un papel similar (Enfermera. org, 2025). Luego habría que mencionar el trabajo de órdenes religiosas como los Hospitalarios y las Hermanas de la Caridad como organizaciones que durante la Edad Media europea establecieron hospitales y centros de atención médica.

Es un consenso de los historiadores de la profesión que esta fue fundada por Florence Nightingale conocida como “la madre de la Enfermería Moderna”, quien inició la primera escuela de Enfermería en Londres en 1860 y estableció estándares de atención y formación que aún se utilizan hoy en día. Fue desde entonces, y en los siglos subsiguientes, XX y XXI, que la Enfermería se convirtió en una profesión independiente y autónoma, de nivel universitario, con sus propios métodos y sustentado en la investigación científica de sus actividades. Como tal desempeñan un papel vital en la atención médica en todo el mundo, a todos los niveles, desde la atención primaria hasta la especializada. La Enfermería ha evolucionado significativamente a lo largo de los siglos, adaptándose y asumiendo los cambios sociales, culturales y tecnológicos, manteniendo su esencia de compasión y cuidado del paciente o del débil.

Una propuesta interesante de periodización de la historia de la Enfermería es la propuesta por Achuri (2006), según la cual habría habido cuatro etapas en la evolución de esa actividad: doméstica, vocacional, técnica y profesional. A través de estas fases, se mantiene como una tradición la presencia de la mujer, en sus diferentes roles, todos relacionados con el cuidado: como madre, primero, luego como factor asociado a la atención de la salud en general, procuradora de higiene, alimentación y mantenimiento de la vida frente a amenazas reales a la vida, inicialmente en situaciones de catástrofes o guerras, como fue la situación de Florence Nightingale. De acuerdo a esta interpretación histórica, la conversión de la Enfermería en una profesión, como se observa en la Modernidad, atravesó por diversos fundamentos: la vocación de servicio, la compasión fundada en la religión y la moral, la caridad, la sumisión y la obediencia, hasta llegar al status de profesión fundamentada en la ciencia y el método correspondiente.

Siguiendo la reconstrucción histórica de Achuri, la vocación de servicio y cuidado, especialmente transmitido de generación en generación por las mujeres, atravesó múltiples conversiones, incluida la incompreensión de la Cristiandad oficial durante la Edad Media de esos servicios, pues las cuidadoras se convirtieron también en transmisoras de conocimientos tradicionales que fueron percibidos como brujería por la Iglesia Católica, por lo que fue perseguida. Esto solo pudo superarse cuando Vicente de Paul (consagrado como santo por la Iglesia) abogó por las actividades de las mujeres cuidadoras que adoptaron la forma de las “mujeres consagradas, a la manera de las órdenes monásticas, para poder ejercer su vocación en hospicios, refugios, escuelas y dispensarios, más allá de situaciones catastróficas y de los límites de los hogares y/o monasterios.

De acuerdo a algunos historiadores de la profesión, el Protomedicato, con la obra de Juan de Dios, es el documento donde se reconoce el inicio de la enfermería moderna como una disciplina, considerando que los manuales de procedimientos y técnicas para proporcionar cuidados específicos y, de cierto modo, formales y formativos, se extiende desde el siglo XVI (Amezcuza, 2018).

La Modernidad es el contexto histórico que permute la entrada a la fase técnica de la actividad de cuidado. Las enfermeras, como oficio femenino, asumió el papel de auxiliar de los médicos que, también, como profesión acceden a la era de la ciencia y, en consecuencia, de la medicalización, con el éxito y prestigio de los métodos experimentales científicos. La enfermera en esta etapa aporta su labor de agente ejecutor e informador del médico. Solo hasta la Segunda Guerra Mundial con el impulso de figuras como la ya men-

cionada Florence Nightingale, se reconoce el rol de las enfermeras como profesión aparte, independiente, con un saber propio, orientado como siempre al cuidado, que adquiere entonces una connotación científica de acuerdo a los valores propios de la modernidad.

Si la enfermería moderna, reconocida como profesional, surgió en la segunda mitad de mil ochocientos a partir de los trabajos de Florence, cuyo natalicio se conmemoró en el año 2020, la enfermería contemporánea se erige sobre la exponencial demanda de una salud como derecho universal ante vertiginosos cambios globales en distintos ámbitos tanto económicos como políticos y culturales. Por ello, a partir de su evolución histórica, es importante reflexionar acerca de sus perspectivas en la nueva época que se anuncia.

## **1.2. El rol de la enfermería en la sociedad actual**

Hoy el rol de la Enfermería como profesión se ha enriquecido y ampliado al convertir a estos profesionales en líderes en campos como la prevención, la educación en salud, la rehabilitación, la docencia y la investigación. Esta evolución ha convergido con los impactos transformadores de la profundización de los conocimientos científicos en diversos campos relacionados con la totalidad humana, la superación de los paradigmas positivistas de las ciencias, el establecimiento de la relación entre la salud y las condiciones sociales y psicológicas, así como con el área de las políticas públicas, y la introducción de las nuevas tecnologías en la atención en salud.

Como se ha dicho, el concepto de “cuidado” es central en la comprensión de la Enfermería como profesión e incluso como constante antropológica o actividad tradicional de los pueblos, generalmente asignada a las mujeres, en una suerte de especificación de la división sexual del trabajo, hoy cuestionada por las teóricas del feminismo (Federici, 2020). Pero hay que considerar que el modelo del cuidado ha evolucionado también en la medida que lo ha hecho la disciplina de la enfermería, pasando de ser comprendido como un fenómeno exclusivo para el estudio de la ciencia de la enfermería, a ser solo uno de sus componentes (Hidalgo-Mares & et al, 2021), además de no ser exclusivo de ella para la enfermería, pues se han agregado conceptos fundamentales como humanización calidad de vida, significado de la vida y preparación para la muerte (Willis & et al, 2008).

La reflexión acerca del concepto de “cuidado” también es de orden filosófico. En términos generales, el “cuidado” se refiere a un interés reflexivo en algo o en alguien, que se plasma en la actividad designada por el verbo “cuidar”, un verbo transitivo, en tanto se construye con un complemento di-

recto. Así se le concibe, por ejemplo, en la obra fundamental del pensamiento de uno de los filósofos más importante de la contemporaneidad, Heidegger, quien, en su obra *Ser y tiempo*, alude frecuentemente a la noción de cuidado, a través del neologismo “sorge”, refiriéndose a una remisión del hombre a las cosas (Heidegger, 2007) y que Ortega y Gasset traduce al español con la noción de “cuidado”, entendida como procurar (Ortega y Gasset, 2004).

La experiencia de muchas décadas ha consolidado una estimación especial hacia los cuidados, el estímulo y el adiestramiento que brinda la enfermería. Las actividades que realizan estos profesionales de la salud deben adaptarse a las necesidades especiales de cada paciente, lo cual es una tarea compleja. Por otra parte, al aumentar la oferta universitaria de la carrera de Enfermería en todo el mundo, la necesidad de una conceptualización adecuada repercute en la preparación del plan de estudios, el establecimiento de criterios acerca de cómo adaptar los elementos generales a las necesidades de cada enfermo y cómo modificarlos de manera pertinente de acuerdo con las condiciones de los servicios clínicos.

La disciplina de la enfermería y el desarrollo de la investigación en ese campo, puede influir no solamente sobre el cuidado de los pacientes, sino también sobre las políticas que orientan el cuidado de la salud. La aplicación de una teoría en la práctica de enfermería proporciona los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

Además, una teoría de la enfermería establecida permite al personal de enfermería aumentar la capacidad de desempeño mediante el conocimiento teórico, ya que es probable que los métodos tengan éxito si están desarrollados sistemáticamente y sirve de referencia ante cualquier incertidumbre o duda. El profesional de enfermería, disponiendo de una claridad teórica, desarrolla una mayor autonomía y favorece en el profesional el razonamiento, la capacidad analítica, clarifica los valores y determina los propósitos del ejercicio profesional, la educación y la investigación; así mismo fortalece la identidad profesional, la solidaridad, el compromiso entre el personal de enfermería que interviene en los procesos de enseñanza–aprendizaje y en la práctica en los diferentes turnos, horarios y áreas.

La constante realización de eventos científicos sobre enfermería, así como la existencia de una literatura y unas publicaciones especializadas, permite establecer un diálogo entre la teoría y la práctica, que debe redundar en el mejoramiento de la calidad del cuidado. Con ello, se alcanza la misión

de la Enfermería, las metas del cuidado y la continuidad en el desarrollo del conocimiento (Murray Knudson, 2009).

Cuidar implica el interés y el conocimiento de cada ser humano, un esfuerzo de atención a veces más agotador que el esfuerzo físico. Las condiciones necesarias y suficientes para que se dé el cuidado tienen que ver con la conciencia sobre la propia necesidad del cuidado, la intención de intervenir con acciones basadas en el conocimiento y un cambio positivo, manifestado en mayor bienestar, como resultado del cuidado (Ariza, 2007).

Las características y disposiciones personales de la enfermera(o), deben contribuir a lograr que el trato a los pacientes sea como a personas, y no como simples manifestaciones de ciertas patologías. Es fundamental para ello considerar que el ser humano es una persona desde el primer momento de su existencia, y como tal ha de ser tratado, respetado por sí mismo, y no puede quedar reducido a una cosa (Juárez Rodríguez, 2009).

Para ordenar y estructurar esas actividades de manera científica, así como para hacer posible el análisis y solución de las situaciones en las que intervienen los profesionales de la enfermería, se ha elaborado el denominado Proceso de Atención de Enfermería (PAE). El PAE es una sistematización de las acciones de cuidado y constituye una herramienta para organizar el trabajo de enfermería. Este está constituido por una serie de pasos o etapas, íntimamente interrelacionadas (INEPEO, 2013).

Se han desarrollado varias teorías de la enfermería que trazan los rasgos del campo de saber específico y las características deseadas del profesional. Hay tantos modelos del Proceso de Atención de Enfermería, como teorías de la profesión, pero pueden establecerse cuatro aspectos generales o comunes:

- Persona,
- Salud,
- Entorno y
- Cuidado.

Las teorías de la Enfermería han recibido en su elaboración las influencias de conceptualizaciones más generales, como la teoría de los sistemas, las explicaciones psicológicas acerca de las necesidades humanas y la interculturalidad, así como la apertura hacia otras disciplinas como la sociología, la psicología y la antropología. Estos rasgos generales se advierten en las teorías de la enfermería más conocidas y reconocidas, de las doctoras Virginia

Henderson, Dorotea Orem, Myra Levine, Calista Roy, Betty Neuman y Madeleine Leininger, Hildegard Peplau.

El modelo de Virginia Henderson se organiza en torno al eje de la autonomía de la enfermera y la especificidad de su servicio, desde el cual su función propia y autónoma aparece como articulada con las relaciones de colaboración con los otros profesionales de la salud. Para Henderson, las etapas del PAE son: primero, **la valoración**, que consiste en la recogida e interpretación de información, a través de un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado. En segundo lugar, **el diagnóstico consiste** en el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a los problemas de salud vitales, reales o potenciales. Desde esta perspectiva, un Diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras a fin de conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable. La tercera etapa es la **planificación** de los cuidados, con la cual se determinan las acciones, su momento, su duración de acuerdo con los recursos disponibles, y tomando en cuenta el diagnóstico que sirve para determinar los cuidados pertinentes a los objetivos fijados. De allí resulta un **plan de cuidados** cuya ejecución constituye la cuarta etapa del PAE. En la quinta etapa del PAE se realiza una **evaluación** la cual se define como la contrastación entre el estado de salud del paciente y los resultados obtenidos (INEPEO, 2013).

Por su parte, la teoría desarrollada por Dorotea Orem, define la enfermería como una forma deliberada y consciente de proporcionar asistencia a aquellos que son incapaces de cubrir sus necesidades de autocuidado en salud. El paciente, desde este punto de vista, es una persona que necesita ayuda para auto-cuidarse; pues la capacidad del individuo para ejecutarlo está alterada o anulada por su estado fisiológico, intelectual, emocional, social y/o económico.

Orem define la **salud** como la habilidad para cubrir las propias necesidades. La enfermera entra en relación con el paciente, cuando este no puede mantener la cantidad y calidad del auto-cuidado. Para definir las necesidades básicas del ser humano, Orem utiliza la teoría del psicólogo Abraham Maslow, ilustrada por la conocida pirámide de las necesidades, que van desde las básicas, situadas a la base de la figura, hasta las psicológicas, situadas en la cima: autoestima y autorrealización. Estos niveles se hallan asociados a los requisitos del auto-cuidado.

Otro enfoque teórico a considerar es el de Myra Levine, quien define a la enfermería como la interacción de los seres humanos que dependen de otros,

en donde la intervención de enfermería mantiene y promueve el ajuste de la persona. Su principal tesis es que la interacción personal entre la enfermera y el paciente responde a las condiciones de salud del paciente, las funciones de enfermería y las responsabilidades de los enfermeros en cada situación dada.

Por su parte, la teoría de la adaptación, desarrollada por Calista Roy para definir el rol de la enfermería, parte de la conceptualización de la persona como un ser bio-psico-social en constante interacción con un entorno cambiante. En ese contexto, tanto la salud, como la enfermedad, son dimensiones inevitables en la vida, por ello, para responder positivamente a los cambios del entorno, la persona necesita adaptarse. La adaptación está en función de la habilidad personal para dar respuesta a las fuerzas ambientales.

Con una influencia determinante de la teoría psicológica de la Gestalt, Betty Neuman, conceptualiza el rol y funciones de la enfermería, a partir de un enfoque que concibe al organismo humano como un sistema abierto que es capaz de mantener y recuperar su equilibrio y su salud gracias a un proceso homeostático, en el cual es necesario identificar las necesidades de los pacientes con el fin de aplicar la metodología adecuada que proporciona la administración de calidad (Balderas Pedrero, 2010).

Rescatando conceptos y enfoques de la antropología, la teoría de la universalidad y diversidad de los cuidados culturales de la doctora Madeleine Leininger, quien con su ***teoría de la universalidad y diversidad de los cuidados culturales***, integra conceptos tales como cuidado, atención, cultura, valores culturales y diferencias culturales. En estos conceptos se especifica que la atención es el tema central del cuidado, el conocimiento y la práctica enfermera, puesto que la atención incluye los actos para ayudar y dar soporte o facilidades a individuos o grupos con necesidades evidentes o previsibles, al tiempo que sirve para mejorar las condiciones humanas y los modos de vida (Aguilar Guzmán, 2007). También para Peplau, la Enfermería es una actividad compuesta de procesos terapéuticos e interpersonales de gran significación por lo que, a partir de conceptos de la Psiquiatría y de la Psicología, teoriza acerca de la Enfermería psicodinámica como parte de un proceso humano que contribuye a alcanzar la salud de los pacientes.

Las tendencias más actuales se proponen enfatizar la participación del paciente en el autocuidado, mediante la enseñanza y prevención proporcionada durante su estancia hospitalaria. En cuanto a los padecimientos que deterioran la salud, se cuenta con múltiples programas nacionales, con aspi-

raciones a cubrir todo el ámbito nacional, por lo que los profesionales de la enfermería deberán estar plenamente concientizados acerca del desempeño que la profesión obliga a cumplir con relación a la sociedad a la que se pertenece (García Valencia, 2010).

Por otra parte, el rol de las enfermeras en la actualidad está comprendido en los desafíos que enfrentan todas las profesionales que hoy se agrupan en el concepto de ciencias de la salud o “equipo de salud”, que agrupa tanto a médicos y enfermeras, como bioanalistas y odontólogos, así como las diversas especializaciones las cuales, luego de su auge epistémico, han debido encontrarse a un nivel superior con el planteamiento interdisciplinario que anima la visión de conjunto de la problemática de la salud que, hoy en día, se vincula necesariamente con los aspectos culturales, sociales, económicos y políticos.

### **1.3. Desafíos globales y el futuro de la profesión**

Ya la Humanidad ha transitado un cuarto de siglo del XXI, centuria que, a su llegada, despertó muchas expectativas y esperanzas, pues el mundo venía del fin de una tensión escalofriante de décadas entre grandes potencias que, en repetidas ocasiones, constituyó una amenaza real de exterminio de la especie debido a la acumulación de las armas nucleares, que podían acabar con la vida en el planeta varias veces. Aun así, el flagelo de la guerra continuó y nuevos conflictos han venido redefiniendo los campos enemigos. Las tensiones mundiales no han cesado.

La segunda década del siglo sorprendió a la Humanidad con el desafío de una pandemia, la del COVID 19, que puso a prueba los sistemas de salud de todos los países y ocasionó la muerte de miles de personas en todo el mundo. Gracias a un gran esfuerzo, la amenaza fue afrontada con medidas profilácticas extraordinarias, el desarrollo de nuevas vacunas y la introducción de las nuevas tecnologías en el desarrollo de todas actividades gravemente afectadas por el flagelo, desde la educación, hasta el comercio. Por supuesto, las distintas profesiones que conforman el equipo de salud acumularon una experiencia importante en el manejo de estas situaciones extremas (Barboza & et al, 2020).

Por otra parte, se asiste a una gran revolución científico tecnológica que ha cambiado las formas de hacer las cosas en todos los ámbitos de actividad humana (Pérez, 1992). No solo se trata de las Tecnologías de Información y Comunicación que, con el INTERNET, revolucionaron las formas de comunicación, intercambio y almacenamiento de información, por lo que constituyeron



una ayuda de gran valor para enfrentar los obstáculos que en educación, economía y salud se presentaron durante el obligado aislamiento impuestos por las medidas profilácticas frente a la pandemia. Hoy en día aparecen nuevos planteamientos que también está revolucionando las formas de pensar y actuar: la Inteligencia Artificial y el Big Data, que abren posibilidades completamente inéditas en el ejercicio de las profesiones, la atención en salud (Mejías & et al, 2022), a la par que suscitan inquietudes expresadas incluso por destacados científicos como Stephen Hawking y hasta desarrolladores como Elon Musk (El confidencial, 2024).

Junto a este gran desafío que constituyó la pandemia del COVID 19, declarada en 2020, el primer desafío común de las profesionales de la salud en el presente siglo, se refiere a los lineamientos de organizaciones internacionales en el sentido de reconocer el derecho universal a la salud. Desde la declaración de Alma Ata, se concibe a la salud, no como inexistencia de enfermedad, sino como estado de bienestar biopsicosocial, apuntando más allá de la dimensión biológica, predominante desde hace tiempo en las ciencias médicas, y hoy sujeto de discusión y nuevos planteamientos (OMS, 2023). Este replanteamiento sigue siendo hoy difícil de asimilar en los planes de estudio de la formación de nuevos profesionales de la salud, así como en el proceso de formulación de políticas públicas relativas al sector. Los gobiernos, hasta ahora, se han comprometido, por lo menos de manera formal, a atender a los llamados a respetar algunos principios de acción política en el campo de la salud pública, como el desiderátum de una atención de salud para todos sin discriminaciones. Esto ha tenido repercusiones en algunas líneas de políticas públicas de salud en busca del cumplimiento de ese horizonte que, además, figura entre los objetivos del milenio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2024).

Por otra parte, asistimos a un giro del conjunto de las ciencias hacia la transdisciplinariedad y el estímulo a la innovación, que se ve reflejada en las postulaciones de nuevos paradigmas. Al lado de una extrema especialización de los saberes, que trajo como riesgo la incomunicación entre las disciplinas y la pérdida de perspectivas éticas y sociales de la actividad científica, en las últimas décadas se ha venido imponiendo una visión que hace énfasis en las intrincadas relaciones entre niveles diferentes de la realidad y problemáticas, así como en un punto de vista de la totalidad expresada en explicaciones globales como la teoría de los sistemas y demás enfoques holísticos. Esto ha conducido a resaltar los horizontes de la inter, multi y transdisciplinariedad de los conocimientos, lo cual tiene repercusiones en los métodos de investi-

gación, los conceptos y la lógica de los descubrimientos y argumentaciones (Morin, 1998).

El desarrollo de nuevas tecnologías que apoyan y redimensionan la atención sanitaria, es un proceso positivo y es bienvenido, pero se debe acompañar de una visión del cuidado humano, que se ha convertido en el centro de la concepción de la profesión de Enfermería. En caso contrario, si la “fascinación con la tecnología” oscurece los principios bioéticos, eso redundará en el socavamiento de la confianza hacia los nuevos desarrollos tecnológicos como medios para mantener la salud y brindar atención de calidad. Por ello, es fundamental en esta nueva época, involucrar a las enfermeras en el diseño y desarrollo de la atención médica digital, puede promover la adopción del uso de tecnología médica y mejorar el flujo de trabajo en la práctica clínica. Esto implica una formación desde las nuevas tecnologías para el profesional de enfermería, actualización e incorporación de equipos avanzados para mejorar y agilizar su jornada de trabajo, con el apoyo tecnológico (Benavente-Rubio, 2022).

La época digital e Internet ofrecen oportunidades únicas para robustecer la conexión entre los usuarios y los sistemas de salud. De hecho, posibilita que hoy en día, no se piense que la consulta ya no existe sólo en el consultorio del médico, sino donde quiera que se encuentre el beneficiario. Aun así, a pesar de las perspectivas tecnológicas, sigue sin superarse las grandes brechas sociales y tecnológicas que aíslan a porciones importantes de la población, precisamente la de mayores carencias socioeconómicas y de atención, de esta posible expansión de los servicios.

Las diversas aplicaciones de la inteligencia artificial al ámbito de la enfermería suponen un gran impacto en el ejercicio de la profesión de las enfermeras, esas profesionales deben disponer de formación y conocimiento acerca de esa área novísima, para poder participar de una manera significativa en las etapas de desarrollo de las aplicaciones de cuidado de la Inteligencia Artificial, desde el diseño hasta la implementación. Esto debe ser tomado en cuenta en las universidades y sistemas de actualización profesional para que los profesionales de la salud, incluida los de Enfermería, puedan tomar incluso la iniciativa para determinar qué atención se puede delegar, y ser actores clave en la introducción de dichas tecnologías en el sistema de atención médica (Ronquillo & et al, 2021).

Los desafíos que hoy se le presentan a la profesión de Enfermería hacen necesaria una profundización de los conocimientos que se sistematizan para

la formación universitaria, además de verse reforzados con el instrumental imprescindible para la producción de nuevo conocimiento. En ello va el logro de la idoneidad, el conocimiento y la calidad, que permita a los profesionales posicionarse y recuperar la autonomía y el liderazgo en la disciplina asistencial. Este proceso lleva a las personas a crear sus propios modelos y teorías que fortalezcan la profesión y aumente el conocimiento (De-Arco & et al, 2018).

Es precisamente en esta época de grandes avances tecnológicos, que adquiere mayor relevancia los aspectos filosóficos y éticos de todas las profesiones, Es el momento de retomar la reflexión y discusión acerca de los conceptos ontológicos y epistemológicos a la hora de afrontar el desafío de la enfermería de trascender la humanización, que es el desafío del siglo XXI (García-Uribe, 2021). Hay que insistir, en cuanto a las políticas públicas de salud, en la necesidad de ofrecer un sistema de salud de calidad, en el cual el rol de enfermería es crucial, la seguridad del paciente es una prioridad en el cuidado de la salud y está directamente relacionada con la calidad de la atención brindada. Este es un desafío para los establecimientos de salud, porque incluso cuando se hacen esfuerzos para mejorar la atención, la cantidad de errores y eventos adversos sigue siendo significativa. De esta manera, la seguridad del paciente se establece como un tema serio y un desafío con un estatus fundamental en el orden público (Cardozo & et al, 2021) .

Así, en el desarrollo de la ética en salud, la responsabilidad del enfermero va más allá del nivel individual y de los ámbitos interdisciplinarios para velar siempre por el bienestar de los pacientes, defender los derechos de los seres queridos y asegurar que sus necesidades sean atendidas con eficacia y humanidad. Por lo tanto, los roles en el sector de enfermería permiten la creación de funciones enfocadas en estándares clínicos críticos, todo ello encaminado a garantizar y promover la calidad de la atención (Jaén, 2021).

# CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA

## Capítulo 2

### Fundamentos de la Práctica de Enfermería

**AUTOR:** Gloria Muñiz Granoble



SABEREC 5.0

## Fundamentos de la Práctica de Enfermería

### 2.1. Principios éticos y valores

Enfermería es una profesión social orientada a la ayuda, al servicio, al cuidado de la salud de las personas (Mora, 2015). Se le ha definido también como la ciencia y el arte de cuidar seres humanos, por lo que se considera que el concepto de cuidado resume lo esencial de la actividad profesional, la cual debería estar orientada por valores como la calidad, la dignidad, la efectividad y lo humano.

Por supuesto, el profesional de enfermería, como cualquier otra persona, es un sujeto moral el cual es interpelado por la reflexión ética que alcanza su expresión más sistemática en la filosofía, así como es orientado por los valores, heredados de la tradición cultural a la que pertenece, por la religión de su familia o comunidad, pero sobre todo por sus propias decisiones. A este nivel de generalidad, propiamente filosófico, pueden hacerse una distinción básica entre el plano del deber, el de la búsqueda de la felicidad y el de la virtud.

Paul Ricoeur (2022) distinguía en la ética dos grandes tendencias; una, caracterizada como moral, aludiendo a Emmanuel Kant, el gran filósofo de alemán, centrada en el cumplimiento de las obligaciones y deberes, resumidos en el denominado “imperativo categórico” que es aquella máxima moral cuya universalización lógica es deseable, con lo cual coincidía con el principio, expreso en la Biblia, de “no hacer a los demás lo que no quieras que te hagan a ti”. La otra gran tendencia, propiamente ética, sería la aristotélica, guiada por las reflexiones de la obra del pensador griego “Ética Nicomaquea”, parte de la interrogación de cómo tener una “buena vida”, lo cual, para Ricoeur, planteaba el asunto de la felicidad. Además de esas dos tendencias, se puede aludir al gran aporte de otro gran filósofo griego, Sócrates, maestro del propio Aristóteles y de Platón, con sus reflexiones acerca de la virtud.

Los rasgos más resaltantes del planteamiento kantiano son a) su centro en el deber u obligación, b) el papel relevante de la propia razón, con la cual se puede acceder a las máximas de la “razón práctica” sin necesidad de la revelación religiosa. Como ya se dijo, el centro de la moral o ciencia de los deberes, sería el “imperativo categórico”, que se impone al sujeto incluso por encima de su propio bienestar o felicidad. En contraste, Ricoeur señala que la ética que se orienta a la búsqueda de la felicidad, no es universal, porque se formula de acuerdo a las circunstancias de las personas, pero estas pueden encontrar su virtud en la templanza, la justicia y otros valores importantes, por la vía de procurar el “justo medio”, entre dejarse llevar por los apetitos per-

sonales y las obligaciones con los demás. En cuanto a Sócrates, su reflexión acerca de la ética parte del esclarecimiento del concepto de “la virtud” que es siempre colectiva, y se desprende de aquello que persigue la excelencia en cualquier actividad determinada. La virtud, en general, se refiere a la forma de actuar excelente del ser humano en cuanto tal (Ricoeur, 2022).

El cuidado humano, ser y esencia de enfermería, implica valores y orientaciones morales y éticas que construyen su virtud, la cual supone una voluntad de comprometerse en el cuidado, así como también disponer y producir conocimientos acerca de la atención y sus consecuencias, como debe hacerse cuando uno de los valores regentes es la responsabilidad (Jonas, 1995). En este sentido, hay que partir de que el cuidado es siempre intersubjetivo, desde el momento en que implica procesos de salud-enfermedad, donde el sujeto entra en interacción con otros sujetos, así como con su medio ambiente, disponiendo de conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado (Barbero-López, 2014). Otra dimensión ética de la práctica de la enfermería se refiere al proceso dinámico y participativo cuyo objetivo es identificar y dar prioridad a las necesidades del paciente. Esto involucra un compromiso científico, filosófico y moral hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida (Rea-Guamán, 2021).

En este sentido, aparece la disciplina de la bioética que es el espacio donde se ofrece un diálogo entre las diversas disciplinas para encontrar solución a los conflictos o dilemas éticos que se presentan en el quehacer diario de los profesionales de la salud y las personas en general, además de brindar apoyo a la toma de decisiones prudentes en el ámbito ambiental, el de investigación, educación y el asistencial que pueden llegar a afectar la vida. Al ser la bioética una práctica multi e interdisciplinaria abarca, junto a la dimensión ética, los problemas que se presentan ante la innovación tecnológica, el desarrollo tecnocientífico y biomédico. Igualmente, la bioética se esfuerza por perfeccionar las reglas, procedimientos, principios e instituciones que ayudan a dar explicación o solución a los problemas de la sociedad en permanente evolución.

A través de las diferentes etapas de su evolución como profesión y campo del conocimiento científico, la enfermería ha pasado, de una ética de la virtud, la compasión y la sumisión hacia un código fundado en la religión, a una conducta basado en el respeto por el ser humano y sus derechos, el conocimiento científico y la eficacia de los procedimientos. En todas y en cada una de estas dimensiones se suscitan acciones y comportamientos que están

encaminados hacia el bienestar del individuo, de la familia o de la comunidad. Por tanto, estas actividades deben estar reguladas y fundamentadas en el respeto por el otro, en el reconocimiento a su dignidad y en su autonomía. De donde se infiere que las enfermeras deben proporcionar un cuidado basado en el respeto por la individualidad, la dignidad, la integralidad, los derechos y las necesidades, donde prime el ejercicio de la autonomía por parte del paciente. De esta manera el acto de cuidado estará fundamentado en una relación dialógica con el paciente, permitiendo la valoración e intercambio de la información, con el objeto de interpretar las necesidades, los valores y los deseos del sujeto de cuidado, para que sea partícipe en cada una de las decisiones y de las acciones e intervenciones a realizar respecto de su estado de salud (Garzón, 2005).

Según Jacqueline Fawcett (Fawcett, 1984), la disciplina de enfermería se fundamenta en conceptos claves con los cuales se ha enunciado y formalizado su paradigma. Tales nociones son: persona, ambiente, salud y enfermería. Esto en la actualidad, hay que complementarlos con la orientación hacia la comunidad y el respeto hacia los rasgos distintivos de cada una de ellas. En este sentido, es bueno recalcar que cabe dentro de la ética de la Enfermería, el respecto a las costumbres, las creencias, los valores y las prácticas que tienen los individuos que hacen parte de un grupo social; al igual que a su privacidad, su autoridad y sus diferentes relaciones de poder y formas de organización social, así como a factores relacionados con el estilo de vida, el ambiente físico y las normas sociales de convivencia.

Por otro lado, si se tiene en cuenta que el cuidado de enfermería se da a partir de la relación interpersonal entre la enfermera y el sujeto de cuidado en las diferentes etapas de la vida, en las diversas situaciones de salud y del entorno, mediante la comunicación, la expresión de los principios, los valores, las actitudes, los comportamientos y las necesidades, se puede concluir que el acto de cuidado de la enfermería es un acto ético, porque involucra no sólo conocimientos científicos, sino la interacción con el otro en cualquier contexto, tomando en cuenta las necesidades del sujeto. Para ello se requiere el autoc conocimiento del profesional y el reconocimiento del otro como un ser moral, que además se encuentra íntimamente ligado a principios éticos como privacidad, confidencialidad, confiabilidad y fidelidad, a valores y según el Código Deontológico de Enfermería de casi todos los países, en los principios bioéticos de autonomía, beneficencia no maleficencia y justicia, siendo necesario el reconocimiento, la introyección y la aplicación de cada uno en el cotidiano actuar de los profesionales de la enfermería (Rodríguez & et al, 2018).

La reflexión ética es indispensable a la hora de los grandes dilemas que se presentan en la práctica de la profesión en circunstancias en las cuales los principios y valores pueden entrar en conflicto, con lo cual es afectado el proceso de toma de decisiones relacionadas con asuntos como la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación de la salud y la mitigación del sufrimiento. Si bien el principio de autonomía se fundamenta en el respeto por la capacidad que tienen las personas de tomar decisiones respecto de su salud, es importante tener en cuenta que el profesional de enfermería a través de la relación interpersonal y de la comunicación, debe proveer o ser garante de que se suministre la información necesaria para la toma de decisiones sin llegar a coaccionar.

Así pues, es a través del consentimiento informado donde se hace efectivo el cumplimiento de este principio, no sólo desde el punto de vista legal, sino desde la garantía por la cual el sujeto de cuidado reciba la información necesaria y suficiente para asentir o disentir en una intervención. A su vez, el principio de beneficencia que supone hacer el bien procurando el mayor beneficio, permite determinar cuáles deben ser las mejores acciones de cuidado para cada una de las diferentes situaciones y contextos del proceso salud enfermedad; también este principio exige planear y realizar actividades que produzcan un verdadero beneficio en los pacientes, puesto que muchas veces acciones que se pudieran considerar beneficiosas en determinados contextos, pueden llegar a ser perjudiciales para los pacientes.

En cuanto al principio de no maleficencia, este se refiere a no hacer daño, por ello el profesional de enfermería debe evitar las acciones que hagan daño al paciente. No obstante, este principio puede verse afectado cuando por acciones, omisiones o actitudes negligentes e imprudentes, no se proporciona el cuidado adecuado hacia los pacientes. De su parte, el principio de justicia está fundamentado en la igualdad, la equidad y la planificación (11); lo anterior supone que el profesional de enfermería debe proveer o salvaguardar el trato a todos por igual y el uso racional de los recursos; por ende, debe planificar y jerarquizar sus acciones y la atención hacia el más necesitado.

En consecuencia, es muy importante la inclusión en el currículo de enfermería la formación en ética y bioética con el fin de empoderar a los estudiantes en la autonomía y la capacidad reflexiva para la toma adecuada de decisiones en la práctica de la enfermería, que redunden en el mayor bienestar de los sujetos de cuidado. En definitiva, la enseñanza de la ética y la bioética como parte del currículum permitirá fortalecer la relación interpersonal enfermera-paciente o sujeto de cuidado. Además, fundamenta un acto de



cuidado basado en los principios bioéticos, en los principios y valores propios de la profesión, en el reconocimiento de sus propios valores y los del sujeto de cuidado respetando su integralidad, con el fin de garantizar un cuidado humanizado; así pues, en un cuidado basado en el respeto por la vida, la dignidad, los valores y los derechos del ser humano y su totalidad (Escobar & et al, 2018)

La enfermería ostenta un código deontológico, un conjunto de reglas escritas que se traducen en una normativa ética de mínimos imprescindibles para garantizar unos niveles de práctica óptimos manteniéndose dentro de unos estándares aceptados de conducta de la profesión. Inculcar los principios bioéticos en la formación del profesional de enfermería es prepararlo para que enfrente el reto que presupone un mundo inestable, complejo, incierto, heterogéneo, hipercomplejo en el cual la ciencia y la tecnología tienen un avance arrollador.

Por otra parte, el profesional de enfermería confronta de manera continua un sinfín de dilemas o conflictos éticos vinculados con la contracepción, el aborto, la reproducción asistida, la esterilización forzada, la aplicación indiscriminada de soporte vital con tecnología invasiva, la eutanasia, de allí que el profesional de enfermería debe basar su práctica en los tres principios transversales de la bioética:

- De beneficencia. Entendida esta como la obligatoriedad de hacer el bien y no el mal. El profesional de enfermería debe tener la claridad de que no todo lo que él puede hacer es correcto hacerlo. Toda actuación enfermera debe llevar la valoración de estar éticamente realizada.
- De autonomía. Referida a la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones. Para el paciente significa la capacidad de tomar las decisiones en relación a su enfermedad. En el profesional enfermero se traduce en el derecho de objeción de la conciencia. Ninguna persona puede ser obligada a realizar una acción en contra de su conciencia moral. El profesional de enfermería, con respeto, sin arrogancia, ante procedimientos médicos socialmente y legalmente aceptados debe negarse a realizarle si son inadmisibles por sus creencias y valores éticos morales.
- De Justicia. Principio que destaca lo apropiado de dar a cada quien lo suyo, lo que merezca, lo pertinente, lo necesario. Se concreta en la atención diligente de las prioridades, dispensar un trato igualatorio

a todas las personas evitando actos discriminatorios de raza, etnia, edad, religión, nivel económico o escolaridad. Utilizar los recursos materiales con criterios racionales para disminuir los costos de la atención y evitar que falten cuando más se necesiten o impedir que su costo sea trasladado al paciente (Durán, 2002).

Así como todas las demás profesiones, la de Enfermería está regulada por el Estado, independientemente de que esta se lleve a cabo en el nivel público o privado, de manera libre o de relación de dependencia, gratuita o remunerada. En Ecuador la profesión de enfermería está regulada por la Ley Orgánica de Salud (República del Ecuador, 2006). Requiere de un título universitario que convierte al profesional cuentadante de sus actos y sujeto y objeto de responsabilidades y sanciones administrativas, legales, penales, judiciales, morales. Por otra parte, la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros cuenta con un código de ética constituido por un conjunto sistematizado de principios, normas directivas y deberes que orientan el ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros.

## **2.2. El proceso de atención de enfermería**

El profesional de enfermería debe considerar al individuo en su integridad como ser físico, emocional y social, y entender el proceso de salud-enfermedad con el objetivo de planear las acciones en base a los factores que inciden en la conservación de la salud y no solo, en la pérdida de ella o en la aparición de la enfermedad. Actualmente se considera que la salud no depende exclusivamente de las propias características anatomofisiológicas y genéticas del individuo sino que se han descritos otros causantes, entre ellos la implementación de correctos hábitos o estilos de vida: adecuada alimentación (sin exceso ni déficit), adecuada actividad física, no consumo de sustancias nocivas como el tabaco, el alcohol u otras drogas que crean dependencia, disminución del estrés laboral y social, además cuidar otros factores provenientes del medio ambiente físico, incluye el construido por el propio hombre y el creado por la naturaleza, y del ambiente social que abarca las relaciones interpersonales, interfamiliares y con miembros de la comunidad.

De lo antes expuesto se desprende la importancia para que enfermería pueda basar sus cuidados no solo en los signos o síntomas de un cuadro patológico, sino que pueda detectar la existencia de condiciones que puedan romper la armonía biosicosocial no solo del individuo, sino de la familia y la comunidad enfocando sus cuidados en fortalecer el primer nivel de atención de salud referido a la promoción y la prevención de la pérdida de la salud.

Corrientemente se entiende la salud, de una manera simplista, como la ausencia de enfermedad, pero el estado de salud no puede ser vista como un elemento estático sino dinámico, es decir es un estado de bienestar variable, dado por las condiciones intrínsecas propias del individuo y condiciones extrínsecas debidas a su constante interrelación con su entorno. De allí parte la importancia y necesidad de la comprensión por parte del profesional de enfermería del concepto de salud con el objetivo de encaminar los cuidados de la salud hacia la promoción de un adecuado estado de bienestar, de la recuperación del equilibrio corporal y de la limitación de incapacidades para que el ser humano pueda desarrollar un adecuado nivel de actividades físicas, psíquicas y sociales. En el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), este organismo internacional define que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2023).

Esta definición de la salud dada por la OMS, y aceptada a nivel mundial a partir de los años cincuenta, la comprende en términos positivos y alude al equilibrio entre tres elementos:

- **Físico:** alusivo al organismo como tal (estructura genética, anatómica y fisiológica) y a la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano.
- **Social:** implica todo lo que tiene que ver con las relaciones sociales y familiares, estilos de vida, hábitos, ideologías, desarrollo pleno del individuo e igualdad de oportunidades
- **Sicológico o mental:** abarca la percepción individual, cognición y respuestas afectivas del individuo.

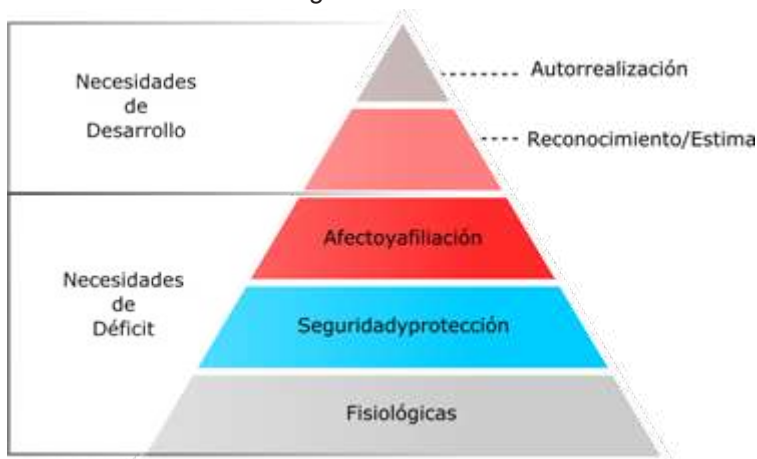
Considerando la salud como la capacidad del ser humano para desempeñarse con la mayor armonía física, mental y social es necesario que el profesional de enfermería se formule el interrogante ¿cómo tener un óptimo estado de salud? Esto conlleva a realizar un análisis minucioso de las necesidades básicas del ser humano ya que sin duda alguna se sabe que esas necesidades son comunes y ameritan ser satisfechas para que el individuo logre un óptimo estado de equilibrio el cual incidirá directamente sobre el mantenimiento de la salud o la pérdida de la misma.

Diversas teorías en enfermería están basadas en la Teoría de las Necesidades Humanas del psicólogo y humanista Abraham Maslow, quien afirmó que cada persona tiene necesidades humanas básicas vitales para la integración del sistema homeostático; estas necesidades son componentes esencia-

les y deben ser cubiertas para que exista un estado de salud (Madero, 2023). Maslow jerarquiza en cinco categorías las necesidades y señala que las del nivel inferior o necesidades de déficit deben ser satisfechas por lo menos parcialmente antes de que el individuo intente satisfacer las necesidades de los niveles superiores conocidas también como necesidades de desarrollo.

### Ilustración 1.

*Pirámide de las necesidades según Maslow.*



**Fuente:** (Madero, 2023)

De tal manera pues que las necesidades del ser humano se ponderan según la importancia de su satisfacción. Por lo general, las prioritarias se hallan ubicadas en los tres primeros niveles de la pirámide:

- **Básicas o fisiológicas:** Este grupo abarca necesidades vitales o biológicas, son las que hacen posible los procesos biológicos y funciones fisiológicas que mantienen el equilibrio en las estructuras orgánicas. Se incluyen alimentos, oxígeno, eliminación de desechos corporales, actividad física, descanso, sexualidad y vivienda. Son necesidades que no pueden ser suprimidas y una vez logradas motivan al individuo a satisfacer otras necesidades de un mayor nivel.
- **Seguridad y protección:** el ser humano necesita sentir seguridad personal, familiar, social y laboral contra peligros de cualquier etiología. Requiere de seguridad física, económica, espiritual y emocional, tener empleo que le asegure ingresos y recursos para proveerse su seguridad y la de su familia.

- **Afecto y afiliación:** también se reconocen en ellas el amor y la pertenencia, se expresa continuamente cuando el ser humano intenta superar sus sentimientos de soledad creando vínculos afectivos con otras personas, manifestando deseos de casarse, tener una familia, ser parte de una comunidad, ser miembro de un grupo religioso o social.
- **Reconocimiento y estima:** estas necesidades fortalecen la autoestima, hacen que las personas se sientan seguras de sí misma y valiosas. Favorecen la autoimagen, el logro personal y el respeto de los otros.
- **Autorrealización y autodeterminación:** Son necesidades de realización personal. Según Maslow, el hombre nace con un deseo de autorrealizarse, para ser lo que quiere ser y cuenta con la capacidad para lograrlo de forma autónoma, siempre y cuando se encuentre en un ambiente favorable. En este nivel se incluye el desarrollo espiritual, moral, deseo de ayuda desinteresada hacia los demás y el trazado de un proyecto de vida.

Para que la persona mantenga el equilibrio biosicosocial y se adapte continuamente a las variables fisiológicas y a los cambios de sus relaciones con el ambiente, para conservar su estado de salud, es vital, la satisfacción de sus necesidades.

La clave profesional para el buen desempeño de la Enfermería y el cumplimiento de sus elevados objetivos, es fundamental entender el proceso implicado en su práctica. El proceso de Enfermería actualmente se define como un proceso de pensamiento crítico fundamentado en el método científico, que utilizan los enfermero/as para aplicar las mejoras evidencias disponibles a sus cuidados y promover las funciones humanas y las respuestas a la salud y la enfermedad (Elsevier, 2025).

### **El proceso de Enfermería consta de 5 etapas.**

- a. La primera, la Valoración que sirve para la obtención de datos a partir de las técnicas de observación desde el primer trato con la persona, la entrevista abordando las necesidades y el examen físico cefalocaudal, obteniendo datos subjetivos y objetivos.
- b. La segunda etapa, es el diagnóstico, en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos por American Nurses Association (ANA) evolucionando en los 80` a North American Nursing Diagnosis Association

(NANDA) la NANDA 2017 se han actualizado los cuadros “Practica basada en la evidencia” y se han reorganizado de los capítulos de inmovilidad y actividad, y el aspecto culturales (Reina, 2010), los cuales aborda características definitorias y factores relacionados a la identificación de problemas reales y potenciales del paciente, y englobando nomenclaturas internacionales sobre las intervenciones (NIC) y los resultados esperados (NOC) que sirven como guía para los cuidados.

- c. La tercera etapa, Planificación, se estructura intervenciones o actividades y se fijan los objetivos deseados e identifican las actuaciones del cuidado.
- d. La cuarta etapa, la Ejecución, donde se pone en práctica las actuaciones de Enfermería identificadas en la planeación.
- e. La quinta etapa, Evaluación, determina si se han alcanzado los objetivos y los resultados esperado (Elsevier, 2025).

El proceso de Enfermería tiene un sustento teórico cimentado en las diversas teorías de Enfermería y que son utilizadas como parte esencial en los planes de cuidado ya que poseen versatilidad a la hora de ser ejecutados a la práctica, así como se observa en los estudios de los modelos aplicación a pacientes críticos.

### **2.3. La importancia de la comunicación en la práctica profesional**

El término “Comunicación” proviene del latín “comunicare”, palabra que significa simplemente “compartir”; pero hoy en día se entiende como un proceso complejo que involucra intercambio de información, data, ideas, opiniones, experiencias, actitudes y sentimientos entre dos o más personas, por lo que juega un rol fundamental en las interacciones humanas (Rivera & et al, 2005). Los conceptos contemporáneos sobre comunicación se han actualizado, desde aquel esquema Emisor-Canal-Receptor inspirado en los modelos ingenieriles de los instrumentos de telecomunicación, enriquecido en algunas versiones con los componentes del código, el marco de referencia y la aclaración de que los extremos (emisor-receptor) son intercambiables de manera dinámica (Berlo, 1984); hasta la visión compleja y sistémica de Bateson que tiene como premisa que no se puede dejar de comunicar, no solo con el lenguaje, sino con los gestos, posturas corporales, silencios, distancias, etc., además de abundar en las consecuencias psicosociales de las relaciones comunicacionales y hacer énfasis en los procesos complejos implicados (Bateson, 1994).

Por supuesto, para los y las profesionales de Enfermería la interacción con otros seres humanos es un aspecto esencial para su actividad y la comunicación es una herramienta clave. Es un proceso clave en la práctica de la Enfermería, cuyo profesional tiene y debe comunicarse permanentemente con los pacientes, los cuidados y familiares de este, con la administración del centro de atención de salud y los profesionales integrantes del equipo multidisciplinario del cual forma parte. En este sentido, puede decirse que la comunicación es una condición imprescindible, *sine qua non*, para el ejercicio de la profesión. Por ello, debe ser una materia que debe atenderse en su especificidad teórica y práctica en la formación profesional.

Se conocen, de acuerdo al canal utilizado, diferentes tipos de comunicación. El más usual es la verbal, que puede obtener una respuesta o retroalimentación inmediata. De todos modos, es muy importante que la comunicación no consista únicamente en el intercambio de palabras o tonos de voz, sino también aspectos paralingüísticos como las disposiciones del cuerpo y las gestualidades, que corresponden a casi el 70% de la comunicación humana. Es en ese uso adecuado y pertinente donde se destaca la capacidad de los profesionales de Enfermería para adquirir un rol prominente (Kourkouta & et al, 2014).

En la mayoría de estudios que se ha realizado a nivel mundial se afirma que es necesario establecer una buena comunicación por parte del personal de enfermería, para así poder crear un ambiente más confortante para la familia del paciente disminuyendo el estrés por parte de ellos. El profesional de enfermería es aquel que se encuentra las 24 horas del día al cuidado del paciente, hecho que se traduce en que conoce con gran precisión el tratamiento, procedimientos, exámenes y las eventualidades que pueden surgir durante su hospitalización, la comunicación es un arte, una habilidad que debe ser dominada (Asmat & et al, 2019). Teniendo en cuenta que dentro del cuidado del personal de enfermería se encuentra el paciente y la familia del mismo, el profesional debe de reconocer cada una de las características de socialización del entorno del paciente, dentro de las cuales se puede observar las normativas y pautas, sobre todo si se encuentra tratando a un paciente durante la etapa de la niñez y adolescencia (Cárdenas & Gómez, 2019).

Por esa razón, el personal de enfermería, así como el personal multidisciplinario de salud, deben de realizar una reflexión acerca de las formas de actuar y tratar a los pacientes y sus familiares, dotándose de herramientas y aplicación de estrategias que permitan estar consciente del estado fluctuante de salud-enfermedad, dentro del proceso asistencial que se debe brindar al

paciente (Hofstadt & et al, 2006). Es decir, la relación entre el enfermero y el paciente, así como sus familiares es considerada como una relación de ayuda, según lo descrito por Dorothea Orem (Taylor & et al, 2007).

Para lograr la finalidad de alcanzar una correcta comunicación entre el personal de enfermería y brindar los cuidados necesarios para satisfacer sus necesidades y las de su entorno, es necesario que desde el proceso educativo de formación de los profesionales de enfermería, el docente se centren en promover el cuidado humanizado desde la teoría y sea aplicada a la práctica (Gálvez & Mesta, 2020). Por otro lado, el apoyo emocional comprende la empatía, el cuidado, el amor y la confianza que una persona ofrece a otra, por consiguiente, la enfermera debe tener los conocimientos necesarios y la sensibilidad para poder brindar la atención en función a estas dimensiones. Es por todo ello que consideramos que, en cada acercamiento y trato con los familiares, el profesional de enfermería tiene que ser consecuente y responsable de sus actuaciones ya que realizamos un continuo intercambio de información y sentimientos en cada contacto (Tello & et al, 2023).

Hay elementos clave que hay que cuidar: a) el léxico utilizado, que combine propiedad disciplinaria y científica, al mismo tiempo que accesibilidad de las explicaciones para que el mensaje pueda ser decodificado por los propios pacientes y sus cuidadores que son legos en las ciencias de la salud, b) cuidar que las referencias estén claras, que los participantes tengan los mismos puntos de la realidad circundante acerca de los cuales conversar o intercambiar, c) ser lo más empático posible, es decir, procurar comprender la situación de los involucrados en el cuidado, atendiendo a sus sentimientos y los significados que pueda tener para el “mundo de vida” de cada quien, d) tratar de mantener la honestidad y la sinceridad necesarias para decir siempre la verdad, sin caer en la crueldad o el solaz en la tragedia ajena. Es por ello que se señala la comunicación asertiva como una cualidad necesaria en la comunicación de la Enfermería.

La comunicación asertiva designa la habilidad de expresar sentimientos, ideas y opiniones de forma clara y directa, al mismo tiempo que respetuosa de los demás. Es aquel intercambio que evita tanto la agresión como la sumisión, y se basa en el respeto mutuo. La comunicación asertiva es muy útil para resolver conflictos, tomar decisiones y establecer límites saludables en la comunicación. Para lograrlo, se requiere ser directo con lo que se quiere expresar, enfrentarse al problema y no a las personas que plantean algo al respecto desde otra perspectiva; tratar lo específico y no lo general. No dar explicaciones excesivas, ni disculparse más allá de lo estrictamente necesario. Todo



ello, al mismo que mostrar que se escuchar atentamente las expresiones de los demás, especialmente su descontento. Se recomienda para lograrlo mantener una postura erguida, hacer contacto visual y mantener una expresión facial neutral o positiva (eepsicología.com, 2025).

En Latinoamérica han realizado estudios que evidencian los grados de satisfacción con la comunicación que existe entre el personal de enfermería y los familiares. De esos resultados, se desprende que los enfermeros en general tienden a desconocer las estrategias de comunicación con el paciente, como también con sus familiares de manera adecuada. Es por ello que deben plantearse actividades de actualización profesional para dotar de esas técnicas y estrategias para poder mejorar la comunicación, sobre en situaciones donde el familiar se encuentra frágil por encontrarse en un ambiente desfavorable y con la posibilidad de la pérdida de su familiar, sin embargo, por emociones de angustia, temor y dolor de encuentra deseoso de información (Yanchapanta & et al, 2020).

Por ello se reafirma la importancia de la comunicación asertiva, que es primordial en el personal de enfermería para brindar seguridad y tranquilidad a los familiares y al paciente, se toma en cuenta todos los conocimientos necesarios ante el procedimiento que se le vaya a realizar, incluida la interacción que se debe tener entre paciente-enfermero esto permitirá crear un ambiente confiable, preservando la seguridad y su integridad, de manera que el profesional sea empático al momento de brindar información ya sea de su diagnóstico, la naturaleza, la gravedad y pronóstico (Tello & et al, 2023).

# CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA

## Capítulo 3

### Investigación en Enfermería

**AUTOR:** Taycia Ramírez Pérez



SABEREC 5.0

## Investigación en Enfermería

### 3.1. El método científico y su aplicación en la enfermería

El asunto del método científico es uno de los temas principales de la epistemología, la filosofía e interpretación histórica de la ciencia. Se considera que la epistemología ocupó su espacio en la filosofía desplazando a la gnoseología, la cual se ocupa de las posibilidades de acceder a la verdad y los medios para el conocimiento en general. Esto ocurriría en el momento en que el neopositivismo de las primeras décadas del siglo XX, colocó al método como el centro de la actividad científica (De la Garza & Leyva, 2010). Por supuesto, desde los filósofos presocráticos en la Antigüedad griega se viene pensando en el tema del conocimiento y de la verdad, a propósito de la cuestión de su posibilidad misma (polémica entre escépticos y los dogmáticos) y las vías de acceso al saber (discusión entre empiristas y racionalistas). Pero el énfasis en el método (y la metodología) y la idea de que este es algo decisivo para calificar un conocimiento como científico, proviene de una concepción filosófica propia de las ciencias naturales, las cuales alcanzaron su culminación en la valoración social de su actividad durante el siglo XVIII y XIX, después de su surgimiento y extensión, cuando se logró la unificación de la ciencia mediante el método y la matematización de la naturaleza, gracias a los aportes de Descartes, los materialistas franceses, Kant y otros muchos pensadores y científicos (Lluberes, 2006).

La cuestión es que la epistemología siempre ha sido espacio de grandes debates que evidencian que nunca ha habido un consenso de toda la comunidad científica acerca de cuál es en definitiva “el” método científico, pues existen varios que se ofrecen como tales y los criterios para usar uno u otro varían casi con cada investigador de prestigio. Si tomamos en cuenta, por ejemplo, el método deductivo de los antiguos filósofos griegos, como Pitágoras y luego asumidos como la base de toda sabiduría por Platón y los siguientes pensadores, un científico actual diría que es bueno para las subdisciplinas matemáticas y para corregir las fallas lógicas del lenguaje de los sabios (Wittgenstein, 2006), pero que no lo es tanto con las ciencias de base empírica, en las cuales valdría más la inducción, la clasificación o elaboración de taxonomías mediante generalizaciones y el método experimental.

A propósito de esta cuestión, se desató, a mediados del siglo XX, una polémica, dentro del campo neopositivista, entre los “verificacionistas”, que defendían el principio de que los métodos para ser científicos, debieran verificar las teorías mediante la contrastación de las hipótesis, deducidas de ellas, con

la experimentación o la observación, es decir, lo empírico, debidamente organizado mediante una sistematización coherente; y los “falsacionistas”. Que denunciaron la “falacia inductivista” (el error de creer que una generalización a partir de experiencias particulares, puede hacer verdadera una teoría) y propusieron como “criterio de demarcación” la falsación, es decir, la apertura de la posibilidad de refutar las teorías, asumiendo que estas no son otra cosa que la sistematización de hipótesis que, igual, con el método hipotético deductivo, se confrontarán con la crítica lógica y nuevas experiencias (Popper, 1998).

Más allá del debate epistemológico, hay que constatar que, en la modernidad, la legitimación de un saber y su calificación como científico, pasa por adoptar un método científico. Esto ha ocurrido con tendencias teóricas enteras de la psicología, la historia y las ciencias sociales en general. Por supuesto, las ciencias naturales, como la biología, ya venían con la legitimación derivada de sus métodos que incluían la descripción rigurosa de rasgos distintivos, la recolección de evidencias, la elaboración de taxonomías y de explicaciones que daban cuenta de causalidades en los procesos específicos y, por lo mismo, tenían la posibilidad de hacer predicciones. De hecho, la Medicina como ciencia se legitima en la medida que adopta los métodos de las ciencias consideradas sus matrices: la biología, la química y la física. Una visión de ese proceso de legitimación de los conocimientos, de su conversión en “científicos”, es lo que aporta la explicación de Kuhn acerca de los paradigmas, ejemplos a seguir o modelos de científicidad, que comprenden disciplinas enteras (matrices disciplinarias), teorías y métodos, que se legitiman en virtud del consenso de una comunidad científica o profesional determinada (Kuhn, 1987).

De tal manera se entiende que la legitimación de la Enfermería como disciplina científica que respalda una profesión, tiene que ver con la asunción y utilización de los métodos considerados científicos. Esto va desde la descripción, clasificación, acumulación de evidencias y desarrollo de explicaciones y predicciones. Otro asunto es la construcción conceptual de modelos, acerca de lo cual también hay un debate epistemológico pendiente. En términos muy generales, las posiciones oscilan entre el empirismo, que reproduce el camino inductivista, y aquellas teorías que parten de un punto de vista de la totalidad, como los sistemas y la complejidad, que prepara el puente hacia la inter, multi y transdisciplinariedad (Nicolescu y otros, 1994).

En este sentido, la Enfermería, así como el conjunto de las ciencias de la salud, debido al carácter esencial de sus objetos de estudio, es decir, su ontología que se halla a medio camino entre las ciencias naturales y las ciencias

humanas. En otras palabras, se encuentra en un territorio fronterizo que separa, a la vez que vincula, enfoques diferentes de la realidad y la delimitación de sus objetos de conocimiento. Ello responde al carácter óntico y ontológico del propio ser humano que es, a la vez, un organismo biológico, pero también un nudo de relaciones con semejantes en medio de estructuras sociales y culturales, así como unas realidades mentales y emocionales, y un campo inexplorado de posibilidades, que alude a lo que apuntan los filósofos acerca de que la Humanidad es un proyecto inacabado e inacabable, donde la existencia, siempre en construcción e impredecible, determina el Ser. En otras palabras, a diferencia de los objetos, como las piedras, el electrón o los compuestos químicos, el humano también tiene conciencia y existencia llena de posibilidades y horizontes existenciales, decisiones éticas y morales, lo cual implica que todo conocimiento acerca de él es siempre intersubjetivo, puesto que el investigador es otro ser humano, otra subjetividad. Pero, al mismo tiempo, hay que considerar el aspecto óntico del humano: su biología, su física y su química. De allí, la pertinencia del enfoque fenomenológico en algunos estudios dentro de la Enfermería y las ciencias de la salud en general.

En todo caso, no existe un solo método científico válido para todas las disciplinas y/o paradigmas. Hoy en día reina una gran diversidad de métodos legitimados como científicos que van, desde la inducción o generalización a partir de descripciones particulares, pasando por el más utilizado, el hipotético-deductivo, llegando a los diseños experimentales, las etnografías y demás metodologías cualitativas. Ahora bien, se percibe en todos un “aire de familia” relacionado a los dos componentes del entendimiento ya analizados por Kant en el siglo XVIII: la razón y la experiencia (observación y descripción empírica). En este sentido, se aprecia un peso importante en la actualidad a lo denominado “conocimiento por evidencia” que hace énfasis en el elemento de las experiencias debidamente registradas en ensayos clínicos y estudios aleatorizados.

Por otra parte, se mencionan los conocimientos recibidos a través de las tradiciones de los diferentes pueblos en relación al cuidado de enfermos, niños y adultos mayores. Es lo que se conoce también como conocimiento derivado de la autoridad, construida por una experiencia inmemorial (Leininger, 1991). Además, la Enfermería toma prestados conocimientos de las ciencias médicas, de donde ha extraído muchos modelos de comprensión, procedimientos y protocolos, que orientan los planes de cuidado, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, aunque dejando en segundo plano la consideración singular de la persona paciente.

Así, hay que insistir en la importancia de la investigación científica en la Enfermería dada la poca cantidad de profesionales que la producen. Además, esa producción científica repite ciertos esquemas que es importante someter a discusión: la mayor parte se concentra en el ambiente universitario, seguida de las áreas hospitalarias de segundo y tercer nivel, mientras que las temáticas generalmente se refieren a la atención de enfermedades crónicas y el cuidado de los adultos mayores. Predominan los estudios cuantitativos, descriptivos y transversales, con muestreos por conveniencia y el poco manejo de instrumentos confiables. Ante esta realidad se plantea la necesidad de recalcar la importancia de la investigación científica en Enfermería porque puede tener una aplicación en la práctica misma de la profesión. Para ello es menester sumar esfuerzos de académicos, enfermeras asistenciales, asociaciones de escuelas y facultades universitarias y colegios profesionales para diseñar estrategias que potencien la actividad investigativa (Galicia, 2023).

En la práctica concreta de la profesión, además de la recepción e interpretación de las tradiciones culturales, se hacen presentes otras formas de conocimiento pertinente para la Enfermería: el ensayo y error, la experiencia personal, la imitación de casos similares e, incluso, la intuición. No se niega en absoluto la importancia real de esos conocimientos, pero sí es importante señalar sus límites los cuales justifican la necesidad de desarrollar la investigación científica en la disciplina. Esta ya ha rendido relevantes aportes, aunque también se señalan algunas rutinas que constituyen barreras a superar.

Hay que destacar que la investigación en el campo de la Enfermería ha aumentado netamente en los últimos años, con lo cual se han venido definiendo las figuras de los distintos roles de los profesionales: enfermera de investigación clínica, enfermera investigadora, enfermeras de apoyo a la investigación y enfermeras consumidoras de investigación. Son perfiles con rasgos distintivos claros, establecidos en la práctica por las funciones, los requisitos formativos, las habilidades y responsabilidades, cuyas competencias conviene definir (Moro & García, 2023).

Tenemos en primer lugar el perfil de la enfermera de Investigación Clínica (EIC), la cual es una figura ya consolidada y cada vez más importante en muchos equipos de investigación multiprofesionales, con roles y responsabilidades definidas. Sus funciones se refieren a la coordinación y gestión de ensayos clínicos principalmente, para garantizar el cumplimiento de los protocolos de estudio y de los procedimientos, así como los requisitos de gobernanza de la investigación y la seguridad del paciente, sin intervenir en su diseño. Además, la EIC asume la responsabilidad de garantizar la seguridad

de los pacientes, haciendo cumplir los requisitos imprescindibles de cualquier estudio, como son recopilar, registrar y documentar la aparición de síntomas no esperados mediante la notificación de eventos adversos, ya sean relacionados o no con el mismo.

Por su parte, la enfermera investigadora impulsa la creación de evidencia y de nuevos conocimientos relacionados con la ciencia enfermera (Sheppard & et al, 2022). Su perfil ha evolucionado en los últimos años, desde el relacionado con el desarrollo de una carrera en el ámbito académico, que permite a las enfermeras realizar una formación superior, una especialidad, un master o un doctorado, hasta la investigación desde el ámbito puramente asistencial que, en la actualidad, también permite un desarrollo académico similar, según distintos perfiles. A diferencia de la EIC, cuya principal función es apoyar la investigación de otras disciplinas, la enfermera investigadora desarrolla sus propias ideas y diseña proyectos de investigación en cuidados. La enfermera investigadora lidera todas las actividades del estudio para asegurar que se cumplen todos los requisitos de gobernanza de la investigación, desde el diseño del estudio, la solicitud de evaluación al comité correspondiente, la tramitación administrativa necesaria para ponerlo en marcha, la obtención del consentimiento de los sujetos del estudio y la recopilación y análisis de los datos.

Otra figura que vincula la Enfermería y la investigación es la enfermera de apoyo a la investigación, quienes en su mayoría tienen el nivel académico de doctoras y formación amplia en metodología de investigación, y dedican su actividad profesional a detectar posibles áreas de investigación, estimular a investigadores noveles, consolidar grupos de investigación, realizar docencia, visibilizar la investigación realizada, facilitar la aplicación en convocatorias de financiación, etc.

Por supuesto, todas las enfermeras graduadas que quieran ejercer con responsabilidad y seguridad deberían consumir y aprovechar los productos de investigación (artículos y otros recursos científicos), con el fin de actualizar los cuidados que proporcionan a la población mediante el uso de la mejor evidencia disponible. Hay que destacar que consumir investigación requiere una formación básica en lectura crítica que debería ser adquirida en el periodo de formación del grado o mediante formación obligatoria de desarrollo profesional (Curtis & et al, 2017).

Por otra parte, la multidisciplinariedad y la transdisciplinariedad son fundamentales en la investigación en Salud Pública, ya que precisan la colabo-

ración de diferentes disciplinas y áreas de conocimiento (Nicolescu y otros, 1994). Las enfermeras son un elemento fundamental en la investigación en Salud Pública, pueden ser parte de equipos de investigación y liderarlos, según el caso, para abordar problemas de investigación complejos situados en las fronteras del conocimiento.

Por supuesto, el debate epistemológico continúa alrededor de los dos asuntos apuntados por Popper: los criterios de validez del conocimiento y los criterios de demarcación entre lo que es ciencia y lo que no (1998). De ese debate, no escapa el desarrollo de la investigación en Enfermería. Se lo consigue a la hora de elaborar explicaciones en alguna teoría como el psicoanálisis o la Teoría Crítica, así como cuando intenta desarrollar una Enfermería multicultural, o cuando aplica enfoques cualitativos.

### **3.2. Investigación cualitativa vs. cuantitativa en enfermería**

La diferencia entre la investigación cuantitativa y la investigación cualitativa no debe entenderse como un antagonismo, ni siquiera como una oposición metodológica. De hecho, ya es reconocida como válida la combinación de ambas como investigación mixta, la cual ambas modalidades se complementan. De hecho, ambos enfoques pueden plantearse los mismos horizontes de sentidos, pues los dos llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos, establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas, demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento, revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis y pueden proponer nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas o incluso para generar otras (Hernández S. , 2019).

Se ha intentado establecer las diferencias entre los dos enfoques por una vía ontológica, es decir, partiendo de la consideración de las características ontológicas de sus objetos de estudio. Así, puede distinguirse una realidad externa u objetiva, independiente del conocedor, y una realidad interna o subjetiva de los individuos que comprende desde los elementos vagos o generales (intuiciones) hasta las convicciones bien organizadas y desarrolladas lógicamente a través de teorías formales. Estas distinciones tienen antecedentes en la polémica acerca de los métodos diferenciados de las ciencias naturales (sobre todo la física, la química y la biología) y las ciencias humanas, del “Espíritu” o Humanidades (historia, arte, Derecho, literatura, culturas); así como entre aquellos conocimientos acerca de leyes científicas naturales o regularidades generales (ciencias nomotéticas) y otros que abordan realidades



únicas (ciencias idiográficas), de acuerdo a los filósofos de la ciencia Rickert y Windelband (Puerta, 2022).

**Tabla 1.**

*Clasificación de las ciencias con los criterios de Rickert.*

CIENCIAS	IDIOGRÁFICAS	NOMOTÉTICAS
NO VALORATIVAS	Historia	Ciencias naturales
VALORATIVAS	Crítica e historia del arte y la literatura, ética, estética, Derecho	

**Fuente:** Elaboración propia a partir de (Puerta, 2022)

José María Mardones (1994) le opone, a la ciencia unificada por la matemática, caracterizada como galileana, otro estilo de conocimiento científico, caracterizado como “aristotélico”. Mientras aquélla es centralmente racionalista, producida a partir del Mundo de las Ideas de inspiración platónica, con el punto de partida de una figuración geométrica y una formulación matemática; la que ha surgido bajo la guía de Aristóteles, parte de un empirismo de la observación de los hechos que aparecen ante los sentidos, para remontarse, a través de la inducción, a las generalizaciones, desde las cuales nuevamente retorna a la experiencia, mediante unas normas lógicas explícitas. La oposición también atañe al tipo de explicación que se consiguen. Mientras los “galileanos” proponen leyes, expresadas en fórmulas cuantitativas de las relaciones (causas eficientes y medibles: previas y externas al fenómeno en cuestión) entre los elementos, que culminan en hipótesis a corroborar en experimentos previamente concebidos; los “aristotélicos”, por su parte, aplican en sus explicaciones todas las clases aristotélicas de causas, especialmente las de tipo finalístico, teleológico, la “finalidad”, el “para qué” de cada cosa; así como su sustancia y su forma. La actitud del científico galileano es la de un juez que somete a su testigo a un interrogatorio previamente elaborado, en el cual se prefija lo que se quiere indagar, sin parar el inquisidor, si es necesario, ante la utilización de torturas: es la experimentación de Bacon. El aristotélico, por el contrario, deduce de la sustancia de cada cosa, inducida de múltiples observaciones anteriores, su comportamiento más posible, de acuerdo con una finalidad que ya está allí prevista. Esta oposición Galileo/Aristóteles atañe, entonces, también a las formas de explicación, entendiendo por explicación el discurso que enseña, muestra y demuestra la razón (el por qué) de los fenómenos. Aunque, como se verá, los “galileanos” más bien se inclinan por la pregunta del “cómo” es o funciona esto o aquello. Mardones vincula directamente el par a la oposición entre explicación causal y explicación teleológica,

entre la causalidad eficiente y la causalidad final, entre la Explicación (Erklären) y la Comprensión (Verstehen) (Puerta, 2022).

El enfoque cualitativo puede guiarse por áreas o temas significativos de investigación. Sin embargo, en lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis preceda a la recolección y el análisis de los datos (como en la mayoría de los estudios cuantitativos), los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. Con frecuencia, estas actividades sirven de exploración, primero, para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes; y después, para perfeccionarlas y responderlas. La acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien “circular” en el que la secuencia no siempre es la misma, pues varía con cada estudio (Hernández S. , 2019). Este rasgo de lo cualitativo es lo que permite sostener a Hernández Sampieri la posibilidad de una investigación mixta.

Por otra parte, la investigación cualitativa se considera propia de ciertas y específicas tendencias epistemológicas: la fenomenología y la hermenéutica, además de respaldar metodologías propias de la antropología, la psicología y la sociología de matices interpretativos, como la orientada por el abordaje de Weber (Weber, 1982). La siguiente tabla muestra las variantes de la investigación cualitativa de acuerdo a la adscripción epistemológica que la guía, sus bases conceptuales y las operaciones de comprensión, síntesis, teoría y recontextualización (Morse & et al, 2003).

**Tabla 2.**

*Variantes de la investigación cualitativa.*

Método	Base conceptual	Comprensión	Síntesis	Teoría	Recontextualización
Fenomenología	Reflexiones de la experiencia vivida y los cuatro existenciales	Conversaciones, diálogos	Vinculaciones con descripciones de experiencias de otras fuentes	Escritura y reescritura fenomenológica	Reconocimiento de la experiencia vivida en sí mismos y en otros

Etnografía	Teorías de las culturas	Observaciones, Entrevistas, uso de otros documentos	Análisis de contenido, saturación de categorías	Vínculos émicos-éticos. Vínculos laterales. Método comparativo	Generalizaciones basadas en la teoría. Comparaciones y universales culturales
Etnociencia	Entrevistas, observaciones	Entrevistas, observaciones	Marcos oracionales. Clasificaciones	Taxonomías	Afirmaciones abstractas
Teoría fundamentada	Interaccionismo simbólico	Entrevistas	Codificación. Muestreo teórico	Desarrollo de tipologías, modelos y teorías	Desarrollo de teoría sustantiva. Desarrollo de teoría formal

**Fuente:** (Morse & et al, 2003)

Otras guías para la investigación enfermera son los modelos y teorías de enfermería (Valencia-Contreras, 2022). Ellas amplifican el desarrollo del conocimiento, ayudan a estructurar la práctica, y por consiguiente, tributa a una mejora de la calidad de la atención; sumado a esto, se ha descrito que los enfermeros que reconocen los significados conceptuales de las teorías de enfermería, logran dar sentido a la práctica asistencial y pueden destacarse en la construcción del razonamiento y juicio clínico, así como en la elección de las mejores intervenciones de enfermería e identificación de fenómenos de los que estos profesionales son responsables (Santos & et al, 2019). Asimismo, las teorías se han descrito como base de la investigación, pues para aplicar una teoría primero ha de analizarse y buscar el porqué de las cosas, con el objetivo de avanzar en el desarrollo sistemático, en el conocimiento enfermero y a su vez mejorar la atención de la población (Hernández & et al, 2021).

En general, se considera que los estudios cualitativos son de especial relevancia para el desarrollo de la ciencia de enfermería, facilita una mejor comprensión del mundo, con un efecto práctico, pues se basará en un conocimiento de la realidad interpretada por las personas (Naranjo & González, 2021).

La investigación cualitativa en enfermería tiene como centro el paciente, tomando en cuenta su subjetividad, para producir conocimientos útiles para

el cuidado personal. Se estima que en la actualidad un aumento significativo de proyectos de investigación cualitativa en el campo de la Enfermería. Ello se debe, en arte, a la importancia que tiene para el profesional de esta área tiene el contacto personal con el paciente y, por tanto, la oportunidad y pertinencia de la empatía, la posibilidad de colocarse en el lugar de la persona que es cuidada para mejorar la atención particular. Se entiende que el profesional de enfermería está cerca de la experiencia humana y no solo de la enfermedad como un fenómeno etiopatogénico. Por ello, se encuentra en una posición privilegiada para comprender la vivencia o el mundo de vida del enfermo, su familia y los procesos que acontecen en el cuidado (Martínez & et al, 2018).

Las diferentes variantes de investigación cualitativa encuentran su lugar en los proyectos de investigación de los profesionales de Enfermería. Así, la fenomenología de corte heideggeriano analiza los existenciales del ser-ahí (Dasein) en diversas situaciones de cuidado, aparte de que en la filosofía de Heidegger el cuidado mismo (Sorge) es elevado a categoría filosófica de gran importancia. Por otra parte, con los aportes de Merleau Ponty (Merleau-Ponty, 1985) y Carel (Carel, 2016), con su abordaje de la fenomenología del cuerpo y de la enfermedad, indagan en la vivencia de la salud y las patologías, así como temas de gran complejidad, como la muerte, el encuentro existencial entre el que otorga cuidado y aquel que está a punto de encontrarse con lo extra corpóreo.

La fenomenología constituye una de las opciones al positivismo de las ciencias de la salud, pues existen otras críticas ontológicas y epistemológicas; pero resulta de sumo interés cuando tematiza y problematiza dos cuestiones esenciales: el cuerpo y la enfermedad (y, por tanto, la salud misma). Y se hace explorando y describiendo lo dado a la conciencia del sujeto paciente por la experiencia de la salud y la enfermedad, así como del propio cuerpo que deviene un aspecto del Ser, un ser situado, arrojado en la existencia histórica, contingente, orientado hacia la muerte, indagador de su propia autenticidad, el “Dasein”, y como tal vinculado a una serie de existenciales que deben ser analizados (Heidegger, 2007).

No se trata la indagación fenomenológica del cuerpo, la salud y la enfermedad, de una investigación psicológica, aunque no la rehúye y puede alimentarse de ella. Cabe destacar que, toda condición de salud desfavorable constituye una situación amenazante que repercute negativamente en el bienestar del individuo. Aunque cada persona afronta de manera diferente su problema de salud, la percepción que se tiene respecto a la vida está indiscutiblemente enmarcada en un contexto socio-cultural, en el cual se valora el

buen aspecto y la plena disposición de las propias posibilidades. La fenomenología del cuerpo y de la enfermedad/salud analiza lo dado a la conciencia, describiendo las estructuras intencionales y las vivencias (Romero, 2020).

En primer lugar, libera al paciente de su rol pasivo o de objeto, para culminar su devenir sujeto. El paciente no “está enfermo”, sino que se constituye como sujeto paciente. Vivencia la enfermedad, en primer término, como sensaciones de disfunción del cuerpo, una disrupción de habilidades, hábitos y expectativas. De hecho, la enfermedad significa una crisis de sentido de la vida (Back, 2019). Esto lleva, por un lado, a la pérdida de la fe (juvenil o infantil) en nuestra propia indestructibilidad, y por el otro, paradójicamente, a la interrogación acerca de la salud. La enfermedad implica pérdidas. Carel (Carel, 2016) destaca cinco pérdidas vivenciadas en la conciencia del enfermo: la pérdida de la integridad o completud, la pérdida de la certeza, la pérdida del control la pérdida de la libertad para actuar, la pérdida del mundo familiar. Sobre estas pérdidas, abundaremos en la parte teórica de nuestro trabajo.

El cuerpo vivido se convierte en el tema de la atención, en objeto, es más, en un objeto de cuidados. Pero, a la vez, el cuerpo vivido prosigue con la vida, se instaura una nueva normalidad, sigue siendo el trasfondo de la experiencia, si bien transformado. Esto es, el sentido de la ruptura tiene que ver primero con un cambio advenido en el curso normal de la experiencia, una crisis de las capacidades del cuerpo que trastoca el mundo. Eventualmente, se instauran nuevos cursos de experiencia, instaurando una nueva normalidad, diferente. Esta nueva normalidad puede seguir siendo una abnormalidad, bien en el sentido de que la experiencia es ‘menos óptima’ que antes. Matizar esta diferencia entre pérdida y positividad del “estar enfermo” resulta importante de cara a la problematización del sujeto paciente. Carel da cuenta de la problemática ética involucrada en ello. A nivel de la capacidad de decisión respecto de sí mismo y también respecto de la propia enfermedad mantiene que “la habilidad de la persona enferma para hacer elecciones racionales se erosiona debido a la falta de conocimientos médicos y una capacidad limitada de juzgar si el profesional de salud, cuya labor es sanar, puede, de hecho, hacerlo (Back, 2019).

Desde la perspectiva fenomenológica de Merleau-Ponty, el cuerpo se integra en el sujeto pues resulta horizonte de la experiencia, reconociéndose en situación, como vehículo de Ser-en-el-mundo (uno de los existenciales del Dasein, analizado en Ser y Tiempo), a partir del cual conectamos con un mundo definido, nos confundimos con ciertos proyectos y nos conectamos con ellos (Merleau-Ponty, 1985). Tengo consciencia del mundo por medio de mi cuerpo, y esto también supone que actúa como fondo sobre el cual emerge

toda relación, cuna de la intersubjetividad y de la figuración del sentido. La noción de cuerpo vivido, se presenta más allá y en las antípodas del dualismo cartesiano que diferencia cuerpo y alma, lo cual se contextualiza históricamente en el comienzo de la ciencia moderna, basada en la observación objetiva y cuantitativa de la naturaleza física, con lo cual el cuerpo como materia, fue ubicado del lado de los objetos, sustrayendo la dimensión inherentemente subjetiva de la corporalidad, una alienación de la subjetividad respecto del cuerpo en términos de Ricoeur (Ricoeur, 1996).

Por su parte, la orientación etnográfica, a partir de su tradición antropológica. Aporta un acceso al estudio de las creencias y prácticas de una cultura en relación al cuidado, que se considera como una constante civilizatoria. La cultura se entiende en su sentido amplio, de todo lo producido o elaborado por los seres humanos, sean signos, utensilios o producciones y conocimiento, que comparten grupos junto a una experiencia común, por ejemplo, padecer una enfermedad crónica. Los métodos etnográficos desarrollan descripciones profundas sobre el significado que tiene para las personas las acciones y los eventos a través de la observación participante y las entrevistas sin estructurar. Otras fuentes de datos etnográficos pueden ser documentos, archivos, fotografías, mapas y árboles genealógicos (Santos & et al, 2017). La primera enfermera y teórica de la disciplina que declaró su preferencia por el paradigma cualitativo fue Magdalena Leininger, antropóloga que desarrolló la teoría de cuidados transculturales (Leininger, 1991).

El trato directo y la convivencia de la enfermera es un rol que se presta para el abordaje de los fenómenos de salud que no se pueden explicar con las matemáticas, tales como las percepciones, experiencias, especulaciones, significados y atributos de los pacientes ante determinada enfermedad, áreas que no han sido exploradas desde la perspectiva del cuidado. La tradición de convivir con grupos humanos, hace que la interacción social de la enfermera (o) sea más fácil de retomar, puesto que es un grupo social aceptado dada su atención de ayuda para conservar y recuperar la salud (Naranjo & González, 2021).

### **3.3. La evidencia científica en la toma de decisiones clínicas**

La Enfermería Basada en Evidencias (EBE), propuesta como un modelo para la investigación en Enfermería, surge en la década de los años 70 del siglo XX, como una consecuencia de la Medicina Basada en Evidencia (MBE). En su evolución, también se le ha denominado como Práctica Basada en Evidencia (PBE). Se trata de un programa científico para operacionalizar

la práctica médica, mediante la obtención y aplicación de la mejor evidencia disponible, y superar el sesgo exclusivamente empírico en el que se basaban las decisiones clínicas, reunida y enriquecida con la experiencia clínica y los valores y preferencias del paciente. La MBE es, en esencia, un proceso que integra la pericia o maestría clínica con la mejor evidencia y las expectativas del paciente.

El proponente de la MBE fue el doctor Archi Cochrane, quien, en 1972, señaló que apenas del 10 al 15% de las intervenciones en salud se sustentan en investigación científica adecuada. Ante esta situación, Cochrane afirmó que los tratamientos debieran evaluarse usando métodos no sesgados (como el ensayo clínico aleatorio) y que la profesión médica debía de revisar de forma continua sus conocimientos. Estas consideraciones se veían respaldadas por el imperativo ético, que forma parte del juramento hipocrático, de hacerlo mejor por el paciente y no hacer daño. Por otra parte, hubo la constatación de que la información que se publica en revistas científicas, actas de congresos y demás medios, ha mostrado un crecimiento exponencial, especialmente a raíz del desarrollo de las tecnologías de información y comunicación, lo cual hace muy difícil que los profesionales sanitarios puedan reunir toda la información en el momento preciso para la toma de decisiones clínicas.

Ante estas últimas dificultades, la MBE plantea dos caminos. Por una parte, poner a disposición estudios clínicos relevantes, especialmente aquellos diseñados con una metodología que permita disminuir los posibles errores de sesgo, a través de una adecuada aleatorización de los participantes en un grupo control y otro de intervención, y mediante un diseño a ciegas. A estos estudios se les llama **Ensayos Clínicos Controlados** (ECA). En segundo término, ofrecer revisiones sistemáticas de la literatura médica como resultado de la depuración de la mayor cantidad de información disponible en la literatura médica.

Para ello se crea la red de Evidencias Cochrane, cuya visión consiste en un mundo con mejor salud, donde las decisiones relacionadas con ella y la atención sanitaria se basen en evidencia científica, actualizada y de alta calidad, relevante y resumida. Para ello, se plantea como misión promover la toma de decisiones sobre salud basada en la evidencia, mediante la realización de revisiones sistemáticas de alta calidad, relevante y accesible, así como a través de otras evidencias científicas resumidas. Esa misión se considera como útil e importante, más en la era de Internet, cuando las personas tienen un gran acceso a la información sobre salud, pero existen pocas formas de saber qué información es exacta y no sesgada.

La red Cochrane se propone como metas, en primer lugar, producir evidencias, es decir, revisiones sistemáticas actualizadas, relevantes y de alta calidad y utilizar otra evidencia para informar de la toma de decisiones sobre salud en todo el mundo. En segundo lugar, hacer accesible de la evidencia; ello mediante la traducción a 14 idiomas las revisiones sistemáticas y disponibles en la biblioteca Cochrane. En tercer lugar, convertir a la red Cochrane en la “cuna de la evidencia” para informar de la toma de decisiones en salud, lograr un mayor reconocimiento de nuestro trabajo y convertirse en el principal promotor de la atención sanitaria basada en evidencia. En cuarto término, la red Cochrane se plantea ser una organización mundial diversa, inclusiva y transparente que aproveche de forma efectiva el entusiasmo y las aptitudes de los colaboradores, guiada por principios, regida de forma responsable, administrada con eficiencia y que utilice de forma óptima los recursos. La red Cochrane comprende 13 ámbitos temáticos: Salud infantil, medicina complementaria, consumo, primeros auxilios, agenda global, neurociencia, enfermería, nutrición, atención prehospitalaria y cuidados de emergencia, Atención primaria, rehabilitación, salud sustentable, seguridad médica (Cochrane Collaboration, 2020).

Al organizar la información médica se debe tener como principal supuesto partir de la mejor evidencia científica disponible, además de poder establecer una jerarquía de evidencias, donde la opinión de expertos está en la base y los ensayos clínicos y revisiones sistemáticas en la cúspide, siendo la razón el mayor y menor riesgo de sesgo de tales diseños. En ese contexto, la MBE se define como el uso consciente, explícito y prudente de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones acerca de la atención médica de los pacientes (Torres Arreola y otros, 2014).

En las formulaciones de la MBE se nota la influencia de los lineamientos metodológicos de la epidemiología clínica. Por otra parte, la actual Epidemiología Clínica, es una expresión de una tendencia epistemológica claramente positivista, con indiscutibles ventajas en el ámbito de la investigación clínico epidemiológica, aunque extremadamente reduccionista, con implicaciones científicas e ideológicas en el desarrollo de ambas disciplinas y en la Salud Pública. La MBE comprende investigaciones claramente planificadas, con una delimitación del tema, una formulación clara del problema que resulte en el establecimiento de unos objetivos precisos, una revisión de antecedentes y la elaboración de un marco conceptual preciso, y la realización de una descripción o una experimentación, con grupos de control, donde se fije la población y la muestra de manera aleatoria, así como los instrumentos, las unidades



de cuantificación, métodos de recolección de datos, procedimientos precisos de recolección de los datos y un plan de tabulación y análisis, una ejecución con los controles y revisiones adecuados, y, finalmente, la debida presentación de los resultados en gráficos y demás recursos expositivos, cuidando la debida coherencia lógica en la discusión y las conclusiones (Monje Álvarez, 2011).

Precisamente, la diferencia más notable entre la EBE y la MBE, considerando el ámbito de de la enfermería, es que su enfoque teórico no sólo se resuelve desde el alcance experimental de los estudios, sino que la investigación de tipo cualitativa también debe ser incorporada, pues es un criterio compartido que la investigación cuantitativa y la cualitativa son complementarios para enfermería (Rubio & et al, 2013) Incluso, se ha dicho que Florence Nightingale es una pionera, tanto de la investigación cualitativa en Enfermería, como de la Enfermería basada en evidencias.

# CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA

## Capítulo 4

### Enfermería y Salud Pública

**AUTOR:** Nidia Narcisa Álava Rengifo



SABEREC 5.0

## Enfermería y Salud Pública

### 4.1. La promoción de la salud en la comunidad

La vocación de los profesionales de enfermería se amplifica y realiza con su participación en la promoción de la salud en la comunidad. Esta es una extensión lógica y necesaria de la noción de cuidado, pues se focaliza en diseñar e implementar estrategias para que las comunidades puedan prevenir y cuidar a sus miembros frente a los riesgos de su salud. Esto supone, además de actividades de divulgación general, actividades educativas, recuperando las aspiraciones de varias teorías de la Enfermería que subrayan la importancia de que sea el propio paciente quien pueda desarrollar el autocuidado y, mediante hábitos saludables, mantenga en óptimas condiciones su cuerpo y su mente. Las enfermeras pueden y deben desempeñar un papel crucial en la promoción de la salud a través de diversas estrategias y acciones.

La promoción de la salud es un concepto que anima muchas políticas públicas en casi todos los espacios del mundo, siguiendo lineamientos que han sido consenso de la comunidad de las naciones. Así, la promoción de la salud en las comunidades es un componente esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), particularmente el ODS 3, que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (ONU, 2024). Lejos de una concepción meramente asistencialista, este lineamiento persigue hacer participar a las mismas personas beneficiadas en las tareas implicadas en la prevención de la salud. Pero para ello, se hace necesario emprender tareas para las cuales se requiere la formación de las enfermeras y enfermeros, por sus conocimientos y orientación humanística.

La realización de las múltiples tareas necesarias para una eficaz promoción de la salud en la comunidad, implica labores de muy variados tipos en las cuales son necesarios los profesionales de enfermería. Una lista incompleta de actividades debería incluir la organización de sesiones educativas para informar a la comunidad sobre temas de salud, tales como la prevención de enfermedades, la nutrición y los cambios en el estilo de vida que comprenda la actividad física y la comprensión de la importancia del ejercicio para una vida sana. También, la producción y distribución de materiales educativos como contenido en las redes sociales, folletos, carteles y demás, útiles para difundir información sobre hábitos saludables y prácticas preventivas.

Otra actividad de la promoción de la salud en la comunidad que deben desempeñar los profesionales de Enfermería tiene que ver con su intervención directa en jornadas de vacunación y tamizaje. Ellos deben dedicarse a la ad-

ministración de las vacunas y la realización de pruebas de detección temprana de enfermedades, tales como la hipertensión y la diabetes.

Entre las tareas de gran valor en la promoción de la salud, se encuentra la de proporcionar indicaciones y consejos a nivel personal, en atención a las peculiaridades de los casos atendidos, dirigidos a apoyar a los pacientes para que adopten hábitos de vida saludables, además de hacerse cargo del autocuidado cuando las dolencias tienen un carácter crónico. Además, pueden organizar grupos de apoyo para personas con condiciones específicas, para poder compartir información y orientación a las personas que sufren de enfermedades crónicas o adicciones, proporcionando un espacio para compartir experiencias y obtener apoyo emocional.

Todas estas actividades debieran canalizarse en contacto con las organizaciones locales existentes en las diversas comunidades, que puedan posibilitar programas de salud para la comunidad que comprendan clínicas móviles y ferias de la salud. De esta manera, y con el auxilio de los líderes naturales de vecindarios y sectores suburbanos, se pueden promover competencias deportivas, bailoterapias, caminatas, clases de gimnasia y demás actividades que harían más amables los espacios urbanos y, además, desarrollarían y profundizarían los vínculos interpersonales de la comunidad, lo cual facilita los apoyos colectivos ante posibles problemas que afecten a todos.

Las posibles labores y responsabilidades de los profesionales de Enfermería, en el marco de la promoción de la salud en las comunidades, abarcaría también las correspondientes a la promoción de la nutrición saludable. Ello incluye la asesoría acerca de las dietas equilibradas, útiles incluso para pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes. Por supuesto, las enfermeras tienen los conocimientos necesarios para poder ofrecer recomendaciones nutricionales basadas en necesidades y peculiaridades individuales.

Por supuesto, la participación activa en la promoción de la salud involucra el compromiso con una perspectiva de una vida mejor que haga valer los derechos de toda la población. Por formación y por vocación, los profesionales de Enfermería abogan por los derechos y el bienestar de los pacientes. Esta es una labor de concienciación que tiene expresiones prácticas en tareas concretas como las implicadas en la atención adecuada y equitativa, en concordancia con aquellas políticas de salud pública que promuevan el bienestar comunitario de acuerdo a lineamientos planificados por autoridades locales, nacionales y con la asesoría y apoyo de la comunidad internacional.

La visión de un profesional de Enfermería activa y decididamente involucrado en la promoción de la salud en las comunidades, requiere diseños curriculares y planificación en los espacios académicos donde se forman las nuevas generaciones. De hecho, se trata de una necesidad urgente de fortalecer las capacidades del personal de enfermería en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Ello se debe a la comprensión, tangible en muchas decisiones de alto nivel, de que la implementación de estrategias efectivas no solo contribuiría a reducir la incidencia y la prevalencia de enfermedades, sino que también mejoraría la calidad de vida de las comunidades afectadas.

La formación y capacitación continua del personal de enfermería en estas áreas es, por tanto, una inversión crucial para el desarrollo sostenible del sistema de salud en Ecuador y, en general, en todas las partes del mundo. Esas estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades se posibilitan si cuentan con la colaboración intersectorial y el aprovechamiento de los recursos existentes de los Estados, las empresas y la propia comunidad.

Una iniciativa en este sentido de formar en promoción de la salud puede ser el impulso de programas de capacitación y educación continua para enfermeros, apoyados por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, lo cual facilita la transferencia de conocimientos y habilidades necesarias. A esto también puede contribuir el aprovechamiento de las tecnologías de información y comunicación, que ya se han probado en el mejoramiento de la accesibilidad y la efectividad de las intervenciones de salud (Organización Mundial de la Salud, 2018). Muchas experiencias de ello, provienen de la grave emergencia sanitaria desencadenada por la pandemia del COVID 19 a partir del año 2020. En aquella oportunidad, se evidenció que las nuevas TICS tecnologías posibilitan una ampliación significativa en el alcance de la difusión de información, seguimiento de pacientes y la implementación de programas de telemedicina, especialmente en áreas rurales y de difícil acceso.

Se estima que la superación de los límites en las estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, tiene que ver con su adaptación a las necesidades específicas de las comunidades. En países como Ecuador, y los demás de la región latinoamericana, el acceso a la salud se ve dificultada por problemas de fondo, difíciles de resolver en lo inmediato, tales como la desigualdad socioeconómica, la falta de acceso a servicios básicos de salud y educación, y la prevalencia de enfermedades crónicas y transmisibles (Villa-Feijoo & et al, 2022).

Las desigualdades sociales y económicas se evidencian en las limitaciones del acceso a servicios de salud de calidad. El costo de la atención médica, los medicamentos e, incluso, el transporte a los centros de salud, constituyen serios obstáculos para el logro del objetivo de brindar salud a todos. A esta lamentable situación se agrega que amplios sectores de la población no están protegidos por seguros médicos cuyo acceso implica altos gastos que no pueden cubrir las familias. Muchos y repetidos estudios, durante muchos años, confirman que la pobreza y la desigualdad económica son causas constantes de este abandono de hecho de amplios grupos, especialmente las poblaciones más vulnerables como las suburbanas y las rurales.

A esta desastrosa situación de la salud también contribuye la falta de Integración de las Políticas de Salud en las Comunidades Rurales, adaptadas a las necesidades específicas de esos conglomerados humanos. Superar estas limitaciones al objetivo de salud para todos constituye un gran desafío, porque, generalmente, las políticas de salud se diseñan e implementan con un enfoque centralizado, sin considerar las particularidades y necesidades locales. Por supuesto, esto lleva a la ineffectividad y hasta el posible rechazo de las comunidades, especialmente aquellas que tienen sus propias tradiciones y culturas relativas al cuidado.

La participación comunitaria y la adaptación cultural son esenciales para el éxito de las intervenciones de salud; pero, en Ecuador, la falta de integración de políticas de salud en las comunidades rurales se expresa en la escasa participación de las comunidades en el diseño y ejecución de programas de salud. Esta desconexión puede llevar a una falta de apropiación y sostenibilidad de las intervenciones, así como a la resistencia por parte de la población. La implementación de políticas de salud debe considerar un enfoque participativo que involucre a líderes comunitarios y que se base en un entendimiento profundo de las realidades locales.

Por ello, sigue siendo hoy un reto mejorar la integración de las políticas de salud en contextos rurales, mediante una mayor inversión en infraestructura, capacitación de personal local y el fortalecimiento de la colaboración intersectorial. Las políticas públicas inclusivas y sostenibles son fundamentales para mejorar las prácticas de enfermería y promover la equidad en salud. Debieran ser diseñadas con un enfoque inclusivo que considere las necesidades de todas las poblaciones, especialmente aquellas que son más vulnerables, como las comunidades rurales, indígenas y de bajos ingresos.

Las políticas inclusivas y sostenibles son esenciales para reducir las disparidades en salud y asegurar que todas las personas tengan acceso a servicios de calidad. Enfermeras y otros profesionales de la salud pueden abogar por la creación e implementación de políticas que promuevan la equidad en salud, participando en el desarrollo de normativas y en la planificación estratégica a nivel local y nacional. Estas políticas deben incluir la asignación adecuada de recursos, la capacitación continua del personal de salud, y la integración de enfoques basados en la evidencia que sean adaptables a las necesidades cambiantes de la población. Además, es crucial involucrar a las comunidades en el proceso de toma de decisiones para asegurar que las políticas sean pertinentes y sostenibles en el largo plazo (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

#### **4.2. Prevención y educación en salud**

El liderazgo de las enfermeras en la prevención y educación en salud, es una vía efectiva para mejorar en la población el conocimiento y, en consecuencia, los comportamientos saludables en comunidades vulnerables, al tiempo que los programas de vacunación aumentan su cobertura y reducen la incidencia de enfermedades prevenibles. En el mismo sentido, se promueven las iniciativas de salud escolar dirigidas a crear y confirmar hábitos saludables desde la niñez.

Por supuesto, esos planes encuentran en su implementación, algunos desafíos significativos, como la falta de recursos, las barreras socioculturales y económicas, y la insuficiente integración de políticas de salud en comunidades rurales. Pero, salvando estos obstáculos, se han de desarrollar respuestas como la utilización de las tecnologías de información y comunicación que salvan las distancias con el fin de ampliar el acceso a los servicios de salud, la colaboración intersectorial y el desarrollo de políticas inclusivas y sostenibles. Una línea de trabajo que se ha hecho necesaria para los gobiernos que se plantean en serio mejorar la equidad en el acceso a la salud, es explorar y ejecutar programas que utilicen esas tecnologías, tal y como se han ensayado en algunas zonas de Ecuador, orientadas por la perspectiva de mejorar la equidad en salud y la calidad de vida en el país (Villa-Feijoo & et al, 2022).

Los objetivos de los programas de Promoción y Prevención en Salud contemplan la oferta de servicios e intervenciones integrales para lograr la prevención de enfermedades, lesiones y discapacidades. Pero debe ir más allá al proponerse potenciar el bienestar de las personas, sus familias y de toda la comunidad, mediante la promoción y orientación hacia la instalación de hábi-

tos higiénicos que posibiliten una vida sana, feliz, placentera y productiva. Ello no puede ir separado de la conciencia de la necesidad del cuidado al medio ambiente, lo cual se revierte en salud para la propia población (Izquierdo & et al, 2022).

Las actividades de los profesionales en Enfermería abarcan una amplia variedad de aspectos y su efectividad va en procura del bienestar de la población. Desde administrar las vacunas en las campañas correspondientes, hasta hacerse cargo de la educación en salud para informar y explicar la importancia de la inmunización para prevenir enfermedades contagiosas. Desde realizar exámenes de detección temprana de enfermedades como el cáncer, la diabetes y la hipertensión, con lo cual se adelantan a la aparición y/o generalización de esas dolencias en la población, con lo cual contribuyen a su control antes de que se agraven; hasta labores de control de infecciones. Además, las enfermeras han implementado y monitoreado prácticas de control de infecciones en entornos de atención médica para prevenir la propagación de patologías.

La educación para la salud comunitaria se ha identificado como una estrategia clave en la promoción de la salud dentro de la práctica de la enfermería en Ecuador. Las enfermeras desempeñan un papel crucial como educadoras en salud, facilitando el acceso a la información y promoviendo comportamientos saludables entre los miembros de la comunidad. Las intervenciones educativas en salud dirigidas por enfermeras han demostrado ser efectivas para aumentar el conocimiento sobre prevención de enfermedades y mejorar las prácticas de salud en poblaciones vulnerables. Además, estas intervenciones fomentan la participación activa de la comunidad en su propio cuidado, empoderando a los individuos para tomar decisiones informadas sobre su salud.

La educación para la salud comunitaria contempla actividades como talleres, charlas y campañas de concientización sobre temas prioritarios como la prevención de enfermedades transmisibles, la promoción de la higiene y la nutrición adecuada. Por ejemplo, estudios han demostrado que los programas de educación sobre el dengue y la malaria, liderados por enfermeras, han contribuido a reducir la incidencia de estas enfermedades en áreas rurales de Ecuador. Estas actividades no solo mejoran los conocimientos y comportamientos de salud, sino que también fortalecen la relación entre el personal de salud y la comunidad, lo que es esencial para la sostenibilidad de las intervenciones a largo plazo. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).



La capacitación continua del personal de enfermería es fundamental para garantizar la implementación efectiva de estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, logrando la actualización y el mejoramiento de las competencias de las enfermeras, equipándose con las herramientas y conocimientos necesarios para abordar los desafíos emergentes en salud pública. El Estado, las instituciones de educación superior y la iniciativa privada deben apoyar la formación continua en temas como epidemiología, gestión de enfermedades crónicas y uso de tecnologías de la información en salud es crucial para fortalecer la capacidad del personal de enfermería. Los programas de capacitación suelen incluir cursos presenciales y en línea, talleres prácticos y seminarios especializados. Además, se fomenta la participación en conferencias y congresos nacionales e internacionales, donde las enfermeras pueden intercambiar experiencias y aprender de las mejores prácticas globales. (2018)

Los enfermeros y enfermeras que participan en programas de capacitación continua mostraron una mejora significativa en sus habilidades clínicas y en la implementación de prácticas basadas en la evidencia, lo cual incide en el aumento de la calidad de la atención brindada. (2020)

Otra estrategia significativa para la promoción de la salud es aquella que impulsa las iniciativas de salud escolar, cuyo principal objetivo es la promoción de hábitos saludables desde una edad temprana, abordando tanto la prevención de enfermedades como la promoción del bienestar integral de los estudiantes. Las enfermeras escolares juegan un rol esencial en la implementación de programas de salud que incluyen educación sobre nutrición, actividad física, higiene personal y prevención de enfermedades infecciosas. El balance de varios programas, como el “Plan Nacional de Salud Escolar”, implementado por el Ministerio de Educación en colaboración con el Ministerio de Salud Pública, ha sido siempre positivo pues ha contribuido efectivamente en el mejoramiento de la salud de los niños y adolescentes ecuatorianos (Ministerio de Educación del Ecuador, 2019).

Las iniciativas de salud escolar incluye educación sobre nutrición, actividad física, higiene personal y prevención de enfermedades infecciosas. Estas iniciativas no solo se centran en la educación en salud, sino que también incluyen la evaluación y seguimiento de la salud de los estudiantes, la administración de vacunas y la identificación temprana de problemas de salud. Esas intervenciones de salud escolar lideradas por enfermeras pueden tener un impacto duradero en la salud de la población, reduciendo la carga de enfermedades a lo largo de la vida. (2018)

### **4.3. Enfoque integral de la salud pública**

El concepto de Enfermería comunitaria se encuentra englobada dentro del campo de la salud pública que se aplica en promover y preservar la salud de la población, mediante diferentes tipos de cuidado. Dentro de esta concepción, no debe quedar ningún aspecto fuera de consideración, que tiene como uno de sus ejes fundamentales el rol educativo que pueden desempeñar las enfermeras. Algunos estudios han detectado algunos vacíos y deficiencias en esa función que es imprescindible para la prevención de las enfermedades en general y en especial de las complicaciones de las diferentes patologías crónicas. (Malavé & et al, 2020)

La salud pública implica la formación de diferentes equipos de atención primaria, los cuales están dirigidos hacia la búsqueda del bienestar físico y mental de las personas, a través de la prestación de una serie de servicios enfocados en el mejoramiento de la calidad de vida, a través de la eficacia en la atención y control de diferentes enfermedades, especialmente aquellas que requieren un control riguroso. Esos grupos de trabajo deben enfocarse en la prevención, diagnóstico y tratamiento, además de la promoción de salud y la educación sanitaria.

Entre las competencias que debe mostrar el profesional de enfermería, se encuentra su capacidad de análisis de los sistemas que afectan la salud de la población (sistema social, económico, político legal, etc.), recogiendo e interpretando los datos cuyo análisis permite identificar los factores sanitarios de la población. Las competencias y roles que cumple el personal de enfermería comprenden aquellos recursos personales y aptitudes con que se cuenta para el desempeño de las tareas necesarias, lo cual deben ser desarrolladas en la formación profesional. Se entiende que mientras más capacitado esté una persona, más habilidades tendrá para desarrollar su trabajo. Esas competencias necesarias comprenden las herramientas metodológicas para lograr identificar las situaciones que se pueden presentar en la salud pública, ante las cuales es necesaria la actitud y los comportamientos requeridos para lograr los cambios positivos en la sociedad para conquistar la salud para todos. (Espinoza & et al, 2022)

En la actualidad, la presencia de los profesionales de enfermería en la región latinoamericana es heterogénea, pues depende de factores sociales históricos, como la concentración de población y servicios públicos en las zonas urbanas y, en general, los territorios donde ha habido históricamente mayor inversión. Esa heterogeneidad en la presencia y distribución de los profesiona-

les, se nota incluso según los países. Mientras que en algunos hay más de 80 enfermeros por cada 10.000 habitantes, en otros esa cantidad apenas llega a los cinco profesionales por 10.000 habitantes. De acuerdo a estos censos, sólo en el 34,1% de los países, la relación enfermero-médico es menor a uno. Además, se observan diferencias en la distribución de personal de Enfermería por región, subregión y al interior del país. Esta distribución laboral en América latina del personal de enfermería, evidencia una gran desigualdad. Por otra parte, algunos países presentan un retraso importante en la proporción de licenciados enfermeros respecto al personal técnico y auxiliar. Por ello, y a la luz de las recomendaciones internacionales, se hace necesario incrementar el número de enfermeros y fortalecer su formación (Bortoli & et al, 2018)

Con la premisa, universalmente aceptada, de que la salud es un derecho universal de todas las personas, el gobierno del Ecuador se ha comprometido en varias ocasiones, siguiendo los lineamientos y garantías constitucionales y los enunciados programáticos de la Ley Orgánica de Salud (República del Ecuador, 2022), a brindar la atención de salud de manera gratuita, garantizando el libre acceso a atención y medicina que le permita a la comunidad poder mejorar su calidad de vida. Por ello, se han implementado políticas como las siguientes:

- Reorientar los servicios de salud del enfoque curativo hacia un enfoque centrado en la promoción y cuidado integral de la salud, garantizando una respuesta en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos; incorporando los enfoques de interculturalidad, generacional y de género. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica comunitaria.

- Implementar estrategias para el desarrollo y la gestión del talento humano a través de procesos de capacitación continua, la carrera sanitaria y la formación en los servicios. En el primero y segundo nivel, se incorporan especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Técnicos de APS.

- Organizar los servicios del sector público conforme los estándares establecidos por el Ministerio de Salud Pública.
- Organizar el Sistema Único de Información en Salud en coordinación con el Sistema Común de Información del Ministerio de Salud Pública.
- Fortalecer la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.

La salud de la población es considerada como un indicativo de desarrollo. Ella supone un esfuerzo consciente y sostenido de parte de los individuos

y los grupos sociales, en función del mejoramiento de las condiciones de vida, la generación de oportunidades. Además, es uno de los factores de mayor importancia para la cohesión social e, indudablemente, es una de las fuerzas constructivas en el desarrollo social. La salud y el enfoque de la Atención Primaria de Salud, están en estrecha relación con la noción de desarrollo humano sustentable, que trasciende el sentido de generación de riqueza económica, pues plantea el desarrollo como el logro de bienestar y generación de oportunidades en el presente y para las generaciones futuras. (Dominguez & et al, 2017)

El enfoque integral de la salud pública abarca la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la gestión de programas de salud comunitaria. Las campañas de vacunación y el control de enfermedades infecciosas son elementos cruciales en la labor de prevención realizada por el personal de enfermería en Ecuador. Las enfermeras desempeñan un rol esencial en la planificación, implementación y evaluación de programas de vacunación, asegurando una alta cobertura y cumplimiento de los calendarios vacunales establecidos por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Además, su intervención es vital en la educación de la población sobre la importancia de la inmunización, desmitificando mitos y enfrentando la resistencia a las vacunas. (2019).

La Enfermería en el ámbito comunitario, conlleva diferentes campos que se pueden aprovechar, y que se han explorado en diversas experiencias en toda la región latinoamericana. Esto se refleja en la investigación de Arco-Canoles y sus colaboradores (2018) donde se seleccionaron cincuenta estudios publicados acerca de los sistemas de salud en Latinoamérica, y el rol que en ellos juegan los profesionales de enfermería. Se encontró que existen tres categorías de actividades de interés: las prácticas en el ámbito hospitalario, aquellas en el ámbito comunitario y las relacionadas con la gestión, la docencia y la investigación. En cada una de estas áreas, se observaron algunas falencias vinculadas al liderazgo, la autonomía y las estrategias para dirigir esos espacios, lo cual debe superarse para que el personal de Enfermería pueda desarrollar sus competencias y así fortalecer el reconocimiento de la praxis de la profesión.

Desde la Atención primaria o salud pública, el área de Enfermería cumple diferentes funciones interrelacionadas en la totalidad. Entre ellas, las funciones de gestión, investigación, formación, y, sobre todo, la de la asistencia directa que consiste en brindar un cuidado humanizado, tanto a la persona como a la familia y a la comunidad, en pro del mejoramiento de la salud; todo

ello a través de labores de concientización de la sociedad, promoción y prevención de las enfermedades.

La Enfermería en atención pública, es un pilar necesario del sistema de salud, donde los profesionales de Enfermería asumen la educación en el cuidado de la persona, familia y comunidad. Entre las diferentes actividades que realiza el personal en APS se encuentran: la colaboración en el autocuidado, la ayuda a la superación de las limitaciones de los pacientes, suplir los déficits de autocuidados, otorgar una asistencia directa, acompañar durante el proceso de salud-enfermedad.

Dentro del área de salud, con el pasar de los años han surgido cambios, tanto en lo político, social, ambiental y económico, lo cual ha afectado el sistema de salud. Esta es la razón por la cual es fundamental incrementar los logros y desafíos dentro de la profesión, es decir buscar estrategias que puedan romper con los cambios surgidos en la sociedad y poder avanzar cada día más, mejorando la salud de la población. Es compromiso del personal de Enfermería incluir sus destrezas y sus desenvolvimientos en diferentes campos laborales, con el fin de buscar formas que puedan ayudar a que la población no se vea afectada por los cambios que existentes dentro de la población, todo ello a cuidar la salud de las personas y evitar que existan problemas tanto físicos como mentales.

En la Región América, existe un déficit de personal de Enfermería, además de que la proporción entre enfermeros licenciados con respecto al personal técnico y auxiliar es muy bajo. El déficit de personal, provoca complicaciones en la salud laboral de los profesionales, con cuadros importantes de estrés y hasta burnout, pues los profesionales se esfuerzan más allá de sus posibilidades para poder cumplir con sus responsabilidades. Ante esta realidad, los Estados y las instituciones de educación superior debieran proponer nuevas opciones de estudio de la Enfermería con el objetivo de aumentar la cantidad de profesionales en el área y fortalecer la actualización de los licenciados graduados. (Espinoza & et al, 2022)

# CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA

## Capítulo 5

### Enfermería en el Cuidado Crítico y de Emergencias

**AUTOR:** Betzaida Samolet Cerezo Leal



SABEREC 5.0

## **Enfermería en el Cuidado Crítico y de Emergencias**

### **5.1. Principios del cuidado en unidades críticas**

Las áreas de emergencia y las Unidades de Cuidado Crítico de los hospitales y demás centros de atención en salud, son espacios donde se produce a diario una gran diversidad de casos, crisis y complicaciones, que exigen al personal de enfermería, así como el resto de los profesionales que forman parte del equipo de atención de salud, una gran capacidad de afrontamiento que garantice una acción pronta y pertinente para dar solución al sufrimiento humano, además de dar respuesta a la angustia de familiares y acompañantes. La realidad de las UCI es sumamente compleja, pues el profesional de la salud, y especialmente las enfermeras, está absorto en un bosque de asuntos muy diferentes unos de otros. En esas circunstancias, constituye un gran mérito de estos esforzados profesionales, poner en práctica competencias y conocimientos pertinentes para poder diagnosticar, definir un tratamiento adecuado y oportuno, así como aplicar respuestas atinadas, además de atender a las necesidades y la seguridad del paciente y sus acompañantes.

Por esa razón, las Unidades de Pacientes Críticos se consideran espacios muy estresantes, donde aparecen situaciones que requieren grandes capacidades de respuesta rápida y acertada; por ejemplo, pacientes con riesgo vital inminente que son separados abruptamente de su familia; dependencia de diversos elementos invasivos; ambiente altamente tecnologizado e incomprensible para todo el que ahí no trabaja. Estos rasgos determinan las características especiales que debe adquirir el cuidado de enfermería, lo cual va a repercutir directamente en el paciente, en su familia y en el mismo profesional.

En las UCI, el cuidado se hace más complejo, pues la dependencia y la vulnerabilidad de los pacientes son extremas. Muchas veces esto impacta en la persona del profesional de la salud, pues pueden presentarse situaciones de sobrecarga de trabajo, la sobrevaloración del modelo biomédico y el desconocimiento de los modelos de enfermería y su utilidad en la práctica. Muchas veces la atención de enfermería se ve constreñida a las tareas directamente derivadas del diagnóstico médico o el manejo de la tecnología, convirtiéndose en actividades rutinarias, parcializadas y mecanizadas. De allí la necesidad de fundamentar los elementos conceptuales de la disciplina enfermera permite evitar que la práctica solo se centre en la tarea y el cuidado se vacíe de sentido humano.

Un cuidado profesional y de calidad implica necesariamente la utilización de teorías y modelos de enfermería. Si bien no está exento de esfuerzo y dedi-

cación, aspectos claves son contar con el apoyo institucional, el conocimiento de una docente o enfermera experta y un liderazgo persistente y motivador de manera de transmitirlo al equipo con el que desea trabajar.

La comunicación es uno de los aspectos fundamentales que hay que cuidar en esos espacios de emergencias y cuidados críticos. Allí, los posibles defectos de la comunicación entre el equipo de enfermería y los pacientes, tienen efectos negativos en las relaciones de cooperación y hasta en la salud mental de todos. Si no se cuida este aspecto, hasta pueden generarse sentimientos de ira, miedo, inquietud, pérdida de control, despersonalización, frustración y ansiedad. El desánimo y el estrés son estados psicológicos que tienen su ambiente propicio en estos espacios y pueden ocasionar ciertas dificultades en la comunicación, lo cual condiciona una menor interacción con la familia y sus cuidadores.

Hay que estar preparados para trabajar en una Unidad de Cuidados Intensivos, donde se convive con la gravedad de los individuos hospitalizados, el sufrimiento de sus familiares y la vivencia constante de la vida y de la muerte. En este contexto, por ejemplo, los pacientes que requieren apoyo ventilatorio señalan que los problemas de comunicación van, desde los moderados, hasta los extremadamente molestos.

Los profesionales deben comprender que se trata de una experiencia aterradora, no poder hablar a causa de la presencia de un dispositivo en la boca. Un factor adicional de interferencia en la comunicación, puede ser el uso de sedantes, los cuales se utilizan para favorecer la adaptación del paciente a la ventilación. Del mismo modo, el uso de contenciones físicas, frecuentes y necesarias en este grupo de pacientes, también se ha relacionado con menores grados de comunicación, dado que se imponen como una barrera física entre el paciente y quien lo cuida.

La relación entre el personal de enfermería y los pacientes implica varios contactos físicos cuando se ejecutan la mayor parte de los procedimientos para la atención adecuada. Por ello, es sumamente importante la habilidad para interpretar los gestos, los movimientos y las posiciones con las cuales los pacientes sometidos a ventilación mecánica intentan comunicar sus emociones, sentimientos y percepciones, al no poder expresarlos mediante el lenguaje hablado (Beltrán-Salazar, 2008).

Las oportunidades de comunicar se le presentan al paciente en las situaciones de cuidados más directos, tales como el baño, el control de signos vitales y la administración de medicamentos. Los equipos de enfermería deben



estar atentos a sus necesidades con el objetivo de otorgar cuidados seguros, efectivos y acordes con las necesidades particulares de cada paciente. Por ello, es muy importante la evaluación inicial que realice al inicio de cada turno, así como cuando el paciente está iniciando el proceso de desconexión de la ventilación mecánica. Es en esos momentos cuando la valoración de la posibilidad de comunicación resulta clave para poder identificar los cuidados más adecuados para la condición clínica del paciente.

Entre los métodos más utilizados para establecer una comunicación entre el paciente y las enfermeras se mencionan la solicitud al paciente para que apriete la mano o que cierre los ojos como señales para indicar una respuesta es afirmativa o negativa a preguntas simples, o el ofrecer lápiz y papel para escribir. Sin embargo, hay estados del paciente que reducen la posibilidad de comunicación, entre ellas la sedación y el uso de contenciones, las cuales también han sido identificadas por otros autores. Por ello se recomienda que se disponga de tiempo para poder intentar comunicarse con los pacientes (Rojas & et al, 2014).

Una profesional de la enfermería experta debe estar dispuesta a brindar todas las posibilidades de confort del paciente y la familia. Las actividades de cuidados directos que dirige a las personas requieren explorar sus preferencias, y especialmente detectar el momento en que cada una de ellas está preparada para recibir información y participar en el proceso. En cuanto a la familia, y a pesar de los obstáculos que encuentran en relación con su participación en el cuidado del paciente, diferentes estudios, muestran hasta qué punto los familiares desean y valoran la posibilidad de involucrarse en el cuidado de un ser querido.

El seguimiento, la evaluación y la retroalimentación pueden permitir la utilización continua de modelos de cuidados, y si es necesario efectuar cambios, modificaciones y ajustes al mismo. El desarrollo de modelos en unidades de paciente crítico es una iniciativa que es posible de desarrollar como un proyecto innovador y pionero en el área de unidades de pacientes críticos, que incluya en el centro a sus pacientes y familias, y que permita un desarrollo disciplinar para los enfermeros en el país (Aviles & et al, 2014).

## **5.2. Manejo de situaciones de emergencia**

El personal de enfermería es una parte muy importante del equipo de atención de salud que trabaja en los servicios de emergencia. Esto tiene consecuencias en la forma como se organice el cuidado de los pacientes y la aplicación de correctos criterios de asignación del recurso humano.

La estructura ideal de una UCI debe cubrir una serie de necesidades humanas y técnicas. Entre las primeras, podemos mencionar las propias del paciente o enfermo, que van desde saberse cuidado constantemente, para lo que debe tener contacto directo con quién le cuida, disponer de privacidad que facilite el necesario respeto a la intimidad propia y del resto de pacientes, para esto son necesarias camas individuales o individualizables. Debe haber contacto con la familia: verla y estar con ella. Todo ello ha de contribuir a crear un ambiente agradable, climatización adecuada, ausencia de ruidos, posibilidad de visión al exterior y luz de día. Recibir atenciones continuas como limpieza, comidas, etc.

Lo recomendable es que se asigne una enfermera por cada 2 camas de pacientes y que su trabajo se organice en tres turnos al día, dirigidos por una supervisora que depende jerárquicamente de la dirección de enfermería.

Igualmente, hay que tomar en cuenta las necesidades de los familiares: información honesta y fácil de entender sobre el estado del paciente; seguridad de que el paciente está recibiendo los mejores cuidados posibles, espacio para estar cerca de la unidad, donde se les pueda localizar fácilmente, posibilidad de ver al enfermo, estar o hablar con él, información periódica sobre el estado del paciente en un lugar tranquilo y en privado.

Por otra parte, hay que garantizar satisfacer las necesidades del personal de la unidad: vestuarios y aseos adecuados en número, tamaño y situación, espacios de estancia, estudio y trabajo, bien compartimentados, ambiente general agradable, abierto, buena ventilación y acondicionamiento, un sistema de llamada o localización fiable y seguro que asegure la posibilidad de una actuación inmediata.

En las UCI se atienden una gran diversidad de patologías, siendo las más frecuentes las comprendidas en las cardiopatías (ángor coronario e IAM, control tras cateterismo y/o angioplastia, cirugía cardíaca, edema agudo de pulmón), neurología (T.C.E. y politraumatismos, control postoperatorio, hemorragia cerebral), patologías respiratorias (insuficiencia respiratoria, traumatismos torácicos, control postoperatorio), control postoperatorio (cirugía abdominal y digestiva, cirugía vascular) y otras patologías como shock séptico, intoxicaciones por fármacos y sustancias, patología pediátrica (bronquiolitis, neumonías, politraumatismos, ahogamientos).

En cuanto a la atención a los familiares de los pacientes ingresados, hay tareas que asumen las enfermeras, tales como el registro en una ficha situada en secretaría los datos personales del paciente y los teléfonos para localizar a

los familiares proporciona una guía informativa con horarios de visita, consejos y normativa de la Unidad. A pesar de la gran variedad de enfermedades que provocan el ingreso en estas unidades, al prestar cuidados al paciente consciente en UCI debes poner especial atención a cuanto se refiere a la comunicación con él y al alivio de su ansiedad.

La persona que ingresa en cuidados intensivos ha de depositar el control de sí mismo en los profesionales que le atienden, personas que le son desconocidas, por lo que pueden aparecer gran variedad de reacciones emocionales negativas, desde la ansiedad, miedo y hostilidad, hasta la agitación.

Por ello, una de las primeras tareas a realizar es tranquilizar al paciente, dándole al paciente una explicación adecuada respecto a dónde se halla y por qué está allí, así como ser orientado con respecto al tiempo y las personas. Muchos pacientes suponen que se encuentran más graves de lo que en realidad están al contemplar los complejos procedimientos diagnósticos a los que son sometidos y la gran cantidad de tecnología que les rodea. Estas explicaciones deben ser extendidas a los familiares, con el fin de crear un ambiente de confianza, pero sin abrumarles con un exceso de información.

Por otra parte, el ambiente de U.C.I. tiende a privar de su independencia al paciente, por lo que debemos velar por mantener el derecho a la intimidad personal, sobre todo durante los procedimientos y exploraciones.

El ambiente en las UCI debe estar regido por la eficiencia y la continuidad de los cuidados. Se mantendrá, si es posible, la continuidad en la adscripción del paciente, siendo siempre amables pero firmes en nuestro trato. El ambiente físico es muy importante en el bienestar emocional del paciente. La iluminación ha de ser lo más natural posible y se deben apagar las luces durante la noche.

Para el respeto del derecho a la intimidad, hay que considerar medidas de aislamiento como biombo y un cierto “tacto” al realizarles técnicas puede ayudarles a disminuir su sensación de falta de intimidad.

La higiene es muy importante, dado que, por lo general, los pacientes permanecen mucho tiempo en cama; presta especial atención al cuidado de la piel, ojos, boca y a la realización de ejercicios pasivos o activos según la evolución del paciente. En los hombres, el rasurado ayuda a mantener su imagen personal y autoestima.

La familia desempeña un papel fundamental de ayuda en la orientación del paciente. Muchos pacientes se sienten cómodos teniendo un familiar a su

lado, mientras otros necesitan tener las visitas más limitadas. Se debe evaluar la respuesta del paciente a las visitas y fijar los límites adecuados.

Para todos los pacientes son importantes los periodos de reposo-sueño. El dolor es tan importante como cualquiera de las constantes vitales; detecta con prontitud el dolor en el paciente y pon los medios para aliviarlo.

La preparación comienza tan pronto como se inicia la mejoría del paciente. Puede ser para el paciente y su familia una situación que genere ansiedad; por eso, se le debe explicar que constituye un signo de progreso y mejoría.

Con el aumento de la esperanza de vida, son cada vez son más los pacientes mayores que ingresan en la UCI. Por ello, los cuidados deben extremarse en el sentido de infundir confianza y hacer al paciente sentirse cómodo. Estar presente siempre al paciente. Informarle del funcionamiento de la unidad, horarios de visita, comidas, etc. La presencia sucesiva de varias personas en los primeros instantes corre el riesgo de trastornar al paciente o de inquietarlo.

Hay que estar pendiente del estado de ánimo de los pacientes de edad mayor, pues el aislamiento en su habitación individual puede llevarle a un estado depresivo. Es conveniente instalar barandas por la noche para una mayor seguridad, pero insistiendo siempre en que son para ayudarlo a cambiar de postura en la cama, pues pueden ser mal aceptadas psicológicamente.

La hospitalización no programada puede provocar desorientación y agresividad; es un estado transitorio fruto de la reacción al cambio brusco de ambiente. La inmovilización obligada puede agravar el estado de agitación del anciano; por ello debe ser utilizada como último recurso.

Hay que prestar especial atención a los ancianos con perfusión de nitroglicerina o lidocaína y a los efectos paradójicos de algunos sedantes. En ocasiones necesitarás paciencia en grado muy elevado y una fuerte vocación para mantener una eficaz asistencia.

La higiene general del enfermo crítico es una intervención básica de enfermería que tiene como objetivo proporcionar bienestar y comodidad, a la vez que constituye una medida para luchar contra las infecciones. El momento del aseo del paciente es muy importante y, siempre que puedas, debes estar presente, ya que pueden producirse efectos adversos como hipotensión o hipertensión arterial, desaturación y desadaptación de la ventilación mecánica, hipertensión craneal, fibrilación auricular e incluso parada cardiorrespiratoria, eventos que deberás prevenir y actuar si aparecen; a su

vez, te permitirá valorar cómo está, por ejemplo, la piel del enfermo, las zonas de apoyo.

Antes de comenzar la higiene hay que valorar el estado hemodinámico del paciente y, en el caso de que exista inestabilidad hemodinámica, aplazar el aseo hasta que se consiga el control hemodinámico. Hay que conseguir una óptima adaptación a la ventilación mecánica. Procurar la ausencia de dolor o que éste sea tolerable (para estos tres primeros

objetivos es posible que tengas que modificar la velocidad de perfusiones de fármacos o administrar bolos de los mismos, siendo imprescindible que consultes con el intensivista responsable del enfermo o con el que esté de guardia).

Se debe planificar cuidadosamente el tipo de movilización que se va a realizar durante el aseo (según el diagnóstico, prescripción de restricción de movimientos, estado actual del paciente y medidas de soporte vital requeridas), así como garantizar los recursos materiales y personales necesarios para el cambio de ropa de cama. Esta planificación previa ayudará a evitar los eventos adversos derivados de la inadecuada movilización del paciente y la prolongación innecesaria del tiempo de aseo.

El procedimiento del aseo del paciente mayor, debe tener previsto:

- A. La preparación del material, situándolo al lado de la cama del paciente y después de comprobar la temperatura del agua.
- B. Hacer un lavado higiénico de manos y colocarse guantes desechables.
- C. Colocar al paciente en posición adecuada para iniciar el aseo, normalmente en decúbito supino.
- D. Retirar las líneas de monitorización o tratamiento que puedan entorpecer el aseo del paciente y que no sean imprescindibles (manguito de presión arterial no invasiva, dispositivos para la prevención de úlceras por presión, accesorios para elevación de miembros inferiores o superiores, etc).
- E. Vigilar estrechamente las constantes hemodinámicas y el estado respiratorio del paciente durante todo el procedimiento de aseo.
- F. Enjabonar, aclarar y secar por partes. Siempre que la piel del paciente lo tolere, para enjabonar lo más indicado es usar esponjillas desechables y frotar suavemente.

Las esponjillas que entran en contacto con la piel del enfermo no deben ser sumergidas de nuevo en el agua del aseo con el objetivo de evitar la contaminación de ésta.

- G. Realizar el lavado desde las zonas más limpias a las menos limpias: ojos, cara (con agua sola, no uses jabón), orejas, cuello, brazos y axilas, manos, tórax y abdomen, parte anterior de extremidades inferiores y genitales. Nariz: aspirar secreciones nasales salvo orden en contra (traumatismo nasal o fractura de huesos nasales, taponamientos,...), retirar el esparadrapo de la SNG, movilizar la misma para evitar decúbitos nasales y en el estómago, limpiar restos de esparadrapo y poner uno limpio. Orejas: limpiar bien el pabellón auricular, no utilizar bastoncillos ni hurgar en el interior; tampoco quitar costras porque pueden sangrar.

Hay que tomar en cuenta en el cuidado de pacientes varones, que el afeitado ayuda a mantener la autoimagen. Antes de realizar la higiene en la región urogenital, observa si aparece en el meato urinario una secreción amarillenta o blancuzca. De ser así, comunícalo al intensivista para hacer un frotis; lava con jabón y agua templada, enjuaga y seca muy bien con una toalla.

Movilizar al paciente a una postura que permita el aseo de la parte posterior del cuerpo y el cambio de ropa de cama siguiendo las recomendaciones generales. Los cambios de la ropa de cama tienen lugar en una de las tres posiciones siguientes:

- Decúbito lateral derecho/izquierdo: es la posición más usada para el cambio de ropa de cama. La elección del decúbito derecho o izquierdo se realiza siguiendo los criterios de estado respiratorio (atelectasia, etc.), lesiones en el paciente y número de dispositivos situados a cada lado de la cama.
- Semifowler: el paciente se mantiene boca arriba y el cambio de ropa de cama tiene lugar desde la cabeza a los pies. Este tipo de movilización para el cambio de ropa de cama se usa en los pacientes con presiones intracraneales elevadas o inestables, estado respiratorio que no permite lateralizaciones, fractura de pelvis o cadera, fracturas costales, y siempre que lo consideres necesario en base al estado del paciente. En este caso son necesarios al menos dos celadores.
- Decúbito supino: el paciente permanece tumbado en la cama, sin elevación de la cabecera y la movilización tiene lugar en bloque. Este tipo de movilización es imprescindible en pacientes que tengan lesio-

nes medulares o vertebrales, grandes fracturas de pelvis con fijadores externos y, en general, cualquier tipo de patología que requiera una gran restricción de movimientos. Para la realización del cambio de la ropa de cama en decúbito supino es necesario usar la grúa disponible en la unidad.

- H. Enjabonar, aclarar y secar la parte posterior. El orden adecuado es cuello, espalda, glúteos, parte posterior extremidades inferiores y región anal.
- I. Cambiar la ropa de cama. Colocar la ropa sucia directamente en la bolsa destinada a tal fin, no dejándola nunca sobre el suelo ni sobre el mobiliario.
- J. Aplicar productos barrera en caso necesario, loción hidratante y ácidos grasos hiperoxigenados en los puntos de presión.
- K. Acomodar al paciente en la postura más adecuada, asegurando que no quedan arrugas en la cama.
- L. Desenredar el pelo si es posible y, cuando el/la paciente tenga el pelo largo, dejárselo recogido.
- M. Perfumar la ropa de cama con colonia de baño si quieres, pero no apliques colonia directamente sobre la piel del paciente.
- N. Colocar las líneas de monitorización o tratamiento que has retirado para facilitar el aseo.
- O. Subir la barandillas de la cama para prevenir caídas accidentales.
- P. Recoger todo el material usado y la ropa sucia. Una vez limpia la pa-langana, hay que desinfectarla con lejía.
- Q. Aplicarse el cuidador la solución alcohólica en las manos.
- R. Registrar en la historia de enfermería la técnica efectuada y cualquier incidencia que haya surgido durante su realización.

Los pacientes inconscientes, sedados o inmovilizados tienen un riesgo alto de presentar complicaciones oculares, que pueden abarcar desde infecciones leves de la conjuntiva hasta lesiones y úlceras graves de la córnea, por lo que dependen de la higiene y cuidados oculares realizados por el personal de enfermería, que van desde una limpieza sencilla del párpado, hasta la oclusión de los párpados.

La higiene y cuidados oculares debes realizarla con suavidad, evitando rozar la conjuntiva para prevenir úlceras y lesiones corneales; por la mañana se hace coincidir con el aseo diario del paciente, y a lo largo del día se debe realizar cada vez que la situación del paciente lo requiera.

Tras la visita, hay que actualizar el tratamiento, es decir, cambiar las perfusiones que el intensivista ha modificado y administrar la medicación nueva pautada. Además, todos los días hay que revisar y curar las heridas que pueda tener el paciente, revisar los puntos de punción de los catéteres, asear la boca a los pacientes y realizar los cambios posturales.

Tanto para realizar la higiene a los pacientes como para hacerles cambios posturales (y disminuir así el riesgo de úlceras por presión), es necesario movilizarlos en la cama, movilización que ha de ser adecuada para evitar el agravamiento de las lesiones.

### **Como pasos previos a movilizar al paciente debemos:**

- reunir tanto personal sanitario como sea necesario según el tipo de lesiones, el cual se lavará las manos con solución alcohólica y utilizará los métodos de barrera adecuados a las condiciones del procedimiento a realizar.
- informar al paciente de lo que vamos a hacer y de la importancia de su colaboración si está consciente.
- valorar la necesidad de analgesia.

Dependiendo de las lesiones del paciente a movilizar procederemos de diferente manera.

Hay que seguir siempre las recomendaciones relativas a la seguridad del paciente:

- Antes de administrar un fármaco, verifica prescripción, fármaco, dosis, vía de administración e identificación del paciente. Los incidentes adversos que con más frecuencia se comunican son los relacionados con los fármacos.
- Cuando se administre un fármaco según necesidad, hay que valorar al paciente para determinar si lo necesita o no.
- Precaución con narcóticos, antibióticos y fármacos vasoactivos.
- Identificar adecuadamente los sueros que preparas con las etiquetas de medicación.



- Asegurarse de que el paciente toma la medicación oral.
- Controla la aparición de reacciones adversas en el paciente.
- Conocer el correcto funcionamiento, cuidados y posibles averías de los aparatos que utilizas.
- No facilitar informaciones por teléfono nunca.
- Guardar el secreto profesional.
- Velar por la intimidad de los pacientes.
- Custodiar adecuadamente las historias de los enfermos.
- Hay que cuestionar órdenes temerarias.
- Insistir en que los facultativos clarifiquen sus órdenes por escrito y con letra legible.
- Registrar todas las valoraciones e intervenciones de enfermería; en tus registros, no utilices abreviaturas no estandarizadas, pues pueden llevar a errores.
- Seguir los procedimientos y normativas del centro.
- Identificar siempre al paciente ante cualquier situación.
- Proteger al paciente de daños potenciales.
- No aplicar técnicas ni tratamientos sin consentimiento del paciente.
- No caer en la rutina, sino mostrar siempre una actitud crítica hacia tu propio trabajo.
- Proteger a los pacientes agitados o desorientados.
- No informar a los pacientes del estado de otros pacientes.

Cuando el paciente va a salir de alta de la UCI, hay que arreglar su historia clínica. Una historia bien ordenada es fundamental para facilitar la tarea a los compañeros que van a recibir al paciente en planta. Hay que engrapar las gráficas de enfermería ordenadas por fechas, hasta formar una especie de carpeta. A continuación, engrapar en bloques separados las hojas de evolución, tratamientos, analíticas, gasometrías, estudios de coagulación, hojas de consulta y otros papeles que acompañen a la historia (hojas de anestesia, informes quirúrgicos,...), así como los ECG. Junto a las hojas de evolución se engrapa y envía un informe de alta para la planta y otro para el enfermo en un sobre debidamente identificado.

El trabajo de enfermería en la UCI no conlleva más peligro que el trabajo en una planta; sin embargo, las peculiaridades del servicio hacen aconsejables una serie de medidas de seguridad que te ayuden a prevenir accidentes.

En cuanto a los aparatos de UCI, se conocer cuándo debe usarse un aparato, cómo funciona y para qué sirve. Leer los manuales de instrucciones de los equipos. Saber de los problemas y riesgos inherentes a un aparato específico, las precauciones necesarias para evitar problemas y cómo reconocer los fallos del instrumental. Estar pendientes de las reacciones psicológicas que se generan entre los pacientes frente a aparatos capaces de generar miedo, ansiedad o una dependencia excesiva. Hay que apagarlos siempre antes de desenchufarlos. Siempre que se limpie aparataje, tenerlo apagado y desenchufado de la red. Desenchufar tirando del enchufe, no del cable. No mojar nunca cables eléctricos. Revisar los cables detenidamente para detectar roturas que pueden pasar inadvertidas. Enviar a revisión aquellos aparatos que se hayan caído. Tener siempre las camas conectadas a los enchufes. No usar adaptadores. Retirar enseguida todo cable o aparato defectuoso. Evitar mojar cables que porte el paciente. Llamar al electricista para que arregle los enchufes defectuosos y no utilizarlos mientras tanto. Alejar los equipos eléctricos que no se usan de la cama del paciente.

En cuanto a las medidas de seguridad radiológica.

- No quedarse en la habitación cuando se realiza una Rx.
- Utilizar delantales plomados para poner un PM temporal.
- Si es necesario que la enfermera permanezca con el paciente cuando se le va a hacer una radiografía, ella tiene que protegerse.
- Colocarse siempre detrás del aparato.
- Avisar al compañero que realiza las Rx si hay una embarazada en el box.
- Alejarte del box si se estás embarazada mientras realizan las radiografías.

Entre las medidas de seguridad respiratoria se cuentan las siguientes:

- No situarte delante de los “chorros de aire” espirado por el paciente cuando se desconecte del respirador.
- Ponerse mascarilla para aspirar secreciones.
- Si el paciente expectora, proporcionarle una bolsa de plástico y pedirle que tire sus esputos en ella

Hay que considerar también las medidas de seguridad con enfermos agitados. Ellas son:

- Evitar sujetar sola a un enfermo agitado.
- No ponerse al alcance de sus pies.
- Mantener la sujeción siempre y no lo soltarlo si está sola.
- No contradecir ni polemizar con el paciente.
- No meter el dedo en la boca a un paciente con convulsiones.

Otras recomendaciones útiles para las labores de las enfermeras son las que siguen:

- No hacer sobreesfuerzos y tratar de adoptar posturas adecuadas para hacer esfuerzos, para evitar daños en la espalda.
- Vacunarse de la Hepatitis B, tétanos y gripe
- Nunca encapsular las agujas.
- Limpiar cuanto antes el material de urgencia utilizado: desfibrilador, laringoscopio, etc.
- Limpiar inmediatamente las superficies que se contaminen con sangre u otros líquidos corporales.

### **5.3. El impacto del cuidado crítico en la salud a largo plazo**

El cuidado en los espacios hospitalarios de Cuidado Intensivo o de emergencia, tiene consecuencias que van más allá del período en que el paciente debe estar allí, recibiendo atención para la eventualidad que haya sufrido y que haya ameritado su hospitalización. Además, ese impacto va más allá del propio afectado; pues toca a sus familiares y cuidadores de su entorno inmediato.

Una de las secuelas importantes de estos períodos de cuidados intensivos o de emergencia, se evidencian en las familias. En este sentido, aunque en las recomendaciones que normalmente se hacen en relación a la comunicación con las familias y el entorno más cercano de los pacientes, todavía se advierten en las investigaciones hechas al respecto, que no se aplican esas indicaciones que, de ser efectivas, hubieran servido para mejorar el cuidado y hasta la calidad de vida de los pacientes.

La imagen que tienen los familiares y entorno más cercano de los pacientes, no puede ser más desolador, según lo muestran diversos estudios. Lucen como lugares fríos e inaccesibles, con incomprensibles restricciones al acceso, donde la gravedad y la complejidad de la enfermedad del familiar o conocido es razón suficiente para mantenerlo aislado de sus familiares, debido a que, supuestamente, así se garantiza una mejor atención. (Escudero & et al, 2014).

Por otra parte, otro rasgo que se ha generalizado acerca de las unidades de cuidados intensivos, es que se distinguen de otras áreas hospitalarias por una alta proporción de personal por paciente y acceso a equipos tecnológicos avanzados que no están disponibles de forma rutinaria en ningún otro lugar del hospital (Johnson & et al, 2019). Por ello, se justificarían las prohibiciones del acceso libre de las familias. Ahora bien, por otra parte, se ha observado que la extensión de las horas de visita en las UCI, así como la incorporación y compromiso de la familia en tareas concretas e incluso en la planificación misma de los cuidados, han sido recomendados por sociedades internacionales y organizaciones sanitarias y comités de bioética, los cuales señalan que liberalizar las políticas de visitas es una demostración del principio de respeto por la persona, lo cual constituye una aplicación de los principios bioéticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia (Gianini & et al, 2014).

Se ha observado que la presencia de seres queridos al lado de la cama de su familiar o conocido, no constituye una amenaza para el paciente; sino que, más bien, puede tener un efecto beneficioso, tanto para el paciente, como para la familia. Solamente en casos absolutamente excepcionales; la presencia de los familiares y seres queridos, puede llegar a constituir riesgos para los enfermos. La justificación de la prohibición de vistas únicamente puede justificarse con motivos éticos y clínicos de riesgos graves para la salud pueden justificar la restricción de visitas. (Ceballos & al, 2021)

El cuerpo de enfermería de las unidades de cuidados intensivos puede ser el encargado de promover un ambiente centrado en la familia, en el cual

pueda ser incluida en las actividades de rehabilitación del paciente. Con el fin de empoderar a las familias en el marco de rehabilitación, es necesaria la apertura del equipo de salud y la dirección de los centros asistenciales con base en el aprendizaje del potencial de conducir a un mejor resultado. (Ceballos & al, 2021)

El equipo de salud multidisciplinario debe estar consciente de que el cuidador informal (cónyuge) está interesado en atender las principales preocupaciones y necesidades de su ser querido, por lo que es un activo para impulsar la recuperación como continuación de la vida de pareja y familiar. El cuidador la inmensa mayoría de las veces se involucra en un proceso dinámico, en el cual está presente, en primer lugar, el compromiso con el cuidado del paciente, lo cual lleva a la adquisición de habilidades de cuidado, negociar el nivel de cuidado y abandonar gradualmente el rol de cuidador en el proceso avanzado de la recuperación. Los cuidadores informales brindan un apoyo vital con su disposición y actividad, durante todo el proceso de recuperación. Al mismo tiempo, se hace necesario brindar apoyo a los familiares y cónyuges posterior al alta por parte de los equipos de salud. Es importante, en este sentido, que el cuerpo de enfermeras proporcione información y apoyo desde al ingreso del usuario hasta su recuperación posterior al alta.

Las visitas en las unidades de cuidados intensivos siguen siendo un tema de debate global, por lo que se le ha venido dejando a la decisión de la gerencia de cada institución sanitaria, de acuerdo a los protocolos decididos allí atendiendo a su experiencia y su cultura. Según el estudio de Montenegro (2016), las visitas no restrictivas generan numerosos beneficios, favoreciendo la recuperación del paciente en lo físico y en lo emocional. Tener un horario de visita flexible, manteniendo la prioridad a las labores clínicas en el paciente, trae como beneficio que la familia muestre mayor satisfacción con el personal y el sistema sanitario (Ceballos & al, 2021).

Adquiere importancia para la rehabilitación del paciente, la transmisión de conocimiento acerca de la patología tratada y la situación del ser querido en el hospital o centro de atención. La familia es un elemento central que repercute en el pronóstico, motivación, sedación, delirio y la relación familiar. La labor educativa, en este sentido, adquiere una centralidad como estrategia para convertir a los familiares en un factor positivo para la recuperación. Por ello es necesario superar las barreras referidos a la falta de tiempo, personal y recursos, los cuales pueden resolverse mediante una planificación más eficaz. Es importante que se entienda que la rehabilitación no es responsabilidad de una sola disciplina sino más bien de equipo multidisciplinario. (Selina & al, 2016) .

La flexibilidad de horarios de visitas y la comunicación son definitivamente aspectos beneficiosos para los pacientes, familias y personal de salud, siendo los más sencillo de implementar. La comunicación efectiva es la principal necesidad expresada por la familia por la gran carga emocional asociada como el estrés, ansiedad y depresión, sentimientos producidos por el internamiento en las UCI o en emergencia de un ser querido (Heras & et al, 2017) .

# CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA

## Capítulo 6

### Enfermería en la Salud Mental

**AUTORES:** Alexandra Tumbaco Galarza; Ana Joselyn Parrales Choez;  
Margo Elizabeth Villegas Chiriboga



SABEREC 5.0

## Enfermería en la Salud Mental

### 6.1. Enfoques terapéuticos en la salud mental

La salud mental comparte las características generales de estado de bienestar y plenitud funcional en todas las dimensiones humanas, biológica, social y personal. Específicamente, la institución internacional se refiere a un estado de bienestar mental que les permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente, aparte de contribuir con la mejora de su comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2025).

Hay un consenso general en caracterizar la salud mental a través de siete rasgos de las personas mentalmente sanas:

- Interpretan exactamente la realidad
- Tener un autoconcepto saludable
- Capacidad de relacionarse con los demás
- Alcanzar un sentido de significado en la vida
- Demostrar creatividad y productividad
- Tener control sobre su conducta
- Adaptarse a los cambios y saber afrontar los conflictos.

En contraste, esa salud mental se ve afectada por trastornos cuyos síntomas se identifican en el pensamiento, los sentimientos o la conducta. Su etiología es diversa y compleja, pues comprende elementos genéticos, biológicos, sociales, químicos o propiamente psicológicos. Las enfermedades afectan significativamente el desempeño de funciones normales como las ya anotadas.

Lamentablemente, las enfermedades mentales, en nuestra cultura, tienen un estigma, es decir marcan con la vergüenza a los afectados, por lo que se devalúan a las personas que sufren de alguna de estas dolencias y, peor, impide que el paciente busque ayuda oportuna o solicitar tratamiento ante los primeros síntomas, ante los cuales se desarrolla una negación.

Por otra parte, ante la evidencia de la presencia de un trastorno, pueden proponerse diferentes abordajes terapéuticos para ayudar a las personas a mejorar su salud mental y emocional. Los métodos terapéuticos se fundamentan en los conceptos y explicaciones de las diferentes teorías psicológicas e implican el uso de técnicas específicas, estrategias y herramientas para abordar problemas emocionales y mentales.



Hay muchos métodos terapéuticos y no hay un consenso para delimitar el número de los disponibles. De hecho, cada terapeuta puede utilizar un enfoque único o una combinación de varios enfoques para ayudar a sus pacientes. Una lista tentativa de los principales métodos terapéuticos, podría ser la siguiente:

1. **Terapia Narrativa:** enfocada en la historia y las narrativas personales del individuo. Los terapeutas se apoyan en esas historias para explicar cómo se ha visto afectado su bienestar emocional y mental.
2. **Terapia Sistémica:** centrada en las relaciones y patrones de comunicación en el sistema familiar o social del paciente. Analizando esos vínculos comunicativos, el terapeuta puede ayudar al paciente a entender cómo los miembros de la familia o el sistema social interactúan entre sí, y cómo pueden hacer cambios positivos en esas relaciones.
3. **Enfoque Integrativo-Holístico:** Considera la totalidad funcional y estructural que sirve de contexto a la persona afectada, tomando en cuenta, desde factores físicos, emocionales, sociales, culturales, biológicos, hasta espirituales, para abordar la salud mental de manera integral.
4. **Constructivista:** Se enfoca en cómo el individuo construye su propia realidad, y cómo sus creencias, percepciones y experiencias afectan su bienestar emocional.
5. **Orientación Post-Racionalista:** Define como objeto principal de su intervención las emociones y experiencias personales en cuanto factores determinantes en la forma en que las personas piensan y procesan la información, sienten y actúan.
6. **Orientación Psicoanalítica:** Analiza la estructura psíquica en sus diferentes niveles consciente e inconsciente, los conflictos psicológicos con raíces en la infancia o en experiencias traumáticas, relacionadas con sus instintos y la represión y desplazamientos ocasionados por instancias psíquicas como el SuperYo, todo lo cual puede afectar el bienestar emocional y mental.
7. **Cognitivo-Conductual:** Se enfoca en el pensamiento y la conducta, y en cómo los patrones de pensamiento negativos pueden afectar el bienestar emocional y mental.
8. **Clínica con Perspectiva de Género:** Se enfoca en cómo el género y la identidad de género, incluidos los estereotipos y las relaciones

propias del patriarcado y su división sexual del trabajo, pueden afectar el bienestar emocional y mental.

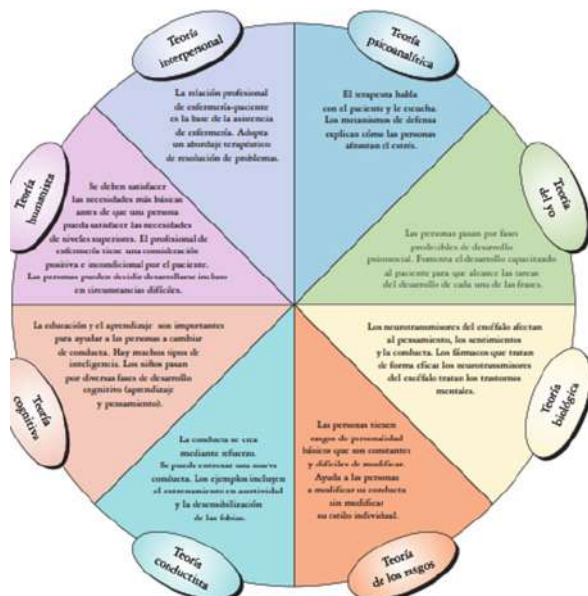
9. **Ecléctico:** Muchas veces el terapeuta decide, dada la especificidad de cada caso, combinar elementos o enfoques diferentes, mezclando técnicas provenientes de distintos abordajes psicológicos, para lograr los objetivos de la salud mental de manera integral.
10. **Breve Centrada en Soluciones y Psicoeducativo:** Se dirige a solucionar problemas específicos en el menor tiempo posible, utilizando técnicas de psicoeducación para ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades para manejar los problemas de manera más efectiva.
11. **Transpersonal:** Se enfoca en la búsqueda de un significado o sentido de la vida.
12. **Humanista Breve:** Procura la autoexploración y el autodescubrimiento del individuo, y en cómo puede alcanzar su potencial máximo.
13. **Gestalt:** A partir de la conciencia del presente, puede guiar al individuo para que asuma la responsabilidad por sus pensamientos, sentimientos y acciones.
14. **Relacional Sistémico:** Parte del examen y análisis de los patrones de relación entre individuos o sistemas sociales que explican las afecciones de la salud mental.
15. **Familiar Sistémica:** Se enfoca en las relaciones y patrones de comunicación en la familia, y en cómo pueden afectar el bienestar emocional y mental.
16. **Narrativa Feminista:** Se enfoca en la historia y las narrativas personales del individuo, pero con un enfoque específico en la experiencia de las mujeres en la sociedad y en cómo la opresión de género y otros factores sociales pueden afectar su bienestar emocional y mental.
17. **Con Tendencia Católica:** Se refiere a un enfoque terapéutico que incorpora la doctrina y enseñanzas de la Iglesia Católica para abordar la salud mental de manera integral.
18. **Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT):** Se enfoca en ayudar a las personas a aceptar sus pensamientos y sentimientos, y en cómo pueden comprometerse con sus valores para llevar una vida más significativa y satisfactoria.

- 19. Terapia de Esquemas:** Se concentra en los patrones de pensamiento y comportamiento arraigados que se desarrollan temprano en la vida y pueden afectar la salud mental a lo largo del tiempo.
- 20. Terapia Breve Dinámica:** Se enfoca en los patrones de comportamiento y pensamiento que afectan el bienestar emocional y mental, y en cómo pueden ser cambiados en un corto período de tiempo.
- 21. Terapia Interpersonal:** Se enfoca en las relaciones interpersonales y en cómo los patrones de comunicación y las interacciones sociales pueden afectar el bienestar emocional y mental.
- 22. Terapia Existencial:** Se enfoca en la búsqueda de un significado más profundo de la vida, y en cómo la conciencia de la propia mortalidad puede afectar la salud mental.

Es importante recordar que **cada enfoque terapéutico tiene sus propias teorías y técnicas**, y que algunos enfoques pueden ser más efectivos para ciertas personas o problemas que otros. En la siguiente ilustración pueden verse las derivaciones de las erapias con las principales teorías psicológicas.

## Ilustración 2.

*Teorías psicológicas y enfoques terapéuticos.*



**Fuente:** (Castañedo, 2008)

Los trastornos de salud mental graves y crónicos son alteraciones psiquiátricas de duración prolongada que se caracterizan por un grado elevado de discapacidad y disfunción social, donde no se reduce la sintomatología, afectando al funcionamiento psicosocial y a la integración comunitaria (Gómez, R. et al, 2016). Desde el punto de vista epidemiológico, son patologías que afectan en el mundo a alrededor de 450 millones de personas, de las cuales el 1,2% sufre de psicosis en una proporción del 1,4% para las mujeres y el 1,1% hombres. El reto principal ha venido siendo el diagnóstico que se ha tornado cada vez más complejo, debido a la diversidad de síntomas y experiencias, asegurando que las personas tengan el acceso a terapias, medicamentos efectivos y tratamientos adecuados para sus necesidades particulares.

Ante la diversidad de enfoques, hay una fuerte tendencia hacia el eclecticismo y un enfoque holístico y bio-psicosocial hacia la salud mental, que tome en cuenta, tanto los factores biológicos, como los psicológicos y sociales. Es un consenso metodológico la orientación de que debe abordarse el trastorno comprendiéndolos en los contextos sociales y ambientales en los que las personas viven. Por otra parte, se tiende a desarrollar una práctica terapéutica que medie entre el respeto a la autonomía de las personas con enfermedades mentales y garantice que reciban el cuidado necesario y el respeto a los derechos individuales. En la actualidad, factores tales como la escasez, la privación, los hábitos de consumo, el estrés y las formas no saludables de vivir, contribuyen al aumento de enfermedades de origen social y de carácter crónico. Por ello, es pertinente construir un modelo explicativo a partir de determinantes sociales de la salud mental para realizar intervenciones cada vez más efectivas en las comunidades. (Vanegas, 2023)

Los trastornos mentales con mayor prevalencia son los de ansiedad, o del estado del ánimo; igualmente, las somatizaciones, y los trastornos adaptativos que cursan con síntomas emocionales negativos de carácter ansioso-depresivo. Cabe destacar que los desórdenes emocionales presentan una alta comorbilidad y tienen un gran impacto en el funcionamiento, la discapacidad y la calidad de vida del paciente siendo los responsables en gran proporción de la mayor de cantidad de años. Esto genera costes sociales y económicos enormes convirtiéndose en un problema de salud pública de primer orden. (Muñoz & et al, 2017)

La OMS considera que las políticas nacionales deben incorporar la promoción de la salud mental en los sectores gubernamentales y no gubernamentales y no centrarse únicamente en los trastornos mentales; asimismo, enfatiza la importancia de la participación de otros sectores, además del sa-

nitario, como es la educación (Orgnización Mundial de la Salud, 2025). Pero todavía hay una escasez importante de información, y las sociedades no manejan elementos básicos para atender esta problemática. Esto dificulta desarrollar políticas y acciones que puedan tener un impacto significativo en el empoderamiento de los individuos y las comunidades en el cuidado de la salud mental.

Por otra parte, se ha desarrollado una gran variedad de instrumentos para detectar, identificar, diagnosticar, medir sus características y consecuencias, de los trastornos mentales. Entre los instrumentos de evaluación disponibles en castellano, pueden mencionarse los siguientes, en seis áreas: rehabilitación psicosocial general, necesidades, discapacidad, calidad de vida psicopatología y carga familiar (Casas, 2010).

**Tabla 3.**

*Instrumentos de evaluacion psicosocial.*

AREAS	INSTRUMENTOS
Rehabilitación psicosocial general	SCHIZOM
	HONOS
	REHAB
Necesidades	NFCAS
	CNS
	CAS
	2com
Discapacidad	WHODAS II
	DAS II
	EEAG
	LSP
	BELS
	ILSS
	SFS
	EMES-M
	EMES-C
	Inventario de Asertividad

---

Calidad de vida	SF 36 EQ-5D WHOQOL-100 Q-LES-Q QLS CSCV LQoLP
Psicopatología	PANSS BPRS EEAG CLINICA CGI Esquizofrenia
Carga familiar	SBASS ECI IEQ FBIS-SF

---

Elaboración propia a partir de (Casas, 2010)

Ante la alta prevalencia de los trastornos mentales y la relevancia que ha adquirido instruir y advertir a la comunidad para saber hacer frente a la presentación de estos casos, los organismos internacionales han recomendado lo que se ha denominado una Alfabetización en Salud Mental (ASM en adelante), la cual busca difundir e instruir conocimientos y creencias pertinentes sobre los trastornos mentales que permiten su reconocimiento, gestión o prevención. La ASM incluye:

- Capacidad de reconocer trastornos mentales para facilitar la búsqueda de ayuda.
- Conocimiento de la ayuda profesional y los tratamientos efectivos disponibles.
- Conocimiento sobre estrategias efectivas de autoayuda.
- Habilidades para brindar apoyo a la salud mental de los demás.
- Estrategias de prevención de los trastornos mentales.

Entre otras ventajas, el despliegue de intervenciones para mejorar la ASM de la población es una medida efectiva para reducir el estigma de la enfermedad mental en el colectivo. Con ello se lograrían múltiples avances en los que se refiere a suministrar conocimientos sobre problemas de salud mental, desarrollar intervenciones para el cambio de actitudes hacia la salud mental y fomentar la búsqueda de ayuda cuando sea necesaria. Desarrollar y extender

la ASM puede contribuir a cambiar una situación caracterizada por la poca atención que esta problemática merece, en comparación con otros temas de salud, como las enfermedades crónicas o el cáncer. Además, el diagnóstico de un problema de salud mental no suele acompañarse con la descripción de los síntomas y su previsible evolución. (Zabaleta, 2023)

## **6.2. Trastornos mentales comunes y su manejo**

Las enfermedades mentales graves están intrínsecamente vinculadas al deterioro funcional y mental de los afectados. En muchos países, el enfoque predominante no permite la identificación y el tratamiento de los síntomas y tiende a pasar por alto aspectos cruciales como las capacidades y la funcionalidad de los pacientes, elementos fundamentales para llevar a cabo actividades diarias. De tal manera que es imperativo que los programas de intervención estén enfocados no solo en la identificación de los síntomas, sino también en la prevención o intervención respecto al deterioro personal, considerando el contexto en el cual los pacientes con trastornos mentales graves están inmersos.

Tomar en cuenta la discapacidad y la funcionalidad de los pacientes de enfermedades mentales graves, abre la posibilidad de intervenciones holísticas que busquen eficazmente mejorar su calidad de vida, lo cual es relevante en el contexto de la rehabilitación comunitaria la cual, cuando se lleva a cabo de manera adecuada, tiene un impacto sumamente positivo. Pero para que esto sea factible, es indispensable contar con una infraestructura de servicios y espacios físicos que estén diseñados teniendo en mente las características específicas de los pacientes. Al lograr esto, se cumplen varios objetivos, pues, al mismo tiempo que se fomenta el desarrollo comunitario, se fortalecen las relaciones interpersonales y se está promoviendo la integración socio-comunitaria de los pacientes.

En varios países, las estrategias adoptadas están enfocadas en facilitar una reintegración social e independencia de los pacientes psiquiátricos, promoviendo enfoques que no necesariamente requieran hospitalización. Esto no deja de tener dificultades, pues en ocasiones no se contemplan las necesidades de los pacientes con casos más severos, lo cual requeriría la hospitalización, ya sea en un régimen abierto o cerrado. Las personas con trastornos mentales graves y crónicos como las patologías psiquiátricas deben realizar un tratamiento que permita la implementación de un tratamiento seguro y eficaz menos restrictivo (limitaciones de ciertas áreas o aspectos en la atención del individuo). Sin embargo, en ocasiones dado el fracaso del tratamiento o

las características de la patología psiquiátrica obligan a una internación hospitalaria dentro de unidades psiquiátricas.

Para el internamiento en unidades psiquiátricas, es necesario aplicar una serie de criterios, que comprenden el riesgo de vida del propio enfermo, así como el riesgo para otras personas, el acatamiento de las órdenes judiciales si las hubiera, el fracaso del tratamiento ambulatorio, o la concurrencia con otra enfermedad médica. Dentro de la rehabilitación que se lleva a cabo en las unidades psiquiátricas, la rehabilitación psicosocial ha cobrado importancia en la implementación de servicios en países que desarrollan redes sociales sanitarias, así como en la atención y tratamiento con personas con trastornos mentales graves. Para poder realizar una rehabilitación que combine las intervenciones psicológicas, las intervenciones sociales y la terapia farmacológica, es necesario que las intervenciones psicosociales favorezcan las habilidades sociales, relaciones personales y familiares, rehabilitación cognitiva, prevención de recaídas, integración social, laboral y comunitaria, desarrollo personal y afrontamiento de síntomas psicóticos.

Dentro de estas orientaciones de la intervención psicosocial para atender a pacientes de enfermedades mentales, el profesional de Enfermería debe cumplir en su trabajo, con varias fases. En primer lugar, debe realizar una evaluación descriptiva y analítica de los casos mediante el acopio de datos y recogida de evidencias mediante metodologías conocidas como la entrevista semiestructurada y la aplicación de los instrumentos validados de evaluación. Las fuentes de datos primarias son los hallazgos objetivos y subjetivos directos del paciente. ¿Cuál es el estado mental del paciente? ¿Sus sentimientos? ¿Su conducta? ¿Sus constantes vitales? Una buena fuente secundaria es la historia clínica. Es útil que el profesional de enfermería lea la historia y la exploración física del médico para obtener información basal sobre la situación del paciente en el momento del ingreso. El plan terapéutico mostrará los resultados deseados y permitirá determinar la evolución prevista del tratamiento para alcanzarlos. La familia es una fuente de información y de ayuda con frecuencia ignorada.

En toda su labor, la enfermera que realiza una intervención psicosocial debe respetar las estrictas regulaciones sobre la confidencialidad de los datos. Por ello, es necesario que el centro donde labore obtenga los permisos correspondientes por escrito de los pacientes para discutir su enfermedad con sus familiares. Otro paso imprescindible es solicitar el permiso y la colaboración de los familiares para que participen de forma activa en la asistencia del paciente en el contexto ambulatorio. Esta cooperación debe ser acom-



pañada de la debida acción educativa para brindar Alfabetización en Salud Mental que evite que los familiares puedan socavar por ignorancia el proceso terapéutico y lograr que, por el contrario, se conviertan en grandes aliados en la acción terapéutica.

Otra función importante de enfermería es la monitorización del paciente para detectar efectos colaterales de los fármacos. Las observaciones del profesional de enfermería se deben basar en la información actual sobre los fármacos psicotrópicos y sobre otros fármacos (sus acciones, los síntomas diana y los posibles efectos colaterales). Se debe conocer qué efectos colaterales se deben esperar y se debe vigilar para detectarlos. En este sentido, son pertinentes las 5 reglas de corrección a) administrar el fármaco correcto, en b) el momento correcto, c) a la dosis correcta, d) por la vía correcta y e) al paciente correcto. Pero esto es solo el comienzo del rol del profesional de enfermería. Si el profesional de enfermería administra el litio que ha prescrito el médico al paciente correcto y a la dosis correcta, y el paciente tuviera síntomas de marcha atáxica, fiebre, hipotensión y confusión mental y muriera por toxicidad por litio, el profesional de enfermería no debiera alegar que ha hecho simplemente lo que le mandado el médico, porque es su responsabilidad siempre evaluar antes de intervenir.

Los aspectos de enfermería relacionados con el tratamiento con fármacos psicotrópicos incluyen los siguientes:

- a. Administración segura de los fármacos
- b. Capacitación del paciente mediante conocimiento práctico
- c. Cumplimiento del tratamiento por el paciente
- d. Representación del paciente
- e. Documentación
- f. Mantenerse actualizado con el conocimiento sobre los fármacos psiquiátricos

Igualmente, en el momento del alta del internamiento del enfermo mental, se deben cumplir con ciertas condiciones:

- a. El paciente debe poder decir el nombre de su trastorno mental.
- b. El paciente debe poder enumerar los nombres de los fármacos que toma para esta enfermedad antes del alta. Antes del alta el paciente debe poder señalar los principales efectos específicos de los fármacos que toma para el trastorno mental.

- c. Antes del alta el paciente debe poder enumerar los posibles efectos colaterales de los fármacos psicotrópicos y si debe o no notificárselo al médico, o incluso si debe mantener el tratamiento si se producen.
- d. El paciente debe expresar sus sentimientos sobre el consumo de fármacos psicotrópicos.
- e. Antes del alta el paciente debe enumerar recursos para obtener ayuda o información sobre los fármacos.

La educación básica de los pacientes incluye cómo y cuándo tomar los fármacos de forma segura. Si este conocimiento básico es poder, entonces la participación completa del paciente en su propia existencia es un superpoder. La capacitación del paciente exige que el paciente tenga lo siguiente:

- a. Conocimiento
- b. Capacidad de comunicar sus propias necesidades
- c. Participación en el plan terapéutico
- d. El apoyo necesario para alcanzar los objetivos terapéuticos

Cuando los pacientes pueden hacer estas cosas, tienen el superpoder que necesitan para controlar su propio futuro. Si el profesional de enfermería y otros profesionales preparan adecuadamente a los pacientes, los pacientes podrán discutir sus fármacos con el médico, describiendo los efectos colaterales además de la situación de los síntomas diarios. t

### **6.3. El rol de la enfermería en la rehabilitación psicosocial**

El profesional de enfermería adopta diferentes roles en la relación profesional: agente para la socialización, defensor, asesor o profesor, pero la relación siempre debiera estar centrada en las necesidades del paciente y a los objetivos planteados en el tratamiento o intervención. La finalidad general de estas relaciones es ayudar al paciente a satisfacer objetivos adaptativos y saludables. Todo ello dentro de los límites temporales propios de la relación profesional. El profesional de enfermería y el paciente definen cuánto tiempo quieren y pueden pasar. Cuando el profesional de enfermería ha salido de trabajar o se da de alta del hospital al paciente, la relación finaliza.

Las características de la relación terapéutica profesional son, pues, las siguientes:

- a. Centrada en el paciente
- b. Dirigida a los objetivos
- c. Limitada en el tiempo

Una suposición habitual pero errónea es que los profesionales de enfermería deben ser completamente objetivos; pero ello es errado, porque el enfermero o enfermera debiera tener una preocupación especial por sus pacientes, lo cual puede interpretarse como contrario a la debida objetividad. Hoy en día se considera que los profesionales de enfermería deben estar abiertos y ser conscientes de sus propios sentimientos para poder ayudar a los pacientes, pues son una parte importante de su evaluación, además de sus habilidades para la intervención. Aunque los profesionales de enfermería no deben ser completamente objetivos, deben estar libres de sesgos personales y de identificación personal con los sentimientos de los pacientes. El énfasis subjetivo en los propios sentimientos y la opinión del profesional de enfermería no pertenece a la interacción profesional de enfermería-paciente. Con práctica, los profesionales de enfermería pueden equilibrar sus sentimientos con la objetividad personal, ara poder estar totalmente atentos a las necesidades de los pacientes.

La relación profesional de enfermería-paciente tiene tres fases:

- a. fase de orientación,
- b. fase de trabajo y
- c. fase de finalización.

En la fase de orientación el profesional de enfermería y el paciente plantean el escenario para la relación que se va a producir. Se presentan a sí mismos y establecen los objetivos para la interacción. En el contexto psiquiátrico un objetivo puede ser explorar los sentimientos o desarrollar estrategias para la resolución de problemas. Durante esta fase se establece el límite temporal de la relación.

En la fase de trabajo el profesional de enfermería aplica intervenciones para alcanzar los objetivos establecidos durante la fase de orientación. El profesional de enfermería y el paciente trabajan juntos para alcanzar el nivel óptimo de desempeño de funciones y autocuidados del paciente, de acuerdo con los puntos fuertes y las dificultades del paciente. Una posible

intervención de enfermería importante en esta fase es la comunicación terapéutica.

Después de haber hecho el trabajo de la fase de trabajo, comienza la fase de finalización. En esta fase el profesional de enfermería y el paciente resumen sus avances y evalúan la consecución de los objetivos del paciente. El profesional de enfermería aprende de este proceso qué intervenciones son eficaces y cuáles no.

# CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA

## Capítulo 7

### La Enfermería y la Gestión del Cuidado

**AUTORES:** Luz María Castillo Ayón; Yasmin Alejandra Castillo-Merino



SABEREC 5.0

## La Enfermería y la Gestión del Cuidado

### 7.1. Liderazgo y gestión en enfermería

La práctica profesional muestra que las enfermeras, en cualquier posición donde se ubiquen en la estructura de las instituciones de atención de la salud, como miembro del personal de enfermería, jefe de grupo, jefe de enfermeras, subjefe de enfermeras o en la dirección de enfermería, deben realizar funciones administrativas y ejecutivas: la única diferencia se encuentra en la extensión de la práctica necesaria en el trabajo. Pero también es necesario afirmar que las enfermeras deben desarrollar su liderazgo, lo cual no se limita al cumplimiento normativo de sus roles. El liderazgo es necesario en todas las actividades de la enfermería.

El liderazgo es una cualidad que comprende iniciativa, visión, consistencia ética, sabiduría práctica, comunicación efectiva y habilidades precisas para lograr influir en las personas para que cambien en función del mejoramiento y el progreso del cuidado. El cambio resultante no necesita ser una renovación mayor de las actividades del servicio o del método de enfermería, pero sí producir cierto grado de mejoramiento en las prácticas de la misma.

El liderazgo puede ejercerse en diversas formas, algunas conscientemente, otras inconscientemente. El tipo y nivel de liderazgo que una enfermera proporciona depende de la situación en la cual se encuentre trabajando en ese momento.

Se pueden clasificar los tipos de liderazgo de acuerdo a los estilos y modos en que se ejerce. Así, tenemos las siguientes variedades:

- a. Liderazgo directivo. Es el tipo de “directivo” que, si llega a su extremo, es caracterizado como “autocrático”. En general, no se recomienda como estilo de dirección, aunque en algunas situaciones, de urgencia o crisis, puede hacerse necesario; sobre todo si un grupo debe decidir en instante su plan de acción o tomar decisiones inmediatas. También suele imponerse este tipo de liderazgo cuando es una sola persona la que dispone de pericia o información esencial, lo cual contrasta con la inexperiencia de los otros miembros del equipo.
- b. Liderazgo creativo: una condición imprescindible para que el líder desarrolle su creatividad es la existencia de un ambiente democrático, donde adquiere relevancia el “compañerismo”. Son prácticas comunes de los líderes creativos informar a los trabajadores acerca de los propósitos generales y reconocer ante todos, los progresos de

la organización, y la contribución que cada uno ha hecho en el logro de los objetivos. Así, se destaca la importancia de cada uno de los miembros del grupo y se estimula un sentimiento de pertenencia y estímulo. El líder, en ese contexto, es un guía para sus seguidores para deliberar y seleccionar las metas del grupo y diseñar un plan que sea eficaz para lograrlas. El líder creativo y democrático invita y estimula a sus colaboradores para que tomen ciertas decisiones, siempre bajo su orientación o explicación de las perspectivas, las consecuencias de las resoluciones. Con ello, se logra una sensación mayor de libertad y, por tanto, más satisfacción.

Una condición esencial para un liderazgo eficaz es la existencia de buenas relaciones personales, caracterizadas por el respeto que, a su vez, estimula la lealtad de los colaboradores. La justicia y la imparcialidad son orientaciones efectivas para el cultivo de excelentes relaciones personales. En este sentido, saber desarrollar la capacidad de ponerse en el lugar de los otros para intentar comprender su visión de las cosas, aunque no se esté de acuerdo con sus consideraciones y apreciaciones, es una manera de actuar que expresa la tolerancia y el respeto a las opiniones diferentes las cuales pueden ser expresadas con todo derecho.

Para que el liderazgo sea eficaz, debe poder, al mismo tiempo, dirigir, tener confianza en otros y en sí mismo, tener más interés por dar que por recibir, ayudar a otros y permitir que le ayuden. Debe poder trabajar con todo tipo de gente. Debe poder estimularles y ayudarles a desarrollar sus capacidades de manera amplia.

No hay que confundir a un líder con un trabajador rápido. Este, en ocasiones, puede llegar a sobresalir y puede ser capaz de planear más eficientemente; pero también trabajar demasiado rápido puede traer riesgos de errores. Si se omite detalles de la atención con el propósito de ahorrar tiempo, necesitará ayudarle a comprender esta debilidad y mostrarle cómo se puede evitar.

Por otro lado, si la calidad del trabajo es buena, el líder debe ser el primero en el reconocimiento de las capacidades que se pusieron al servicio del cuidado. El trabajador lento también necesita ayuda. Antes que nada, necesitará investigar para precisar la razón de la lentitud. Quizá es incapaz de planear su trabajo y hacer el mejor empleo de su tiempo. Si este es el caso, ayúdele a aprender a organizarse más eficientemente. En ocasiones, la persona que trabaja lentamente es porque tiene una inteligencia por debajo del promedio,

que le impide pensar y planear por adelantado, o hasta puede que su lentitud se deba a un problema de salud que requiera atención médica.

Entre el perfeccionismo y una actitud demasiado relajada, es importante desarrollar un término medio satisfactorio, entre lo que se cree es lo correcto y lo que puede hacerse en una situación particular. El buen líder es capaz también de prestar ayuda para hacer comprender qué aspectos de la atención son más importantes para cada uno de sus pacientes. El trabajador inexperto necesita una supervisión estrecha hasta que obtenga más habilidades y conocimientos. Esta ayuda es necesaria no solo para asegurar atención de enfermería sin riesgos, sino también para proporcionarle un sentimiento de seguridad.

La persona muy confiada también necesita supervisión estrecha. Esto no es lo mismo que autoconfianza. El individuo que puede hacer mejor las cosas que la mayoría de los trabajadores puede estar muy confiado debido a que reconoce sus capacidades y limitaciones y no se superará, además la persona muy confiada con frecuencia no puede reconocer su falta de conocimiento y comprensión. Hay que darle explicaciones adicionales a esta persona relacionadas con lo que debe y no debe hacer, ayúdele también a aumentar su comprensión por paciente (López Sistos, 2010).

Para la eficiencia del trabajo de las enfermeras y el desarrollo del liderazgo, es importante comprender y aplicar, en la medida de lo posible, los modelos y teorías de Enfermería. Los modelos de gestión son necesarios para realizar las funciones de planificación, ejecución, control y evaluación. Hay diferentes propuestas de modelo de gestión:

- a. Gestión integral de riesgo que permite anticiparse a las enfermedades, detectar los riesgos, y tratarlos precozmente para impedir o acotar su evolución y consecuencias. El enfoque es tanto individual como colectivo. Clasifica a los pacientes según el riesgo.
- b. Gestión clínica: sistema de incentivos dirigidos a los pacientes y agentes del sistema: pagos por resultados y desempeño. Administración gerenciada para mejorar el desempeño, indemnizatoria por aseguramiento.
- c. Modelos comunitarios de salud familiar y/o comunitaria, carácter integral, social y familiar (prevención, autocuidado, gestión y promoción), con responsabilidad familiar y comunitaria basado en estilos de vida saludables y acción multisectorial.



- d. Modelo de adaptación de Sor Calista Roy: se basa en la adaptación del hombre para poder llegar a un nivel óptimo de salud. La enfermería como ciencia y práctica amplía la capacidad de adaptación del hombre y mejora la transformación del entorno. (Sánchez-Franco, J. et al, 2023)

Desde los supuestos básicos y premisas de las diferentes teorías de la Enfermería, pueden deducirse otros tantos modelos de gestión de la salud, como explican Mastarreo-Cedeño y sus colaboradores (Mastarreo-Cedeño, M. et al, 2021). De esta manera, en la revisión documental realizada por esas investigadoras, se identifican varios modelos a partir de un concepto central.

Se tendría, en primer término, el modelo de interacción que se focaliza en el vínculo que se genera entre la enfermera y paciente orientado hacia el desarrollo del cuidado, con base en la comunicación, que incluye a los familiares o cuidadores inmediatos con quienes se diseña el plan de atención. Esta orientación exige del profesional de Enfermería una escucha empática como elemento esencial. Este modelo ha nutrido teorías como

1. La Teoría intermedia de la consecución de objetivos de Imogene M. King, según la cual las enfermeras establecen relaciones con los pacientes, con el fin de determinar en conjunto, los objetivos y los medios para lograrlos, a partir de la valoración, por parte de la enfermera, de las preocupaciones y problemas de salud de los pacientes, su forma de percibir los problemas y el hecho de compartir información que permita la consecución objetivos.
2. Modelo de relaciones entre seres humanos de Joyce Travelbee: Según esta teoría de enfermería, el profesional de la disciplina debe establecer una relación de persona a persona con el paciente con base al cúmulo de las experiencias comunes de ambos.
3. Teoría del proceso de enfermería de Ida Jean Orlando Pelletier: la cual concibe la función profesional de la enfermería como la resolución y el cumplimiento de la necesidad de ayuda inmediata del paciente. La acción de la enfermera en contacto con el paciente se denomina proceso de enfermería, el cual puede ser automático o deliberado.
4. Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard E. Peplau: autor que destaca la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo, terapéutico. Analiza cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidades, frus-

tración, conflicto y ansiedad, frente a lo cual, el profesional de enfermería debe brindar orientación, identificación, explotación, fase durante la cual el paciente trata de obtener el máximo de la relación y conseguir los mayores beneficios posibles, y, finalmente, la resolución cuando se superan los viejos objetivos y se trazan otros nuevos, al tiempo que el paciente se independiza de la identificación con la enfermera.

Este modelo coloca la empatía como fundamento de la práctica de la enfermería, la cual se dirigiría a desarrollar una relación positiva y asertiva entre la enfermera y paciente, para lograr cumplir eficazmente con el tratamiento eficazmente, por cuanto el paciente colabora y se hace parte fundamental del mismo.

Otra teoría es la denominada evolucionista, según la cual la enfermera va adecuando los cuidados a la evolución del paciente, en la medida en que va aprendiendo de la práctica, así como de la incorporación de conocimientos científicos. Esta teoría da respuesta así a los posibles cambios de los tratamientos de acuerdo a la evolución del paciente. El rol de la enfermera sería abordar integralmente al paciente, en una primera etapa ayudándolo a comprender el valor del tratamiento, promoviendo una actitud optimista al participar el paciente, para lo cual es importante incluir una visión profesional multidisciplinar, que incluye el abordaje psicológico. Así, la enfermera persigue involucrar el entorno cercano del paciente en la planificación y acción del cuidado.

Por otra parte, según la Teoría de las necesidades humanas, se debe dirigir el cuidado a las personas en función de las necesidades que deban ser atendidas para su recuperación. La enfermera debe ayudar al paciente a alimentarse a sí mismo, además de brindar un acompañamiento satisfactorio al paciente, en la satisfacción de las necesidades imprescindibles del paciente, que son, a saber: la respiración normal, la alimentación e hidratación adecuada, eliminación de los desechos corporales, movimientos y mantenimiento de posiciones deseadas, sueño y descanso, selección apropiada de la ropa, mantenimiento de la temperatura corporal, mantenimiento de la higiene corporal y el peinado, prevención de los peligros ambientales, comunicación, adherencia a sus creencias y valores, búsqueda de satisfacción, participar en actividades recreativas, aprender y satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo de salud normal.

Otro punto de vista es el que aporta la Teoría humanista para la cual es central el auto conocimiento para lograr una buena relación entre la enfermera y paciente, como personas capaces de hacer selecciones responsables en la vida. La salud resulta de un devenir desde un estado de adversidad hasta la situación en que el ser humano encuentra significado para vivir. Esta teoría tiene fundamentos fenomenológicos y entiende que el rol de la enfermera es propiciar las respuestas a la búsqueda existencial del paciente atendiendo a sus necesidades, auxiliándolo en sus selecciones.

En esa misma perspectiva, se halla la Teoría de Enfermería Humanística de Paterson y Zerad, la cual hace énfasis en la relación que se establece entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado, intentando dar una respuesta a la experiencia fenomenológica vivida por ambos. La enfermería se define entonces como una experiencia existencial vivida entre la enfermera y el paciente.

Cercana en sus preocupaciones, aunque con un enfoque conceptual diferente, la teoría de las Relaciones interpersonales parte de la idea de Marta Rogers de que el paciente se relaciona directamente con su entorno, de donde recibe una carga de energía positiva o negativa que afecta el rendimiento de su salud.

Otro abordaje es planteado por la Teoría de sistemas adaptada a la Enfermería por Betty Newman, quien se basa primordialmente en comprender al ser humano en una estrecha relación de retroalimentación con el entorno. Por ello, se entiende la salud como una suerte de armonía para el buen funcionamiento de la salud, por lo que habría que favorecer un ambiente agradable y familiar.

Calista Roy propone un modelo importante centrado en el concepto evolucionista de la adaptación; según el cual la labor de la enfermera se inicia con la valoración integral de la persona, para poder ayudarla a sobrevivir a la transformación, conocer la percepción que tiene sobre la situación que vive en la actualidad y cómo la afronta; además conocer los estímulos que son de gran importancia para la realización de intervenciones más efectiva. Esto contribuirá a una apreciación de adaptabilidad entre la enfermera y paciente con la intención de generar un mejor acercamiento al logro del equilibrio de la salud de la persona, sobre todo cuando existe un entorno cambiante y de riesgo epidemiológico producto de factores externos al individuo.

El modelo propuesto por la teoría de la diversidad y la universalidad del cuidado cultural de Madeleine Leininger, tiene como eje principal el concepto de cuidado, presente de una u otra forma en las diferentes culturas del planeta

y que es el elemento distintivo de la Enfermería como práctica, profesión y disposición. Leininger denomina el suyo como el “modelo del Sol Naciente”, pues su intención es articular los sistemas culturales generales y los correspondientes a la especificidad de la profesión de la Enfermería. Para lograrlo, este enfoque comprende los conocimientos de los cuidados populares o genéricos, así como los conocimientos que se adquieren durante la formación científica de base, manteniendo el respeto a la cultura de cada paciente, en función de la recuperación y la confianza del mismo. De acuerdo a esta teoría, hay tres modalidades de cuidado: a) los cuidados de preservación o de sostén, que incluyen aquellas acciones y decisiones profesionales de asistencia, de sostén, de facilitación o de habilitación que ayudan a la gente de una cultura particular a conservar y/o a consolidar los valores importantes de los cuidados para mantener el bienestar, recuperarse de la enfermedad, o afrontar las malformaciones y/o la muerte; b) cuidados de acomodación o negociación, con los cuales se pretende ayudar o interactuar con las personas de cultura diferente a la profesional para adaptarse, o a negociar con otros un resultado de salud provechoso o satisfactorio con los profesionales de la salud; c) los cuidados de reorientación o reestructuración, los cuales demandan del profesional de la Enfermería amplios conocimientos culturales, antropológicos y sociológicos, además de los específicos de las ciencias médicas, para poder utilizarlos creativamente, con respeto hacia el grupo o el individuo, con la intención de ayudarlos a modificar los hábitos o la manera de vivir. (Aguilar, O. et al, 2007).

Se puede, a partir de la síntesis y una comprensión de los enunciados principales de las diferentes teorías, confeccionar una tabla a partir de los ejes de cada paradigma, el campo de acción que es orientado por estas formulaciones, la denominación de las escuelas de Enfermería institucionalizadas, las autoras de esos enfoques y el postulado centra de cada modelo o teoría. De esta manera, lo visualizaríamos así:

**Tabla 4.**

*Paradigmas de gestión del cuidado en enfermería.*

PARADIGMA	ORIENTACION	ESCUELA	AUTORA	MODELO O TEORÍA
Categori- zación	Salud pública Enfermedad		F. Nightingale	Teoría del entorno

Integración	Persona	Necesidades	V. Henderson	Definición de la enfermería
			D. Orem	Teoría del déficit de autocuidado
		Interacción	H. Peplau	Relaciones interpersonales
			Efectos deseados	Sistema conductual
			C. Roy	Adaptación
Transformación	Mundo	Promoción de la salud	M. Allen	Promoción de la salud en familia
		Ser humano unitario	M. Rogers	Seres humanos unitarios
		Caring	M. Leininger	Cuidados multiculturales
			P. Brenner	Cuidado sabiduría clínica y ética

Fuente: (Mastarreño-Cedeño, M. et al, 2021)

7.2. La administración de recursos en entornos sanitarios

La administración consiste en la correcta realización de funciones básicas para cualquier organización, tales como la planificación o planeamiento, la ejecución, el control y la evaluación, la cual debe dar insumos para alimentar una nueva planificación, que reinicie el ciclo de las actividades administrativas. Cada una de estas funciones dispone de sus instrumentos, ente los que se cuentan los organigramas, los procedimientos, normas, reglas, manuales, análisis de puestos, descripción y valuación de puestos.

Por otra parte, la gerencia es el arte y la ciencia de trabajar, y hacer trabajar, mediante la conducción de un equipo de personas para lograr los objetivos de una organización. Esto supone un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos, así como ciertas competencias específicas dirigidas a dicha actividad, la cual implica, por su naturaleza, la relación con otras personas, mediada por la estructura de una organización, y la fijación clara de unos objetivos.

El término procede del proceso de industrialización realizada durante la modernidad, especialmente en el siglo XX, y fue elaborada por la disciplina

de la economía y la ingeniería, gracias a investigaciones específicas en empresas y organizaciones, que dieron lugar a teorías enfocadas a mejorar la eficiencia, la eficacia y el éxito en el logro de los fines de esas entidades. Desde allí, el concepto se introdujo en las ciencias de la salud en las cuales adquiere un significado muy parecido al de administración, al tender a coincidir en las funciones, técnicas y sentido general. Las definiciones y conceptos de la gerencia han mostrado su utilidad para sistematizar un conocimiento adecuado para la conducción de las instituciones de atención de la salud, e incluso el gobierno, y los cuidados humanos. Esto ha dado lugar a otro concepto, “atención gerenciada” (*managed care*), que se refiere a la organización y conducción de los sistemas de salud (Hernández Ortiz & Gómez Torres, 2010).

La gerencia consiste en guiar, planear, conducir, coordinar y controlar el trabajo; pero también debe respetar los derechos y obligaciones de todos los miembros de la organización, en aras de su propio éxito. Se entiende que la gerencia es una acción social porque trabaja con sus subordinados para lograr así una meta, de acuerdo con la normatividad de las instituciones. También se ha concebido la gerencia como el proceso donde se relaciona un conjunto de elementos que aseguran la óptima utilización de un activo, que siempre ha estado presente en la empresa u organización en general, pero que no había sido debidamente aprovechado. Es decir, gerencia implica, entonces, hacer un uso correcto de los recursos de la organización, gracias a un cuerpo de conocimientos, pero también con arte, es decir, habilidad, destreza, competencia práctica, que no tienen todas las personas.

Se asume que, para lograr esto, se requiere un manejo estratégico, es decir, una racionalidad especial para seleccionar los mejores medios o instrumentos para conseguir un fin, coordinar con otras personas y lograr que den lo mejor de sí, en función de las metas fijadas. Reuniendo estas características personales y profesionales, se ha afirmado que el gerente debe garantizar el desempeño adecuado de una organización, mediante el equilibrio de las necesidades de realizar su trabajo y mantener un nivel satisfactorio entre la distribución y el entusiasmo de las personas.

Los conceptos y teorías de la gerencia, así como su instrumental práctico, fueron trasladados y aplicados en los servicios de salud para optimizar su funcionamiento y organización, como una buena alternativa para orientar su desarrollo y funcionamiento dentro de la realidad socioeconómica y política del mundo contemporáneo.

Ya en la década de los 90, del siglo XX, se planteó la necesidad de un enfoque diferente, que se ocupara de lo específico de las ciencias de la salud. Se propuso entonces el concepto de “cuidado gerenciado” (*manage care*) como una nueva forma de ofrecer el cuidado de salud. La concepción innovadora se orientó hacia la determinación de los estándares de atención, las normas del tratamiento y las necesidades a ser solucionadas, racionalizando el servicio y la utilización de los prestadores de servicios disponibles.

Con la misma orientación, y similar contexto, apareció una nueva modalidad de prestación de servicio conocido como *gerencia de caso*. Esta es una modalidad que se presenta como un componente de gestión de oferta de utilización de servicios de salud. Consiste en la definición de un único profesional o un equipo de salud que se responsabiliza por la atención del paciente durante todo el proceso clínico y juzga sobre la necesidad de atención y sobre la propiedad de servicios prescritos y recibidos. Ese profesional o equipo de salud tienen la responsabilidad de coordinar la atención por medio de todos los servicios e instituciones que integran un sistema para determinar el nivel adecuado de prestación de servicios, y si el paciente está cumpliendo el plano de tratamiento. El sistema de cuidado de salud se define en este marco como cuidado integral, continuo, centrado en el paciente y con un equipo multidisciplinario. Este modelo de práctica profesional fue aceptado en las últimas décadas del siglo XX, para aumentar el compromiso de la enfermería con la estandarización de las prácticas. Sus conceptos centrales son análisis, toma de decisiones clínicas y resolución de problemas que constituyen características esenciales para la práctica profesional.

A través de la gerencia de caso en enfermería se equilibra la economía con la calidad del cuidado. Los profesionales de enfermería son recomendados para gerentes de caso debido a su fuerza y conocimiento clínico, habilidad para ofrecer cuidado holístico y abogar a favor del paciente. El profesional gerente de caso coordina el espectro total del cuidado del paciente en todos sus ambientes, tanto en el hospital como en la comunidad. Ofrece atención particular a las necesidades habituales, defiende al paciente y administra los servicios. Así mismo, puede establecer relaciones efectivas y de colaboración dentro de los departamentos de enfermería, medicina, cuidado domiciliar, cuidado ambulatorio y administración hospitalaria.

Las funciones o cargos necesarios en el enfoque de la gerencia de caso son

- a. **Coordinación del plano de cuidados y servicios;** es la función más importante en la gerencia de caso, realizado eficientemente, provee un sistema integrado donde todos se benefician;
- b. **Abogacía del paciente,** es realizada cuando los enfermeros ayudan a los pacientes a ordenar sus visiones y preferencias o a un miembro familiar incapacitado para alcanzar autonomía y autodeterminación.
- c. A través de la **selección/ triage de los casos**, frecuentemente, el gerente de caso identifica aquellos pacientes que más se beneficiarían de la gerencia de caso y al **evaluar y re-evaluar** realiza permanentemente valoraciones del estado físico, apoyo psicosocial y necesidades espirituales del paciente, asimismo considera los recursos financieros disponibles para el caso. Ofrece **informaciones** para que el paciente y la familia puedan conocer lo que está disponible en relación con los recursos para satisfacer sus necesidades.
- d. Elucidar preferencias y prioridades es fundamental. Es frecuentemente el **integrador y colaborador** del equipo de salud participando de la **planeación de la alta gerencia** lo que requiere la evaluación total de elementos médicos, psicosociales y financieros de cada caso.
- e. Para **facilitar cambios en los niveles de cuidado** debe estar atento para percibir si el paciente está preparado para cambios en el nivel de cuidado e inducir a los médicos a aceptar tales cambios.
- f. En el **seguimiento después del alta**, su participación puede ser esporádica (en el episodio agudo de la enfermedad), permanente (en todas las fases) o intermitente (cuando sea necesario). La principal función es **negociar y procurar recursos y servicios**, actuando como una persona que soluciona problemas.

Normalmente persistencia y creatividad producen servicios suficientes para un alta hospitalaria de calidad o para una transición entre los niveles de atención. Ofreciendo el **apoyo médico** ejerce el papel de informante frente a cualquier cambio en las condiciones y valores críticos del paciente y sobre su progreso (Alves y otros, 2005).

Las técnicas, las herramientas y los métodos administrativos se aplican ampliamente en los servicios de enfermería de las instituciones de atención médica y cuidados humanos. Una de las funciones de los jefes de enfermería,



que constituye sin duda una aportación significativa a la administración en enfermería, es el suministro de personal de enfermería.

Para el suministro de personal en los servicios de enfermería se utilizan diversos métodos y técnicas. Para clasificar la atención de enfermería se han ideado y diseñado indicadores y sistemas a nivel internacional. En forma general, se utilizan tres métodos que son:

- El sistema de clasificación de pacientes por diagnóstico.
- El suministro de personal de acuerdo con la gravedad del paciente y
- La asignación de personal por tiempo requerido para la atención de enfermería.

El cálculo de personal de enfermería es una operación matemática cuyo objetivo es determinar el número de enfermeras, indispensable para su funcionamiento, que se requieren para cada servicio de salud específico, de acuerdo con la disposición de los recursos humanos para su funcionamiento.

Para realizar este cálculo y asignación de personal de enfermería se establecen indicadores básicos que se expresan en cinco categorías claves, las cuales son:

- a. Cuidados mínimos.
- b. Cuidados parciales.
- c. Atención directa.
- d. Cuidado intensivo intermedio.
- e. Cuidado intensivo.

**Tabla 5.**

*Indicadores para calcular personal de enfermería según el tratamiento.*

Categoría de tratamiento		Horas necesarias (en 24 horas)
1.	<i>Cuidados mínimos (convalecencia, consulta externa, atención domiciliaria y franca recuperación)</i>	1 a 2 horas
2.	<i>Cuidados parciales (hospitalización, no graves o delicados)</i>	3 a 4 horas
3.	<i>Atención directa (pacientes delicados, de cirugías, pacientes pediátricos y prematuros)</i>	5 a 6 horas

4.	<i>Cuidado intensivo intermedio (pacientes de urgencias, con necesidad de reanimación, pacientes graves, pacientes con tratamientos complejos y en vías de recuperación)</i>	7 a 8 horas
5.	<i>Cuidado intensivo (pacientes graves en fase complicada de tratamiento, pacientes en posoperatorio mediano, pacientes con tratamiento de tercer nivel de atención médica)</i>	10 a 14 horas

**Fuente:** (Balderas Pedrero, 2010)

Los servicios de los hospitales representan los tipos de especialidad médica que se toman en cuenta para calcular personal de enfermería y el correspondiente suministro, de la manera como lo indica el cuadro siguiente.

**Tabla 6.**

*Cálculo de personal de enfermería según tipo de especialidad médica.*

Servicio	Horas de atención (en 24 horas)
Cirugía	4
Medicina interna y ginecología, así como obstetricia	3
Pediatría	5
Prematuros	6
Terapia Intensiva	10
Urgencias	8

**Fuente:** (Balderas Pedrero, 2010)

**7.3. Mejora continua y calidad en la atención**

La preocupación principal de las tendencias contemporáneas de la gerencia y la administración, es el mejoramiento de la calidad, la productividad y el costo de los productos. Autores en el campo de la gerencia de las empresas, como Drucker, Deming, Juran e Ishikawa, han establecido las bases teóricas de los enfoques de calidad, sin olvidar que las organizaciones japonesas fueron las que con mayor seriedad aplicaron de manera coherente sus enseñanzas.

La base de la calidad total son las personas involucradas, los consumidores finales, el personal, los dirigentes, los accionistas, los proveedores y la sociedad. La mejora continua es el medio para lograr altos niveles de competitividad y crear valor a través de la producción de bienes y servicios. La

calidad se asegura desde el momento inicial en que se obtienen los insumos, la calidad no se controla, se produce a partir del trabajo diario de forma responsable, se sustenta en la previsión y no en la detección de fallas y errores, los principios del modelo de calidad no incluyen el control, entendido como la esencia de la dirección. El mejoramiento constante de los procesos depende de la medición y retroalimentación constante de los mismos. Como la calidad no se controla, sino que la hacen las personas involucradas, es necesaria una gestión administrativa de corte gerencial.

Por lo que respecta a la administración en enfermería, es importante señalar que la profesión es un componente del sistema de salud, que a su vez es un componente del sistema social, y que ambos se encuentran inmersos en una realidad cambiante, evolutiva y dinámica. Si la atención médica ha sufrido cambios, si el sistema de salud se está transformando, entonces es comprensible la necesidad de ejercer la administración de una manera dinámica y actualizada. Para aplicar la teoría de la calidad en la administración de enfermería es indispensable considerar y dominar algunos conceptos de la teoría de sistemas. Los aspectos fundamentales que apoyan la teoría de sistemas se integran como un método para la comprensión integral del universo.

La teoría de sistemas se propone conocer los fenómenos en forma integral. Tanto las ciencias naturales como las sociales comienzan entonces a tomar en cuenta el medio ambiente, que modifica y es modificado por los individuos, en un tejido intrincado de relaciones. Todos los elementos son interdependientes e interrelacionados, para de esta manera, hombre y naturaleza conformar sistemas, subsistemas y macro-sistemas.

Los principios de la teoría de sistemas permiten una comprensión global del universo. Todos los sistemas existen dentro de sistemas. Los sistemas diversos no son aislados, están en constante cambio y evolución, tal es el hecho de que cada sistema existe dentro de otro sistema. Todos los sistemas son sistemas abiertos. A pesar de que la matemática y la física describen los tipos de sistemas a partir de que los elementos de los sistemas se relacionan, modifican y son modificados a la vez.

Las funciones del sistema dependen de su estructura. El aporte del estructuralismo, como enfoque y método científico, concibe la totalidad como un elemento básico del objeto de estudio. La estructura es un sistema de transformaciones que implica leyes y que se enriquece por el juego mismo de sus transformaciones. Así, los tres elementos de la estructura son la totalidad, las transformaciones y la autorregulación.

Los autores de la corriente de la calidad en las ciencias administrativas, desarrollaron con estas premisas sistémicas sus propuestas para enfatizar el problema de la calidad y obtenerla mediante la acción transformadora de las organizaciones. En su estudio, los autores se fijaron en las variaciones de siete categorías de aspectos de la gestión administrativa, que se llamaron las 7 S por las palabras claves de cada concepto en inglés:

- a. *Shared values* (valores compartidos)
- b. *Systems* (sistemas)
- c. *Style* (estilo)
- d. *Staff* (personal)
- e. *Skills* (habilidades)
- f. *Strategies* (estrategias)
- g. *Structure* (estructura)

Dos son los hallazgos principales del estudio de Peters y Waterman (Peters & Waterman, 2000). En primer lugar, la necesidad de no obviar el aspecto emocional en la conducción de las empresas, a pesar de afirmar la racionalidad y la lógica del negocio. Abusar de la racionalidad puede llevar a:

- Ser demasiado negativo y crítico
- Resistirse a la experimentación y a cometer errores
- Alentar la complejidad e inflexibilidad excesiva
- Desalentar la informalidad

El otro descubrimiento importante fue que los premios son más eficaces a la hora de la motivación del personal, incluidos los gerentes, que los castigos, precisamente en razón de que estos funcionan en gran parte motivados por lo emocional y afectivo: la necesidad que sienten las personas de sentirse ganadoras. Es por ello que las empresas excelentes celebran los triunfos con recompensas y halagos. La mayoría de las personas aprenden mejor con sistemas y procedimientos fáciles; se debe tener entonces solo unos cuantos objetivos y líneas de orientación.

A partir de esos hallazgos del estudio, los autores formularon ocho principios para la administración de una empresa exitosa.

- a. La *orientación hacia la acción*, mediante la formación de equipos pequeños, formados alrededor de una tarea o la resolución de un

problema específico, saltándose las formalidades de las estructuras fijas. Esos equipos son denominados “fuerzas de tarea” (*task forces*). Esta técnica de “romper” la organización en pequeños pedazos, le da mayor fluidez y estimula la acción. Estos grupos, que pueden tomar varias formas como círculos de calidad o centros de proyecto, se organizan y desintegran en forma rápida y se estructuran con empleados de diversas habilidades. También de esta manera se posibilita la capacidad de innovación.

- b. **La Cercanía al cliente** significa colocar la satisfacción de los requerimientos del cliente por encima de otros aspectos, como el liderazgo tecnológico o incluso las finanzas. Esto implica a veces tomar decisiones quizás arriesgadas en el corto plazo, pero que a largo plazo consiguen la lealtad del cliente. La prioridad de las exigencias del cliente conforma toda la cultura de la empresa y debe ser inoculada en la mente de todos los empleados. El énfasis en el cliente implica muchas veces hallar un nicho, en el cual la empresa pueda ser la mejor, sea por su precio, su segmentación, su habilidad de solucionar problemas o su tecnología. Estar cerca del cliente implica ser un buen escucha y oír lo que los usuarios realmente quieren de su producto o servicio. Lo oído y aprendido del cliente genera innovación y desarrollos futuros.
- c. **Autonomía y espíritu emprendedor:** Las empresas excelentes estimulan el trabajo autónomo y emprendedor de sus empleados. Para ello, alientan a los investigadores a explorar nuevas ideas y a los gerentes de marca a desarrollar nuevos productos prometedores. Estas empresas reconocen y recompensan a los campeones y pioneros en distintos niveles. Les proveen un sistema de apoyo para ayudarlos a florecer, en la forma de retos o equipos de innovación.
- d. **Productividad a través de la gente:** Las empresas excelentes respetan el individuo. Esto implica ofrecer buen entrenamiento, establecer expectativas claras y razonables, y otorgarle al individuo autonomía para tomar iniciativa y contribuir con su trabajo. Se trata de proveer un clima de trabajo adecuado para que los empleados crezcan y se desarrollen, manteniéndolos contentos y motivados.
- e. **Orientación por los valores:** Las empresas excelentes son arriesgadas y orientadas a los valores. Son claras en cuanto a lo que buscan, y se toman muy en serio el proceso de moldear los valores que desean

transmitir. Poseen un conjunto bien definido de creencias orientadoras. Para lograr que sus empleados compartan esos valores hacen relatos y mitos consistentes con su cultura organizacional.

- f. Apego a su negocio central:* Las compañías excelentes se centran en un negocio central, en el cual pueden destacarse. Por ejemplo, se enfocan en productos basados en determinada tecnología o habilidad.
- g. Forma simple y personal magro:* Las empresas excelentes tratan que sus reglas y procedimientos se mantengan simples. Tienen la menor cantidad posible de capas gerenciales. Esta simplicidad les proporciona la habilidad de ser más flexibles, y les permite reaccionar rápidamente frente a las condiciones cambiantes de su entorno. No es extraño encontrar empresas multi-billonarias conformadas por un personal que no llega a cien personas.
- h. Dirección central con libertad individual:* Las empresas excelentes combinan la centralización y la descentralización. Es decir, tienen controles rígidos, pero al mismo tiempo son abiertas y flexibles ante el cambio. En otras palabras, permiten que la dirección central y la autonomía individual coexistan.

Estos principios y orientaciones son hoy de gran utilidad a la hora de introducir cambios en las instituciones de salud para prestar un mejor servicio y cuidado humano, realizando reingeniería si es necesario en todos los procesos de la organización (Osorio Acosta & Paredes Alonso, 2005)

# CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA

## Capítulo 8

### Tecnologías Emergentes en Enfermería

**AUTORES:** Melecio Enrique Santana Vera; Tatiana Jazmin Piguave Figueroa



SABEREC 5.0

## **Tecnologías Emergentes en Enfermería**

### **8.1. La informática de la salud**

Es un consenso general apreciar que el período de la emergencia sanitaria debida a la pandemia del COVID 19, en medio de tantas calamidades que ocasionó en todos los ámbitos de la actividad humana, sirvió al menos para acelerar la integración de las nuevas tecnologías, especialmente las de información y comunicación, en el área de la salud. Desde entonces, no solo se empleó la tecnología existente, los Smart phones y la internet en general para poder acceder a sitios recónditos, sino que también se diversificaron los servicios y la innovación propia del sector tecnológica impulsó nuevas posibilidades para las tareas propias de los profesionales de la salud, como los diagnósticos, el control sobre el tratamiento e incluso el cuidado de los pacientes, asegurando su cumplimiento y seguridad.

Mejorar la calidad, seguridad y eficiencia ha sido el norte planteado para las innovaciones tecnológicas en el área de la salud. Se considera que la innovación es primordial para generar los cambios necesarios y lograr los grandes objetivos del milenio de salud para todos sin discriminación. Las innovaciones disruptivas permiten cambiar sistemas obsoletos, pero deben guiarse por la responsabilidad en su concepción y diseño. El desarrollo tecnológico se orientó al diseño de nuevos sistemas, productos, la usabilidad y la interoperabilidad, el procesamiento de grandes cantidades de datos, garantizando al mismo tiempo la privacidad y seguridad. También se ha intentado avanzar en la superación de las brechas sociales y tecnológicas que marginan a gruesos sectores de la población de las ventajas de la revolución científica- tecnológica en curso.

Entre las innovaciones más importantes que han impactado en el sector de la salud, se deben mencionar el cloud computing, las machine learning y la tecnología móvil (Bayona-Oré, s. et al, 2022).

El cloud computing o computación en la nube posibilita el acceso a la red internet a pedido de un grupo de compartido de recursos informáticos (servidores, bases de datos y aplicaciones) que se pueden liberar fácilmente por parte del proveedor del servicio. De esta manera, y gracias a la tecnología del blockchain, se hace posible el intercambio de registros médicos electrónicos entre hospitales y la logística de la cadena de suministro farmacéutico.

Las machine learning es una rama de la Inteligencia Artificial que se puede usar para recuperar los datos de los perfiles de pacientes y poder hacer pronósticos con una probabilidad determinada. Por otra parte, el Mobil Health



(MHealth) posibilita la atención medica a través de aplicaciones para dispositivos móviles inteligentes, tales como celulares, tablets o laptops. De esta manera, se avanza en el mejoramiento cualitativo de los servicios de atención sanitaria, profundizando la calidad, seguridad y eficiencia.

En la siguiente tabla puede apreciarse los diferentes tipos de innovación tecnológica aplicados en el campo de la salud:

**Tabla 7.**

*Tipos de innovación tecnológica en la salud.*

TIPO	CONCEPTO
Innovación responsable	Los innovadores abordan las necesidades y desafíos de la sociedad, involucrando a las partes interesadas con el objetivo de mejorar las tomas de decisiones y proporcionar orientación acerca de las formas de adaptar y cumplir con los principios de aceptabilidad ética, la sostenibilidad y la conveniencia social en forma receptiva
Innovación tecnológica	<p>La tecnología de vanguardia es una innovación en un espacio de mercado específico se mide de acuerdo a la participación en el mercado</p> <p>Intercambio e integración de las ciencias, resultando en el enriquecimiento y creación de nuevos conocimientos. Desarrollar y ofrecer políticas, sistemas, productos y tecnologías de salud nuevos o mejorados con el objetivo de brindar una mayor calidad de vida a las personas</p> <p>La necesidad de compartir información entre los profesionales de la salud y las instituciones de salud para ayudar a la prestación de servicios de salud a los pacientes en una plataforma digital</p> <p>Recursos esenciales comprometidos e invertidos en el desarrollo de innovaciones en el cuidado de la salud</p>
Innovación en salud digital y tecnológica	Se entiende como un activo de la economía o una forma de capital. No es un proceso social ni un vector de desarrollo humano.
Innovación responsables en salud	Sugiere que las tecnologías sanitarias podrían diseñarse para respaldar mejor los sistemas de salud en todo el mundo, poniendo en primer plano los procesos de desarrollo de la innovación
Innovación en procesos de salud	Relación entre la capacidad de innovación de las organizaciones de atención médica y su capacidad para implementar con éxito registros médicos electrónicos, una innovación de tecnología de información en salud.

Emprendimiento social	Diseño e implementación de nuevos productos, servicios y sistemas que abordan necesidades sociales, para crear un equilibrio más justo que el beneficio personal
Emprendimiento tecnológico	Implica altos niveles de innovación y habilidades comerciales
Espíritu emprendedor	El espíritu emprendedor en la salud pública presenta una oportunidad para la colaboración interprofesional y la polinización cruzada del conocimiento en todas las disciplinas

**Fuente:** (Bayona-Oré, s. et al, 2022)

La estrategia de la salud digital, respaldada por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2020), confía en las tecnologías digitales como determinantes de un futuro mejor donde Tecnologías como la internet de las cosas, asistencia virtual, la supervisión a distancia, la inteligencia artificial, la analítica de los macrodatos, las cadenas de bloque, los dispositivos móviles, las plataformas y herramientas, que permiten intercambiar y almacenar datos a distancia y en el ecosistema de la salud mundial, favorecerán el mejoramiento de los diagnósticos, las decisiones terapéuticas basadas en evidencias y datos, las terapias digitales y a atención centrada en las personas (personalización).

La visión de esta estrategia mundial es mejorar la salud en todas partes al favorecer el fomento y la adopción de soluciones de salud digital centradas en las personas que resulten adecuadas, accesibles, asequibles, escalables y sostenibles para prevenir, detectar y responder a epidemias y pandemias , desarrollando infraestructuras y aplicaciones que permitan a los países utilizar los datos sanitarios en aras de la promoción de la salud y el bienestar, y alcanzar los Objetivos del Desarrollo Sostenible relacionados con la salud (Organización Mundial de la Salud, 2020, pág. 12)

**Esa estrategia de la OMS tiene cuatro objetivos generales:**

- a. Fomentar la cooperación en el plano mundial y fomentar la transferencia de conocimientos de salud digital
- b. Impulsar la ejecución de estrategias nacionales de salud digital
- c. Fortalecer la gobernanza en materia de salud digital en los planos mundial, regional y nacional
- d. Propugnar sistemas de salud digital centrados en las personas facilitados por medios de salud digital

### **8.3. La telemedicina y su impacto en la enfermería**

La telemedicina consiste en la atención médica mediante la comunicación electrónica (audio, video y textos), en las áreas de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, además del intercambio de información, datos y evidencias en el ecosistema de salud a nivel mundial, lo cual ha mejorado de hecho la atención sanitaria y puede alcanzar su mayor potenciación a través de la aplicación de políticas sugeridas por los organismos internacionales como la OMS. Se trata de un campo de la medicina en rápido crecimiento y desarrollo de innovaciones. Últimamente, se considera que la aplicación de la IA en el ámbito de la salud ha reportado importantes beneficios en términos de eficiencia, precisión y apoyo a los profesionales de la salud. Ha servido para el diagnóstico e identificación temprana de enfermedades. Los nuevos avances de la IA para la Enfermería y las ciencias de la salud se producen a diario en el mundo entero.

Las profesiones del campo de la salud cuentan hoy con un nuevo apoyo tecnológico. Así ocurre con la medicina en general, pero también en la Enfermería y demás especialidades de la salud, específicamente en tareas como el diagnóstico y la detección temprana de las enfermedades, lo cual puede ser crucial para su atención oportuna, sistemática y precisa, rasgos que también están garantizando las nuevas tecnologías que se incluyen en el concepto de la IA.

Por supuesto, el alcance y la rapidez de estos cambios despiertan algunas aprensiones, principalmente por la posibilidad de que estas nuevas tecnologías puedan desplazar a los seres humanos, por su capacidad de realizar trabajos intelectuales de manera sorprendente. Por ello, se han elaborado diversos marcos legales y éticos para el uso de estas tecnologías respetando los derechos fundamentales y el beneficio humano. Algunos de sus desarrolladores han hecho dramáticas advertencias, pero se han dado pasos para garantizar que siempre estará el ser humano en el centro de las preocupaciones de la tecnología.

La IA está transformando la enfermería al mejorar la eficiencia, la precisión y la calidad en la atención, por lo que es fundamental que hoy los profesionales de Enfermería trabajen en colaboración con la tecnología para garantizar un enfoque integral y centrado en el paciente. Las formas en que la IA está apoyando hoy las labores de los profesionales de la salud, son muy diversas, y abarcan desde el diagnóstico y la detección temprana de enfermedades pues los algoritmos de IA pueden analizar grandes cantidades de datos mé-

dicos, como imágenes de rayos X, resonancias magnéticas y resultados de pruebas de laboratorios. Esto ayuda a los profesionales de Enfermería a detectar enfermedades o anomalías de manera más rápida y precisa.

Además, la IA puede automatizar la gestión de registros electrónicos de pacientes, lo que facilita el acceso a la información relevante. Los profesionales de Enfermería pueden concentrarse más en la atención personalizada al paciente en lugar de consumir tiempo en tareas administrativas. También los sistemas de IA proporcionan recomendaciones basadas en evidencia para el tratamiento y la atención de los pacientes. Esto ayuda a los enfermeros a tomar decisiones informadas y personalizadas.

Otros beneficios que puede brindar la IA se refieren a la monitorización continua, pues los dispositivos en contacto con los cueros y conectados a la IA pueden rastrear constantemente los signos vitales de los pacientes y alertar al personal de enfermería en caso de cambios significativos. Esto permite una intervención temprana y mejora la seguridad del paciente. Los chatbots basados en la IA pueden proporcionar respuestas a preguntas comunes de los pacientes, ofrecer orientación sobre cuidados en el hogar e incluso brindar apoyo emocional. Esto libera tiempo para que las enfermeras se puedan concentrar en los casos más complejos.

El diagnóstico y la detección temprana de las enfermedades es un elemento clave en su tratamiento oportuno y en el éxito de la curación. Se trata de identificar la enfermedad en sus primeras fases, para poder indicar y seguir un tratamiento eficaz que, si se retrasa, puede hasta tener desenlaces fatales. Consiste en un conjunto de exámenes médicos para detectar dolencias antes de que existan síntomas determinantes, cuando sean fáciles de tratar. Son claves en patologías como las cancerígenas (de mama, cuello de útero, próstata, páncreas, etc.), virus de Papiloma humano, enfermedades infecciosas como el SIDA, entre otras muchas. Los algoritmos de IA pueden analizar grandes cantidades de datos médicos, como imágenes de rayos X, resonancias magnéticas y resultados de pruebas de laboratorio. Esto ayuda efectivamente a los profesionales de enfermería a detectar dolencias o anomalías de manera más rápida y certera (Elsevier, 2024)

La inserción de la IA en las áreas de enfermería viene ejerciendo variaciones de consideración en la forma en que se proporciona y gestiona la atención médica. Este matrimonio entre la tecnología avanzada y la atención de enfermería ha dado lugar a numerosos beneficios y desafíos, marcando una nueva era de cambio en el ejercicio de la profesión y los cuidados de enfermería. En

consecuencia, la IA viene desarrollando transformaciones en la profesión de enfermería no haciendo diferenciación en ninguno de sus campos otorgando mayor capacidad resolutive a sus procesos. Si bien presenta desafíos, su integración adecuada promete mejorar significativamente la calidad y calidez de los cuidados de enfermería. (Martínez, A.; et al, 2024)

Los estudios revisados muestran que los desarrollos de tecnologías de IA para el diagnóstico, identificación temprana, tratamiento y predicción de resultados, adquieren cada vez mayor importancia por su eficiencia, precisión científica y utilidad. Esto se manifiesta a propósito de ciertas enfermedades determinadas como la tuberculosis, el cáncer, patologías cardiocirculatorias y patologías mentales degenerativas.

En la atención de enfermedades específicas, como la tuberculosis, las nuevas tecnologías también hacen importantes contribuciones e innovaciones, en primer abriendo la posibilidad de diagnósticos oportunos (Brunette, M. et al, 2020). Los factores tecnológicos deben estar complementados con la atención de los factores sociotécnicos, culturales y organizacionales. Es el caso de la herramienta eRx que involucra algoritmos de aprendizaje profundo y, en específico, el uso de redes neuronales convolucionales.

El uso de tecnologías permite la recolección y sistematización de la data de salud directamente del cuerpo del paciente para ayudar el cuidado (Heather, S.; et al, 2020), quien afirma que esto es especialmente significativo en el área de la oncología, donde la tecnología ha ayudado a mejorar las decisiones y evaluaciones de la calidad del cuidado. El programa IA descrito incluye un auto reporte de salud, la evaluación de datos biométricos en tiempo real, la observación de la conducta e historias de los tratamientos, resultados del paciente y data biométrica de los sensores colocados en el cuerpo del paciente.

Los avances en la tecnología inalámbrica, los celulares inteligentes, y la Internet de las cosas ha facilitado la recolección y sistematización de esos datos generados por el mismo paciente en la investigación del cáncer y su cuidado. La IA ayuda a la medicina por evidencia, base para la clínica y la monitorización remota de los síntomas. También se han abierto oportunidades para confrontar, comparar y analizar los datos generados por el paciente, relacionándolos con los de la Big data, con lo cual se mejora la capacidad predictiva. Todavía subsisten algunos desafíos: la integración de los registros electrónicos, el análisis de grandes y complejos datos biométricos y los posibles rediseños adecuados a la práctica clínica. A pesar de algunos

riesgos, los beneficios potenciales justifican el incremento de la integración de esas tecnologías en la investigación oncológica y el cuidado clínico.

Aunque la masificación de la IA en el entorno de la salud todavía no es posible, sus usos se desarrollan en su mayor parte en el interior del sistema de salud, pero en mucha menor medida, en el contacto directo con el paciente. La capacidad de esta tecnología para el manejo de grandes cantidades de datos, puede ser ampliamente utilizado para su parametrización por medio de algoritmos. Esto hace posible, la clasificación, prevención, predicción de distintas patologías, sin distinción de sexos y/o razas, lo cual facilita los diagnósticos diferenciales de enfermedades complejas. (Adum, J.; et al, 2024)

Entre las posibilidades que tiene la IA para beneficiar al personal de salud, personal administrativo de salud y a las personas, se pueden mencionar las siguientes:

- a. procesamiento de mayor flujo de trabajo administrativo, a la vez que evita el fraude administrativo:
- b. uso de Asistentes de enfermería virtuales,
- c. logro de reducción de errores en la dosificación de fármacos,
- d. robotizar algunas cirugías para hacerlas menos invasivas.

De hecho, ya hay pruebas de que los robots habilitados para IA podrían se utilizan para trabajar con mayor precisión y menor error alrededor de órganos y tejidos sensibles para ayudar a reducir la pérdida de sangre, el riesgo de infección y el dolor postoperatorio. (Perona, G.; al, et, 2023)

A pesar de la existencia de algunas aprensiones, por el temor, muchas veces difundidas por los medios de comunicación, se ha expresado una actitud positiva del personal de salud hacia la incorporación de la IA en la atención de la salud. Se determinaron los factores asociados a la percepción del uso de inteligencias artificiales para la toma de decisiones clínicas, en trabajadores de salud del sector sanitario, mediante el empleo de un diseño transversal para encuestar a esa población. Los resultados mostraron que los trabajadores de la salud del sector privado tienen una actitud más favorable al uso de IA, en comparación con los profesionales del área pública. Sin embargo, no se encontró asociación entre el sexo, tipo de profesional o años de experiencia. Los investigadores concluyen que hay una actitud generalmente favorable hacia la IA entre los profesionales de la salud peruanos, especialmente aquellos en el sector privado. (Carreón, 2023)

La asociación de la tecnología avanzada en IA y la enfermería, , ha dado lugar a numerosos beneficios y desafíos, marcando una nueva era de cambio en el ejercicio de la profesión y los cuidados de enfermería. La IA viene desarrollando transformaciones en la profesión de enfermería facilitando mayor capacidad resolutive a sus procesos. La integración adecuada de la enfermería y la IA promete mejorar significativamente la calidad y calidez de los cuidados de enfermería. (Martínez, A.; et al, 2024)

Por otra parte, se han incrementado las publicaciones acerca de nuevos prototipos de IA para el cuidado del paciente, mientras que otros estudios destacan la función de apoyo de la IA en la toma de decisiones, gestión y calidad del servicio. Un tercer tópico abordado en las publicaciones es la necesidad del desarrollo de habilidades, pensamiento crítico y confianza en el personal de Enfermería, por lo que se concluye que existe la necesidad de una mayor participación de las propias enfermeras en el diseño de los prototipos de cuidado, lo que implica adquirir conocimientos acerca de la tecnología y la inteligencia artificial como herramientas para brindar cuidado con calidad. (Mejías & et al, 2022)

Se ha constatado la utilidad de la 5G (quinta generación de las tecnologías y estándares de comunicación inalámbrica) cuando se combina con plataformas de atención médica en la nube y con la inteligencia artificial. Todo ello, para proporcionar servicios médicos y de enfermería integrados, incluido el control de signos vitales, el diagnóstico y tratamiento de una diversidad de enfermedades, servicios de enfermería de rehabilitación y enfermería de la vida diaria. Esto conseguiría una enfermería más profesional, integral, eficiente y continua, lo cual es útil para la academia, sistemas de salud e industria en su esfuerzo por mejorar la calidad de los servicios y satisfacer las necesidades personalizadas de grupos específicos; esto último es consistente con otra de las principales características de la Quinta Revolución Industrial, i.e., la personalización. (Cortés, 2024)

El uso de las nuevas tecnologías en salud replantea asuntos éticos esenciales. En primer lugar, se debe considerar la privacidad y seguridad de los datos. En la mayoría de los países del mundo existen regulaciones con respecto al acceso a la información de tipo personal de cada paciente y su uso. Con la inteligencia artificial esto se hace más necesario, ya que puede ser usado desde un punto de vista predictivo de condiciones de salud y, con esto, limitar el acceso a seguros de esta índole. Otro aspecto interesante tiene que ver con los sesgos en el ingreso de datos cuando la IA está en entrenamiento. Esto puede llevar a errores de diagnóstico y tratamiento en caso de poblacio-

nes subrepresentadas, como así también a la discriminación en otros grupos minoritarios. Es necesario abordar estos sesgos y garantizar la equidad en el acceso y la calidad de la atención médica impulsada por la IA. La IA modificará la relación enfermera-paciente, mejorando la calidad y la eficiencia. Si bien el cuidado de enfermería directo es irremplazable, el impacto de las tecnologías sanitarias de inteligencia artificial requerirá un replanteo de la práctica de enfermería que incluirá nuevos conceptos. Este cambio conlleva el advenimiento de nuevos roles de enfermería, modelos de prestación de cuidado virtual y actualización de los flujos de trabajo. Desde el punto de vista de la aplicación de la IA, sus usos pueden ser tan variados como robots de asistencia, robots humanoides y robots de movilidad, análisis predictivo, sistemas de soporte de decisiones clínicas, hogares inteligentes y chatbots de asistencia virtual. (Ramírez-Pereira, M.; al, et, 2023)

Hay muchos sitios y blogs que ofrecen servicios de apoyo on line a la Enfermería, gracias a la IA. Se pueden mencionar los siguientes, entre muchos otros: *Enfermería Blog* (Enfermería Blog, s.f.), *Blog Cursos Enfermería* (blog cursosfnn, s.f.), *Salusone App* (Salusone, s.f.) y *Herramientas para consulta de NANDA NOC NIC* (salud Castilla y León, 2024) con aplicaciones de Enfermería en IA, que incluyen *diagnósticos NANDA, NOC, NIC*; *Aturnos* para simplificar y optimizar la gestión de los cuadrantes en los hospitales; *AempsCIMA*: que permite el acceso a información acerca de 15 mil medicamentos y 1600 principios activos, *Infusión Nurse*: que calcula medicación, EIR, para realizar el examen Enfermero/Interno/Residente; *Universal Doctor Speaker* que brinda apoyo a las enfermeras en todos los idiomas, *NurseTest*: que incluye multitud de tests y cuestionarios de aplicación sanitaria; *IRCP* un asistente interactivo que a través de voces, alarmas, textos y señales, guía y asiste durante la reanimación cardiopulmonar; *PrevenApp*: evalúa el tiempo y el riesgo para que una persona convalciente sufra úlceras por presión; *BCXEVA*: valora el dolor de forma analógica en aquellos pacientes que son reticentes a utilizar palabras para cuantificar su dolor; *Food Linker*: identifica en segundos los ingredientes que contienen un producto, útil para pacientes alérgicos; *Asistente RCP*: guía en tiempo real para situaciones de emergencia grave y técnicas de resucitación; *HIPOT CNV*: facilita la comunicación a personas que sufren dificultad en la expresión oral, por enfermedad o por idioma, mediante un lenguaje audiovisual; *NDCalculator*: calcula el volumen final a diluir determinados fármacos endovenosos; *HealthScience*: proporciona los abstracts de publicaciones para informar a profesionales de la salud; *ScoresPediatria*: aplica 70 pruebas de pediatría: desde el de Apgar, Capurro hasta el de Ballard; *Parenteral*: guía dirigida al personal sanitario que quiera complementar sus conocimientos



lacionados con la administración de medicamentos por vía parenteral, **Salud Infantil**: donde se pueden descargar esquemas de actuación para salvar la vida de bebés y niños a través de una información práctica, completa, actualizada u útil.

Esta proliferación de aplicaciones y programas de IA tienen que ver con que los proveedores de cuidados de salud caseros han adoptado crecientemente la terminología de la Enfermería como parte de los registros electrónicos que alimentan modelos predictivos. En las pruebas realizadas se observó que las predicciones hechas por estos sistemas aciertan y son validades en un 22,4%. Los sistemas existentes de predicción para cuidados caseros tienen varios grados de eficiencia, pero los últimos desarrollos SNT son los eficientes. (Maud, D.; et al, 2020)

Entre las herramientas más útiles en las tareas médicas, destacan los sistemas expertos. Un ejemplo importante es el dirigido al diagnóstico de esquizofrenia, con la finalidad de proporcionar una herramienta para los estudiantes de enfermería. Dicha herramienta es un apoyo previo a realizar la intervención para emitir los resultados del diagnóstico. El desarrollo del SE propuesto se basa en la realización del Proceso de atención de Enfermería (PAE) el cual es referente en los estudios de Licenciatura en Enfermería mediante el uso de las taxonomías especificadas en NANDA por sus siglas en inglés (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification). El modelo del SE propuesto consta de 5 etapas: (a) Registro y administración, en la cual el profesor en el rol de administrador será el encargado de evaluar al alumno, para que los estudiantes puedan hacer los diagnósticos tendrán que hacer uso del sistema; (b) Base de Conocimiento, contiene las representaciones del conocimiento en forma declarativa las cuales brindan una solución o emisión de diagnóstico; (c) Máquina de Inferencia se define como el proceso que efectúa el razonamiento a partir de los datos y se hace uso de la base de conocimientos; (d) Memoria de Trabajo, contiene los datos de entrada que se generan durante el proceso de razonamiento y (e) Interfaz de Usuario que será el enlace entre la entrada y salida para mostrar al usuario el sistema y en la cual usualmente se observarán la base de preguntas y de explicación. Para el desarrollo del SE, se utilizó la metodología IDEAL, es un modelo que consiste en conseguir desde etapas iniciales del desarrollo de prototipos que indiquen como debe funcionar el sistema experto final, ya que tiene como objetivo esta metodología es conseguir un proceso de mejora en la base de conocimiento del experto misma que consta de 5 fases que se describirán más adelante. En la Imple-

mentación del SE se utilizó SWI-Prolog que es código abierto del lenguaje de programación Prolog. (Sánchez, 2017)

Hay varios trabajos académicos de universidades latinoamericanas que muestran un esfuerzo de desarrollo de nuevas aplicaciones de IA para el apoyo de las labores de cuidado. Tenemos, por ejemplo, la tesis de Hernández, J. (2017) en que se presenta el diseño de un sistema para el diagnóstico enfermero asociado con problemas de ansiedad-estrés. El modelo consiste en cuatro etapas: (a) Base de Conocimiento, contiene las representaciones del conocimiento que permiten la emisión de un diagnóstico positivo o negativo; (b) Máquina de Inferencia, es el proceso que efectúa el razonamiento a partir de los datos y que hace uso de la base de conocimientos; (c) Memoria de Trabajo, contiene los datos de entrada que se generan durante el proceso de razonamiento y (d) Interfaz de Usuario, que será el enlace entre la entrada y salida para mostrar al usuario el sistema y en la cual usualmente se observarán la base de preguntas y de explicación. Para el desarrollo del modelo propuesto se utilizó la metodología de Buchanan, que se basa en el ciclo de vida en cascada utilizado por la ingeniería de software, de la que se puede deducir que el proceso de construcción de un Sistema experto se plantea como un proceso de revisión constante. Finalizando con una app en Android, utilizando el lenguaje lógico de PROLOG el cual se adapta mejor a los paradigmas de inteligencia artificial, el SE móvil basa su funcionamiento en consultas a un servidor que se creó específicamente para esa función.

En el estudio de Espín, A. et al (Espín, A.; et al, 2023) se hace una revisión de las apps existentes de apoyo a las labores de la enfermería, las cuales se clasifican en tres wereables, ocho aplicaciones móviles y tres robots que se emplean en enfermería. Entre los Wereables, denominación que se otorgó al conjunto de dispositivos o sensores que una persona lleva en su cuerpo, se encuentran principalmente aquellos para la monitorización y tratamiento del paciente con enfermedades crónicas, los cuales poseen sensores que tienen varias funciones pudiendo clasificarse en: sensores fisiológicos (monitorizan las funciones vitales), sensores de movimiento (detectan señales transformando los movimientos físicos en ondas eléctricas, que pueden ser medidas) y finalmente los sensores bioquímicos (utilizados para determinar sustancias químicas y hormonas). Respecto a las APP, en el contexto actual constituyen una herramienta de apoyo gracias al acceso bilateral de información entre el profesional de salud en este caso el enfermero/a y el paciente, facilitando el cuidado a distancia es decir contribuyendo a la Tele enfermería. En cuanto a la Robótica en enfermería Johanson y otros, consideran a los robots de cuidado

como aparatos electrónicos o maquinas que pueden operar total o parcialmente con el objetivo de ayudar al potencial usuario del mismo (paciente, familiares, cuidadores y profesionales de enfermería), en las áreas física, psíquica y emocional. Se concluye que los wereables, las aplicaciones móviles y la robótica tienen hoy día una presencia trascendente en los espacios de cuidado y atención de salud y que acercan al personal de enfermería a sus pacientes. La tecnología no suple el cuidado de enfermería, pero si constituye una herramienta de apoyo en su quehacer

Hay una incesante innovación en el campo de la IA aplicada a las ciencias de la salud, en general, y a la Enfermería, en particular. Estas innovaciones de la IA constituyen un apoyo importante para realizar diagnósticos oportunos e identificación temprana de las enfermedades graves. Aspectos como la obtención de datos biomédicos en tiempo real, predicciones de efectos, control de medicamentos, indicación de terapias, incluso apoyo emocional a pacientes de la tercera edad y de enfermedades graves, como el cáncer, son objeto de desarrollos de IA.

Es inagotable la información que permanentemente se conoce acerca de nuevos desarrollos de dispositivos que se colocan en el cuerpo para extraer datos biomédicos y comportamentales de los propios pacientes. La disposición de esta data, unida al acceso a la Big Data, permite la realización de pronósticos y predicciones cuya eficiencia, validez y exactitud es cada vez mayor, con cada nueva innovación reportada. Así mismo, el desarrollo de sistemas expertos para apoyar todos los aspectos y fases del cuidado humano, tales como los diagnósticos e identificación temprana de los síntomas de las diversas enfermedades, desde las mentales, hasta las infecciosas o metabólicas, constituyen una ayuda cada vez más mejor para los profesionales de la salud, y específicamente para las enfermeras.

El uso de la IA en el ámbito de la Enfermería está avanzando para realizar diagnósticos enfermeros NANDA, NIC y NOC. Hay aplicaciones disponibles que integran esas taxonomías con IA para proporcionar diagnósticos de enfermería personalizados y precisos. Estas herramientas utilizan algoritmos avanzados para analizar síntomas y condiciones, ofreciendo una mejora sustancial en la precisión y velocidad del proceso de diagnóstico en comparación con las prácticas usuales. Estas aplicaciones tienen características tales como diagnósticos multilingües, interfaz de usuario intuitiva: diseñada para ser fácil de usar y permitir acceso rápido y eficiente a información vital para la toma de decisiones informadas. También esas APP se actualizan continuamente y cumplen con normas de privacidad y seguridad de datos para proteger la información de los usuarios.

La constatación anterior tiene una relación intrínseca con el objetivo del estudio, que explorar las innovaciones y sus ventajas de la IA, en lo que respecta al diagnóstico de enfermedades y detección temprana de síntomas de dolencias que pueden ser curadas si son identificadas a tiempo.

Para garantizar una integración exitosa y ética de la IA en la práctica profesional de la Enfermería, hay que ir dando respuesta a ciertos desafíos, tales como: La implementación de la IA en la Enfermería presenta varios desafíos que deben abordarse para garantizar una integración exitosa y ética. Entre esos desafíos destacan la privacidad y seguridad de los datos, la integración con sistemas existentes, formación y adaptación del personal: los profesionales de la enfermería necesitan capacitación para utilizar eficazmente las herramientas de IA. Además, puede haber resistencia al cambio y preocupación por la sustitución de empleos; la ética en la toma de decisiones, los costos de implementación: y el riesgo de los sesgos y la búsqueda de la equidad. Los algoritmos de IA pueden tener sesgos incorporados que afectan a ciertos grupos de pacientes. Ese esencial desarrollar IA que sea justa y equitativa para todos los pacientes sin discriminación.

# CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA

## Capítulo 9

### Enfermería y la Atención a Pacientes Crónicos

**AUTOR:** María Elena Ochoa Anastacio



SABEREC 5.0

## **Enfermería y la Atención a Pacientes Crónicos**

### **9.1. Enfoques para el manejo de enfermedades crónicas**

Varios factores relacionados con la vida moderna coinciden en la actualidad para el incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas. De una parte, el aumento del promedio de edad en la población, es decir, el mayor envejecimiento relativo de los habitantes. Por otra parte, cambios en los hábitos de vida, agudización del sedentarismo y del consumo de la “comida rápida” industrializada, así como de bebidas alcohólicas y el tabaquismo. Si a esto le agregamos las tensiones y el estrés propios de las ciudades y las ocupaciones industriales, así como la inseguridad personal, tendremos un cuadro aproximado que explica en parte la relevancia que han adquirido las enfermedades crónicas que, en este ambiente, se generalizan, especialmente en los adultos de edad avanzada, pero también en muchos casos pertenecientes a los grupos etarios más jóvenes.

Se conocen como enfermedades crónicas aquellas de larga duración, progresivas y prácticamente incurables. Pertenecen a este grupo los trastornos cardiovasculares, como la hipertensión, así como las metabólicas, por ejemplo, la obesidad, que es una condición proclive a patologías que duran toda la vida, y la diabetes tipo 1 y 2, las cuales, además, pueden presentarse juntas, profundizándose una a la otra, trastornos por insuficiencias renales o del sistema respiratorio. En la categoría de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se engloba un grupo de enfermedades responsables de más del 50 % de las muertes en muchos países, además, de que esos fallecimientos se producen en edades tempranas (Zanetti, 2011). Las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles son aquellas que causan una degradación física y/o mental a quienes las padecen, provocando desequilibrios y efectos nocivos en órganos y tejidos. Las enfermedades degenerativas pueden ser congénitas o hereditarias. Suelen aparecer a una edad más avanzada, aunque también pueden afectar a personas tan jóvenes como de 20 a 40 años, dependiendo de la enfermedad. Están relacionados con el estilo de vida y el envejecimiento de la población (OMS, 2016).

Se ha observado además que estas enfermedades generan diversos grados de dependencia, así como consecuencias emocionales como depresión y trastornos del ánimo, que pueden tener repercusiones cognitivas.

Las principales enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar crónica, los trastornos cardiovasculares y el cáncer. Estas morbilidades suelen ser de evolución muy lenta.

Además, a medida que las personas envejecen, aumentan las posibilidades de contraer más de una enfermedad al mismo tiempo. Cabe mencionar también entre las afecciones más frecuentes la pérdida progresiva de la audición, las cataratas y los errores de refracción, dolor de espalda y cuello, osteoartritis, depresión y demencia (Málaga, 2014).

Según los datos de la Organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de Salud, 2023) en el Ecuador las principales enfermedades crónicas no transmisibles son: diabetes, hipertensión arterial, infarto, accidente cerebral, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. El sedentarismo, una alimentación inadecuada, el consumo de alcohol y tabaco constituyen los principales factores de riesgo para el desarrollo de estas dolencias. La manifestación de las Enfermedades Crónico Degenerativas (ECDs) constituye un acontecimiento que ocasiona algunos cambios significativos en la vida familiar, afectan las rutinas y las relaciones interpersonales de manera permanente e irreversible. Pueden convertirse en la causa de pérdidas y crecientes limitaciones económicas, además de afectar los aspectos sociales y psicológicos de la vida en común, por lo que requieren ciertas condiciones culturales y de conocimientos para poder hacerles frente adecuadamente. Aunado a los inconvenientes internos en la vida en el seno de la familia, muchas veces la presencia de este tipo de enfermedades implica un estigma social provocado por la morbilidad, la imagen del cuerpo y la sexualidad. El efecto psicológico es severo ya que genera pérdida de la autoestima, ansiedad, retiramiento y en casos extremos pensamientos y/o reacciones suicidas.

Sin embargo, la presencia de enfermedades crónicas no excluye necesariamente cierto nivel de bienestar general. Para lograr esto, son claves las actitudes y los hábitos saludables de las personas que se ven en la necesidad de vivir con las limitaciones que les impone el carácter de su enfermedad (Llibre y otros, 2008). Ya constituye un consenso en la comunidad científica y de los profesionales de la salud considerar que los males crónicos degenerativos son multifactoriales. Posiblemente, no haya agentes específicos en su aparición. Por ello, las tácticas de prevención en dichos males tienen que incidir sobre estos diversos factores, debido a que no es viable guiar actividades contra uno específicamente. Sin embargo, un plan racional de prevención primaria de las enfermedades crónico-degenerativas necesita, en primera instancia, de la identificación de las razones primordiales de tales patologías y de los mecanismos patogénicos relacionados. Además, resulta primordial obtener pruebas directas de la efectividad de las medidas preventivas preferentemente antes a aplicarlas en forma virtual o de adoptarlas en forma general.

La enfermedad crónica no transmisible más prevalente en los adultos mayores es la hipertensión arterial (HTA). Esto a nivel mundial. La HTA se produce a lo largo de los años, por un aumento de la rigidez de la pared arterial, lo que lleva a un aumento de la presión arterial sistólica (PAS), mientras que la presión arterial diastólica (PAD) se mantiene estable o incluso disminuye después de elevarse hasta la mediana edad. Por lo tanto, la hipertensión arterial es un factor de riesgo importante para desarrollar otras enfermedades o complicaciones como; patologías cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares y también insuficiencia renal (Alonzo y otros, 2021).

Los cuidados enfermeros que se le deben prestar a este tipo de pacientes se hacen cada vez más específicos y especializados, ameritando desarrollos teóricos y enfoques particulares, que profundizan en el rol que ha de cumplir el profesional de Enfermería en estos casos, que adquieren cada vez más relevancia poblacional. Los enfoques de teoría de la Enfermería más utilizados para atender este tipo de enfermedades son las de Maryori Gordon y la de Virginia Henderson.

El modelo de Virginia Henderson, posiblemente el más utilizado en la formación profesional, se enfoca en el rol autónomo de la enfermera y la especificidad de su servicio. Desde este contexto teórico, la función propia y autónoma de la enfermera se articula mediante relaciones de colaboración con la actividad de las otras profesiones de la salud. En cuanto a las etapas del PAE, Henderson aplica una sistematización lógica para construir el modelo del PAE, dentro del cual la primera etapa es **la valoración**, que consiste en la recogida e interpretación de información, a través de un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado. La segunda etapa del PAE, **el diagnóstico**, de acuerdo con la teoría de Henderson, consiste en el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud vitales, reales o potenciales, que requieran de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlos o disminuirlos. De tal manera que, se entiende que un Diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras a fin de conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable. En la tercera etapa, la **planificación** de los cuidados, se pretende determinar las acciones en el tiempo, contando con los recursos, disponiendo de un diagnóstico, definiendo los cuidados pertinentes a los objetivos fijados. De allí resulta un **plan de cuidados** cuya ejecución constituye la cuarta etapa del PAE. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de los problemas detectados en los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y las necesidades asistenciales de cada per-



sona tratada. En la quinta etapa del PAE se realiza una **evaluación** la cual se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados obtenidos. (INEPEO, 2013)

Por otra parte, la teoría de enfermería de Marjori Gordon desarrolla un modelo diagnóstico basado en los llamados patrones funcionales:

- a. percepción de la salud,
- b. nutrición y metabolismo
- c. Eliminación
- d. Actividad y ejercicio
- e. Sueño y descanso
- f. Cognición y percepción
- g. Autopercepción y autoconcepto
- h. Rol y relaciones
- i. Sexualidad y reproducción
- j. Tolerancia al estrés
- k. Valores y creencias

## **9.2. El rol del enfermero en el autocuidado del paciente**

La teoría acerca del rol de la Enfermería fue desarrollada por Dorotea Orem, quien definió la profesión como una forma deliberada y consciente de proporcionar asistencia a aquellos que son incapaces de cubrir sus necesidades de auto-cuidado en salud. El paciente, desde este punto de vista, es una persona que necesita ayuda para auto-cuidarse; pues la capacidad del individuo para ejecutarlo está alterada o anulada por su estado fisiológico, intelectual, emocional, social y/o económico. Orem define la **salud** como la habilidad para cubrir las propias necesidades. La enfermera entra en relación con el paciente, cuando este no puede mantener la cantidad y calidad del auto-cuidado. Para definir las necesidades básicas del ser humano, Orem utiliza la teoría del psicólogo Abraham Maslow, ilustrada por la conocida pirámide de las necesidades, que van desde las básicas, situadas a la base de la figura, hasta las psicológicas, situadas en la cima: autoestima y autorrealización. Estos niveles se hallan asociados a los requisitos del auto-cuidado.

El autocuidado se asume, en esta teoría de la Enfermería, como una función reguladora del ser humano que debe realizar por sí mismo, pues la ha

aprendido y sabe dirigirla hacia la regulación de los factores que afectan su propia actividad y desarrollo, en beneficio de su salud. Por tanto, la enfermera debe analizar la situación del paciente para evaluar su capacidad de autocuidado, tomando en cuenta las siguientes pautas:

- a. Examinar los factores de salud que impiden el autocuidado
- b. Recolectar los datos que permitan analizar los déficits de autocuidado, el conocimiento, habilidades y motivación que tenga el paciente, para poder superarlos,
- c. Cubrir los déficits de autocuidado como base de la intervención de Enfermería
- d. Diseñar y planificar acciones para lograr capacitar al paciente en el autocuidado y en la toma de decisiones relacionada con él
- e. Poner en acción el sistema de la Enfermería y asumir un papel de orientador para el autocuidado del paciente (Espino, M. et al, 2014)

Las actividades de autocuidado son aprendidas por el paciente a medida que este madura. Hay que tomar en cuenta para cualquier acción de capacitación en este sentido, las creencias, hábitos y costumbres de la familia, la sociedad o la cultura de donde el paciente proviene. Por otra parte, hay que plantearse como objetivo lograr los requisitos mínimos del autocuidado, que Orem clasifica de la siguiente manera, como se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla 8.**

*Requisitos mínimos del autocuidado*

Tipo de requisito	Definición
UNIVERSALES	Mantenimiento de ingreso de aire, agua, alimentos, eliminación urinaria e intestinal, equilibrio entre actividades y descanso, equilibrio entre soledad y comunicación social, prevención de peligros
PERSONALES DE DESARROLLO	Resultado del proceso de desarrollo de la persona
PERSONALES DE TRASTORNOS DE SALUD	Los derivados del diagnóstico y el tratamiento indicado. Los aprendidos a lo largo de su vida

Elaboración propia a partir de (Espino, M. et al, 2014)

Cuando un paciente no puede realizar su autocuidado y se presenta el déficit, el rol de las enfermeras es apoyarlo mientras y hasta tanto puedan asumirlo por sí mismo. Por esto, se distinguen al menos tres sistemas de enfer-

mería diferentes. En primer lugar, el sistema parcialmente compensador, que se desarrolla cuando el paciente puede hacer algunas tareas, como cepillarse los dientes, pero requiere de apoyo para desplazarse por motivos de limitaciones o discapacidad. En segundo término, cuando el paciente no puede realizar ninguna actividad de autocuidado, la enfermera debe asumir la totalidad de esas funciones. En tercer lugar, se encuentra la situación en la cual el paciente necesita orientación, educación o información acerca de su propio cuidado, cuando la enfermera, entonces, ayuda al paciente con sus consejos, instrucciones o explicaciones para que el atendido pueda gradualmente ir asumiendo niveles mayores de autocuidado.

Por supuesto, estos niveles de apoyo o sistemas de enfermería deben ser individualizados. Para ello es importante que el profesional de Enfermería aplique las escalas de diagnóstico y clasificación NANDA y NOC.

### **9.3. El apoyo emocional y psicológico al paciente crónico**

Las enfermedades crónicas implican cambios importantes en la vida del paciente, ante los cuales pueden producirse estrés y otras alteraciones emocionales. En ese contexto, adquiere relevancia el apoyo emocional que los profesionales de Enfermería puedan prestar, además de instruir y formar al paciente acerca de ciertas estrategias de afrontamiento que puedan servir para mejorar, al menos en este aspecto, su situación y poder modular la generación de estrés o angustia. El sentido de la intervención de la enfermera es brindar herramientas para que el paciente pueda gestionar sus propias necesidades emocionales, haciéndolo, en primer lugar, capaz de reconocer sus necesidades emocionales y afectivas, y también la presencia de trastornos psicológicos.

Una de las herramientas para el apoyo emocional y psicológico de las enfermeras al paciente crónico, es la serenidad, especialmente indicado para personas con enfermedades crónicas y adultas mayores. Se entiende la serenidad como un estado de conciencia necesario para poder comprender y actuar en situaciones vitales desfavorables. Con la serenidad es posible lograr un equilibrio físico, mental y espiritual que posibilita la aceptación, la adaptación y la gestión para conseguir mejorar en alguna medida las condiciones de vida.

La relevancia del apoyo emocional y psicológico se ha evidenciado en la medida en que se comprende el concepto de salud como un estado de bienestar integral, y no solo como la ausencia de enfermedades. En la situación de los enfermos crónicos esta integralidad de la salud es especialmente sensible

e importante. La cronicidad de las patologías generan en los individuos una gran medida de estrés, pérdida de autonomía, incertidumbre y conflictos en la vida cotidiana, en parte por la cantidad de prejuicios y estereotipos que se manejan en la cultura acerca de esas dolencias.

Los estudios indican que los enfermos crónicos desarrollan episodios depresivos o ansiosos, que influyen en la misma gravedad de su estado de salud. La depresión es un factor desencadenante de los accidentes cerebrovasculares. Enfermedades metabólicas, como la diabetes, la incidencia de la depresión es tres veces mayor que en las personas sin ese trastorno. Igualmente, los pacientes oncológicos presentan altos índices de depresión y ansiedad. Ambas situaciones emotivas, depresión y ansiedad, se presentan en cerca de la cuarta parte de los pacientes con trastornos respiratorios, por ejemplo, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Se ha observado que la ansiedad y la tristeza no son fenómenos únicamente individuales, sino que son parte de sistemas en los que las dolencias emocionales pueden ser expresión de dolores físicos, pero también representan sufrimientos existenciales debido a situaciones o acontecimientos de su propia vida. Por esa razón, adquiere relevancia el apoyo psicológico que el profesional de enfermería puede y debe prestar a las personas a su cuidado. A pesar de ello, es necesario profundizar en este aspecto del cuidado, ya que en diversos estudios se observa que la práctica profesional no presta especial interés en centrarse en lo emocional.

Esta situación de desatención de lo emocional y psicológico, puede deberse a que los propios pacientes no atienden a esas necesidades, en parte porque no tienen las herramientas ni la disposición requeridas para reconocerlas y valorarlas. Es entonces labor de las enfermeras apreciar estos problemas relacionados con la salud mental de los pacientes. Así, la carencia de herramientas, la desinformación de las repercusiones en la salud general de este tipo de trastornos, la dificultad para adentrarse en el interior de las personas y las limitaciones del paradigma biomédico pueden representar obstáculos para detectar las necesidades emocionales y afectivas de los pacientes crónicos.

En ese contexto adquiere valor la serenidad como un estado de ánimo a lograr en el paciente crónico para poder afrontar su situación de salud. La serenidad se vincula con el estado de equilibrio emocional y espiritual porque integra la apacibilidad, el sosiego y la capacidad de mantener la calma en momentos difíciles. En la serenidad, está implicada una paz interior, despren-

dimiento de excesos, y aceptación de todas las situaciones. En términos más especializados, la serenidad refiere estados de percepción de sí mismo, que puede realizarse a varios niveles:

- a. percepción de seguridad personal, capacidad de separar las emociones negativas, conexión con el refugio interior, sentido de pertenencia, confianza en la resolución de problemas para escapar del peligro
- b. Perspectiva necesaria de la situación para poder aceptarla, aumentar la capacidad de captar el presente y voluntad para cambiar todo lo que se desea y puede cambiar
- c. Conexión con uno mismo y con los demás, descubrimiento de la propia bondad, altruismo, perdonarse a sí mismo
- d. Conexión con realidades más amplias que uno mismo, pertenencia a algo trascendente a través de la contemplación de la naturaleza, el arte, la meditación, la música, la conexión con la pureza del ser.

Ante el avance de las enfermedades crónicas, es necesario incorporar en primer lugar el apoyo emocional y psicológico, orientando las acciones hacia el logro de la serenidad, la cual es una herramienta que fomenta el bienestar mental y espiritual de los pacientes. El profesional de Enfermería debe asumir la importancia del soporte emocional y psicológico en el cuidado de los pacientes crónicos y formarse para convertirse en promotores de las bases del saber hacer, ser y estar en el cuidado integral (Papiol, G. et al, 2020).

En algunos enfoques, se comprende el apoyo emocional y psicológico, dentro de los denominados cuidados paliativos a diferentes enfermedades crónicas y graves, como puede ser el cáncer, la diabetes, la insuficiencia renal, insuficiencias cardíaca, pulmonar o renal, es decir, las pertenecientes a los cuatro grupos de patologías no transmisibles: cardiovasculares, oncológicas, respiratorias crónicas y metabólicas. De hecho, el objetivo de los cuidados paliativos son atender las necesidades del paciente, control del dolor y demás síntomas y brindar soporte emocional y psicológica, tanto para la persona enferma como para sus familiares o entorno más cercano. (Ayala, R. et al, 2023)

Generalmente, se emplea el instrumento NECPAL para ponderar la necesidad de cuidados paliativos que tenga el paciente. Así, se procede a una clasificación como se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla 9.**

*Ponderación de necesidades de cuidados paliativos.*

Puntuación NECPAL	ETIQUETA	SIGNIFICADO
0-1	Situación de complejidad de baja necesidad de cuidados paliativos	El paciente es relativamente independiente pero tiene limitaciones en el autocuidado
2-4	Situación de complejidad de moderadas necesidades de cuidados paliativos	El paciente es incapaz de encontrar recursos o energía suficiente para satisfacer las propias necesidades y depende de otros parcialmente para el autocuidado
5-7	Situación de complejidad de alta necesidad de cuidados paliativos	El paciente es incapaz de encontrar recursos o energía suficiente para satisfacer sus propias necesidades y depende de otros casi totalmente y casi todo el tiempo durante las 24 horas para el autocuidado
8-10	Situación de complejidad de muy alta necesidad de cuidados paliativos	La persona está críticamente enferma y precisa medidas de soporte vital para mantener su vida, es totalmente incapaz del autocuidado

**Fuente:** (Ayala, R. et al, 2023)

Los cuidados paliativos evitan tratamientos innecesarios que pueden llevar al encarnizamiento terapéutico. Debe ser administrado por el equipo de salud multidisciplinario mediante valoraciones diarias lo cual permite disminuir la cantidad de internamientos, mejorar el confort y disminuir el estrés del cuidador primario en los hogares del paciente.

# CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA

## Capítulo 10

### El Futuro de la Enfermería

**AUTORES:** Mercedes María Lucas Choez; Letty Soraida Quimi Cobos;  
Tania Alcázar Pichucho



SABEREC 5.0

## **El Futuro de la Enfermería**

### **10.1. La educación y formación continua de los enfermeros**

Desde hace mucho tiempo, se ha convertido en un imperativo para todos los profesionales la necesaria actualización de su formación, considerando las rápidas y profundas transformaciones que se producen, no solo en el plano de las tecnologías, sino, incluso, en las teorías y conocimientos mismos que dan sustento a la práctica de las diferentes disciplinas. Este mandato adquiere una mayor significación en el contexto actual, cuando se suceden grandes transformaciones en todos los planos, desde los técnicos hasta los conceptuales, pasando por las realidades institucionales, sociales y políticas. De hecho, asistimos a una revolución científica tecnológica que está cambiando efectivamente las condiciones y fundamentos de la vida en el planeta. En atención a esta necesidad, las instituciones, empezando por las de Educación Superior, han habilitado nuevos programas de postgrado, así como cursos específicos de actualización en áreas acotadas o exigidas por las emergencias que, desde la pandemia del COVID 19 y antes, han aparecido (Pérez, 1992).

No se trata únicamente de adquirir determinadas habilidades, destrezas y conocimientos en el campo tecnológico o digital, impuestas por la extensión y proliferación de innovaciones a los profesionales de todas las áreas y específicamente en la salud, sino también desarrollar una formación integral, dentro de lo cual se comprenden las competencias comunicativas y la profundización ética, la reflexión teórica y conceptual, así como el desarrollo de investigaciones propias en las líneas señaladas por la comunidad científica, lo cual exige además la entrada en el debate epistemológico.

La incorporación de las nuevas tecnologías indudablemente ha tenido muchos efectos positivos en el campo de la salud y, particularmente, el cuidado enfermeros. Esto es notable en el acceso a lugares recónditos, la rapidez y mejora en los diagnósticos y en el seguimiento de los tratamientos. La telemedicina permite la atención remota, lo que resulta especialmente útil en áreas rurales o en situaciones en las que la movilidad es limitada. La gestión de los registros de salud electrónicos y el acceso a las evidencias que permanentemente se producen y se comparten en la Internet, crean nuevas condiciones para el ejercicio profesional, pero también plantea nuevos desafíos relacionados con la brecha social y tecnológica, y la demanda de mayores y mejores competencias para realizar innovaciones significativas. Esto supone que se han adquirido habilidades y destrezas digitales, materia



que debe incorporarse a todos los planes de actualización (Cortés, Sobre Inteligencia Artificial, enfermería, ciencias biomédicas y educación, 2024).

Las instituciones de Educación Superior tienen la gran responsabilidad de atender estas demandas de actualización profesional, presentando nuevos programas que, por una parte, profundicen la especialización en aspectos de la compleja realidad del cuidado humano y el incremento de saberes en el campo de la salud, y por otra, pongan en conexión y comunicación a la Enfermería con otras áreas del saber, dando realidad a la tendencia hacia la transdisciplinariedad, acerca de la cual se ha llamado la atención desde hace más de dos décadas, como camino de las ciencias en un mundo con problemas cada vez más globales, como la crisis climática y ambiental, las migraciones, la multiculturalidad, entre otros tópicos en los cuales los profesionales de diferentes ramas deben compartir y debatir, dando lugar a nuevas concepciones, teorías y modelos (Perona & al, 2023).

Pero la actualización profesional del profesional de Enfermería no debe reducirse a los programas de las instituciones de Educación Superior y otros organismos públicos y privados, sino que, por una parte, debiera ser una política de salud pública, y por otra, estar respaldada por una actitud y disposición a aprender nuevos saberes a nivel individual. En esto, nuevamente, tienen una utilidad prominente los recursos disponibles en la red Internet.

La actualización profesional, con la formación integral y continua, es un activo de primera importancia para poder asumir los desafíos de proporcionar atención de calidad en un entorno de atención médica en constante evolución. (Herrera, 2022) La formación integral y continua permite a los profesionales no solo mantenerse al día con las evidencias científicas y técnicas emergentes, sino también desarrollar habilidades blandas, éticas y de comunicación, fundamentales para un abordaje humanizado y holístico del cuidado. Esto es especialmente relevante en disciplinas como la enfermería, donde la capacidad de adaptación y toma de decisiones clínicas fundamentadas impacta directamente en los resultados de salud.

Las competencias conforman un conjunto integral de componentes, por ello el crecimiento profesional de la Enfermería debe concebirse de manera holística, pues no solo se trata de comprender los conocimientos científicos, y producir otros nuevos, que se renuevan permanentemente, sino que también se orientan los prepara para ofrecer cuidados empáticos y de calidad en un entorno de atención médica en constante evolución. Por ello, la formación continua y la actualización del profesional en Enfermería, debe combinar co-

nocimientos técnicos, habilidades, actitudes y valores morales. Esta noción resalta la naturaleza multifacética de las competencias profesionales en enfermería y cómo estas se entrelazan con la preparación técnica, las habilidades de comunicación efectiva y la disposición personal para el cuidado empático y ético de los pacientes (Tobon, 2007).

Otra dimensión de la formación continua y la actualización del profesional de Enfermería se refiere a la epistemología. Esta es la disciplina filosófica que se ocupa de reflexionar acerca de las condiciones de validez del conocimiento científico, sus fundamentos, sus métodos en atención a la ontología (el Ser) de sus objetos y la consistencia lógica y empírica de los enunciados y métodos científicos. Cuando nos referimos a la epistemología de la Enfermería, se pone en cuestión el estudio del conocimiento compartido entre los miembros de la disciplina, así como los patrones de conocimiento y las formas de conocimiento que se desarrollan a partir de estos, junto con los criterios para validar afirmaciones de conocimiento, cobra un rol fundamental en la configuración de la práctica y teoría enfermera. (Gavilanes, F. et al, 2022)

Abordar la epistemología de la Enfermería implica elaborar y discutir enfoques novedosos y audaces que trasciendan el esquema biomédico de las ciencias de la salud, dándole entrada a métodos cualitativos y en combinación con los cuantitativos, que han sido predominantes en la producción de conocimientos en estos ámbitos del saber. Estas innovaciones en la producción de conocimiento en Enfermería tienen que ver con la influencia de corrientes filosóficas relacionadas con el pensamiento crítico y dialéctico, las propuestas feministas y ecológicas, así como los nuevos modelos de la complejidad, que interrelacionan la salud como fenómeno con sus dimensiones biológicas, sociales y culturales.

El profesional de Enfermería ha tenido que asumir roles de gerencia y administración en las instituciones de atención sanitaria, por lo que en su formación se hacen pertinentes los elementos y temas clave de la moderna gerencia, tales como las relaciones interpersonales, el liderazgo, el aprendizaje emocional, la calidad, el medio ambiente, la investigación y la transformación del entorno. Cada uno de estos aspectos juega un papel vital en el desarrollo y avance de la disciplina enfermera, y su exploración en el ámbito epistemológico enriquece aún más la comprensión y la aplicación de la ciencia de enfermería en la atención de la salud (Betancur, 2011).

La expansión de las competencias exigidas a los profesionales de Enfermería, amerita hacer un esfuerzo en la reflexión filosófica que sea pertinente

para lograr la adaptación a los nuevos tiempos y aprovechar las oportunidades presentadas por la tecnología. La relación entre la teoría y la práctica, enriquecida por la epistemología, se convierte en un factor crucial para la evolución continua de la enfermería.

Asimismo, la combinación de avances tecnológicos y el enfoque epistemológico en la enfermería redefine la manera en que los profesionales de enfermería se acercan a su práctica. La educación, las relaciones interpersonales, el liderazgo, la inteligencia artificial y la incorporación de TIC convergen para moldear el futuro de la profesión. Con un enfoque en la formación integral y el aprovechamiento de las herramientas tecnológicas y teóricas, los profesionales de enfermería estarán mejor equipados para brindar atención de calidad en un mundo en constante evolución.

## **10.2. La interdisciplinariedad y el trabajo en equipo**

Se entiende por equipo interdisciplinario en el campo de la salud a un grupo de profesionales de diferentes disciplinas que conjugan sus conocimientos, competencias y habilidades para la atención de los pacientes. También se conceptualiza como un enfoque del trabajo en salud según el cual es una responsabilidad compartida el desarrollo de planes de tratamiento centrados en el paciente y el cuidado. Generalmente, incluye médicos, enfermeras, dietistas, fisioterapeutas, bioanalistas, psicólogos y/o psiquiatras e incluso trabajadores sociales. La necesidad de la conformación de estos equipos se desprende de la complejidad que se ha reconocido en las patologías, reconocida a partir de la evolución de la concepción de la salud misma como un estado de bienestar biopsicosocial, y no simplemente como la ausencia de enfermedades.

La integración de los equipos inter o multidisciplinarios en salud implica la atención hacia aspectos relacionados con la comunicación, como el desarrollo de un lenguaje común y la asertividad, espíritu de colaboración permanente, acceso a una amplia gama de respuestas terapéuticas e, incluso, la incorporación del mismo paciente en la toma de decisiones acerca de su tratamiento y cuidado. Con la conformación de estos grupos de disciplinas diversas se obtienen resultados positivos, mayor información disponible para el paciente y sus cuidadores, mejor trato y mayor satisfacción con la atención, la reducción del tiempo entre el diagnóstico y la formulación, ejecución y control del tratamiento y apoyo psicosocial (Webmedy, 2025).

Pero el concepto de inter y multidisciplinariedad han entrado en boga a partir del reconocimiento más general de la necesidad de la comunicación y

cooperación entre distintas disciplinas para abordar los problemas que afronta la Humanidad en el presente, caracterizados por su complejidad. Desde un punto de vista epistemológico, la interdisciplinariedad y la multidisciplinariedad son grados de la transdisciplinariedad. Como apunta la Carta de la Transdisciplinariedad, esta es una necesidad interna del desarrollo actual de las ciencias ante la complejidad de los problemas que afronta la Humanidad, los cuales deben ser abordados desde diferentes métodos y marcos teóricos y conceptuales, para poder abarcar la gran diversidad de aspectos que los constituyen. Esto se ha expresado en diferentes niveles de elaboración (Basarab, N. et al, 2025). En el grado multidisciplinario, cada disciplina mantiene su autonomía e independencia en sus marcos conceptuales, sus explicaciones, métodos y modelos, para, desde allí, abordar los problemas. El siguiente grado, de la interdisciplinariedad, se asiste a la fusión de las teorías de varias disciplinas en la formación de una nueva; así se formó por ejemplo la bioquímica, así como los abordajes de la salud que toman en cuenta los aspectos psicológicos y sociales. En tercer lugar, está la perspectiva propiamente transdisciplinaria, donde se aprovecha, no solo lo que está en las disciplinas, sino también lo que está entre ellas y más allá de ellas, como la reflexión filosófica, ética y la estética. En un plano más general, la tendencia hacia la transdisciplinariedad se evidencia en la formulación de teorías abarcadoras, aplicables a diferentes objetos con modos de existencia diferentes, como la de sistemas y sus variantes que tienden a la complejidad, expuesta por destacados pensadores como Edgar Morin (1998)

La ciencia de la complejidad se basa en una nueva forma de pensamiento que se coloca en contraste subyacente en la epistemología newtoniana, basada en el reduccionismo, el determinismo y el conocimiento objetivo. Se puede interpretar como la respuesta a los desafíos que presentaron varios descubrimientos científicos a los modelos tradicionales del determinismo, como es caso de la irrupción de la mecánica cuántica en la física y la teoría del caos en matemáticas, que obligaron a revisar la noción de causalidad. Por otra parte, el desarrollo y extensión a distintas disciplinas de la teoría de sistemas, que ofrece explicaciones a partir de la consideración de las totalidades, ha venido desplazando el reduccionismo en las ciencias, sustituyéndolas por enfoques holísticos. Además, enfoques cibernéticos en la comunicación y las ciencias cognitivas, así como el debate epistemológico suscitado por las ideas posmodernas, han llamado la atención al objetivismo de corte positivista, desde visiones que descubren los elementos subyacentes de la subjetividad hasta en las teorías científicas más abstractas.

Se trata de una verdadera revolución científica, en términos de Kuhn (1983), que desplaza paradigmas en todas las disciplinas, incluida, por supuesto, la Enfermería. Estos desarrollos teóricos y epistemológico han encontrado su cristalización en lo que se ha denominado “la ciencia de la complejidad”, cuyo modelo es el del sistema de múltiples agentes intrínsecamente subjetivos, no deterministas, probabilísticos, y la emergencia de nuevas realidades. Este tipo de explicaciones y conceptos todavía son objeto de debates filosóficos, pues se conectan con las cuestiones que colocaron en la palestra tendencias como el relativismo, aparte de las repercusiones éticas e incluso estéticas de esta nueva argumentación (González, 2009).

La complejidad es quizás la característica más esencial de la sociedad actual. Al mismo tiempo que los avances económicos y tecnológicos hacen más eficientes la producción, el transporte y la comunicación, las interacciones entre los habitantes de este planeta se hacen más y más intrincadas con organizaciones, sistemas y objetos. En esta red tan enmarañada, donde crecen las relaciones y los conflictos, emergen nuevos problemas de diferente tipo: ecológicos, económicos, sociales, culturales y políticos, lo cual nos hace cada vez más interdependientes, afectando con los cambios todos los aspectos de nuestras vidas, incluyendo, por supuesto, la salud.

Respondiendo a estas nuevas realidades, la ciencia de la complejidad ofrece metodologías alternativas, las cuales requieren de sólidos fundamentos y una comprensión clara de muchos conceptos subyacentes. En ello va también una reflexión que liga a la estética y la ética, para abordar las cuestiones relacionadas con el significado. La actual ciencia de la complejidad propone integrar ideas y desarrollar una opción radicalmente diferente a las ofrecidas por el modelo newtoniano de ciencia. Las raíces del movimiento de la complejidad incluyen la dinámica no lineal, las matemáticas asociadas al caos y la probabilidad, las teorías de sistemas que han adquirido nuevos desarrollos en el marco de la cibernética, la biología evolutiva que explica la aparición de nuevas formas complejas a través de mecanismos impredecibles y los mecanismos ciegos de las variaciones y la selección natural, la aplicación de esos métodos en el análisis social.

La complejidad y la transdisciplinariedad en el campo de la salud son perspectivas que están ofreciendo nuevas soluciones a la gestión de la vida misma de las personas, comprometiéndolas en el autocuidado, la gestión conjunta de las decisiones terapéuticas, la garantía de la seguridad del paciente y los cambios de los estilos de vida en la prevención de complejos problemas como las enfermedades metabólicas no transmisibles.

La inter y transdisciplinariedad impactan directamente en los enfoques de la investigación en enfermería, la cual es considerada como una herramienta esencial para el mejoramiento de la práctica clínica y garantizar la seguridad y satisfacción de las personas que viven con alguna enfermedad tanto de forma aguda como crónica. Adentrarse en estos enfoques interdisciplinarios es un desafío para los planes de actualización de todos los profesionales de la salud, pues implica mantenerse informado de las últimas investigaciones y tendencias en el campo para poder brindar atención de calidad y basada en la mejor evidencia posible.

Es un consenso de la comunidad científica que la generación de investigación de calidad permite a las enfermeras y demás profesionales de la salud, contribuir al desarrollo de la profesión y mejorar la salud y bienestar de la población. Tan importante es participar activamente en la investigación para generar nuevos conocimientos como informar, difundir y publicar sus resultados. Estas actividades favorecen el desarrollo de las competencias suficientes y adecuadas para perpetuar el ciclo. La interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad, son los caminos para dar fundamentos epistemológicos a la colaboración y el trabajo en conjunto entre diferentes disciplinas y profesiones para abordar problemas complejos y globalizados.

La interdisciplinariedad implica la cooperación y el diálogo entre disciplinas para resolver problemas específicos, mientras que la transdisciplinariedad involucra, además, la participación activa y equitativa de todas las partes interesadas en la solución del problema. Estos dos enfoques profundizan la multidisciplinariedad, en la cual cada especialista trabaja por separado y con poca sinergia entre los diferentes campos de conocimiento involucrados. La interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad permiten una perspectiva más amplia y holística para abordar los problemas de salud, y a la vez generan soluciones innovadoras, factibles y sostenibles en un mundo cada vez más interconectado y globalizado.

Un ejemplo de la relevancia que ha adquirido el enfoque de la complejidad y la transdisciplinariedad, es la investigación en neurociencias, campo que involucra la colaboración y el diálogo necesario entre diferentes disciplinas. Limitar estas disciplinas solo a la neurología, la psiquiatría, la psicología para comprender el funcionamiento del cerebro y sus trastornos neurológicos y psiquiátricos resulta anacrónico. El manejo holístico y la denominada “medicina de precisión” no se puede entender en la actualidad sin la participación de todos los actores involucrados, que incluye la enfermería, el trabajo social y la rehabilitación, entre otras.

Estos planteamientos también son válidos, tanto para la atención clínica como para la investigación. La misión principal de las instituciones de atención en salud es promover la salud de la población a través de la investigación científica, la formación de profesionales de la salud y la prestación de servicios de salud de alta calidad; lo cual debe realizarse de forma conjunta y no mediante la segregación de actividades que distancie los conocimientos destinados a un fin común.

En resumen, la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad son clave para garantizar que la investigación en salud se traduzca en soluciones efectivas y accesibles para la población, así como en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas afectadas por múltiples patologías (Cervantes, 2022).

### **10.3. Tendencias y desafíos futuros en la enfermería global**

Las tendencias actuales de la Enfermería se ven impulsadas por la innovación tecnológica, la investigación y el desarrollo inter y multidisciplinarias, la práctica avanzada, la seguridad del paciente y la profundización en las competencias necesarias para desempeñar roles de liderazgo y gerencia en las instituciones de atención de la salud en todo el mundo. Estas tendencias apuntan al mejoramiento sustancial de la atención y el cuidado. A ello contribuye la actualización y formación permanente y continuada, apoyada además por recursos de Internet que permiten la comunicación y aprovechamiento de la mejor evidencia, lo cual garantiza la calidad científica de la labor enfermera.

La práctica avanzada de la Enfermería se ha extendido de manera significativa, con lo cual estos profesionales han venido asumiendo roles más especializados y exigentes en términos de responsabilidad. Así, han aparecido nuevas figuras como las enfermeras practicantes, las enfermeras clínicas especializadas y las matronas.

Las enfermeras practicantes tienen una formación avanzada que les permite diagnosticar y tratar enfermedades, prescribir tratamientos y realizar procedimientos. Por su parte, las enfermeras clínicas especializadas se especializan en áreas específicas como la oncología, pediatría o salud mental, y trabajan en la mejora del cuidado y la implementación de prácticas basadas en la evidencia. Las matronas se especializan en salud reproductiva y obstetricia y juegan un papel fundamental en la atención prenatal, el parto y el postparto. (Magallón, P. et al, 2024)

En una revisión de los perfiles de egreso de las principales escuelas de Enfermería en las instituciones de Educación Superior en varios países, tanto de Europa, Norteamérica y Latinoamérica, se encontró que se da una gran

relevancia a la autonomía del profesional, así como a las competencias para la gestión y el desarrollo de la investigación, sin dejar de lado lo central de la profesión que es el cuidado humano. En América Latina, los programas de formación profesional hacen énfasis en aspectos como el Cuidado integral con calidad humana y el manejo de relaciones interpersonales, mientras que se aprecia poco énfasis en la profundización de las herramientas para la investigación y las competencias tecnológicas. Estos dos últimos aspectos son debilidades que deben ser corregidas pronto, para que las enfermeras de nuestro continente no queden reducidas por el atraso epistémico que ello implica. De todos modos, se observa la presencia de asignaturas relativas a desarrollo de liderazgo, gestión de la salud y uso del talento humano. (Ríos, A. et al, 2024)

El actual escenario global se caracteriza por profundas y numerosas transformaciones, lo cual exige que los profesionales de enfermería, posean competencias para abordar efectivamente los problemas de salud de la población, mediante una formación de un perfil profesional adecuado. El perfil profesional e la Enfermería orientada hacia el presente y el futuro, debe contemplar competencias culturales, que comprendan la influencia de los determinantes sociales en el proceso de salud enfermedad y que respondan de forma efectiva a las necesidades de salud de las poblaciones a nivel local, regional y mundial (Pastuña, R. et al, 2020).

Se hace necesario en este contexto que se incrementen los esfuerzos de generación y aplicación de conocimiento científico y en el liderazgo para fomentar la excelencia. Diversos estudios en América Latina, Europa, África y Asia, han identificado una lista de 30 competencias sanitarias en salud global, las cuales están agrupadas en 6 subcategorías. Estas competencias deberían ser consideradas e incorporadas en los currículos de las Carreras y Facultades de Enfermería:

- a. Carga global de la enfermedad;
- b. implicaciones para la salud por migraciones, viajes y desplazamientos;
- c. determinantes sociales y ambientales de la salud;
- d. globalización de la Salud y del cuidado de la salud;
- e. Cuidado a la salud en lugares de bajos recursos;
- f. Salud como un derecho humano y recurso de desarrollo (Wilson, L. et al, 2016)



Así, el perfil del profesional de Enfermería debe incluir una comprensión básica de la carga global de enfermedad, representa una parte esencial de una educación médica moderna. Este conocimiento es fundamental para participar en discusiones de establecimiento de prioridades, racionamiento de cuidados y financiación de la salud e investigaciones en salud. El currículo y la enseñanza de enfermería debe contener esta competencia, los estudiantes de enfermería deben tener la capacidad de comprender y puntualizar el panorama epidemiológico de los países a nivel mundial, describir las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel nacional, regional y mundial; así como reconocer las políticas, estrategias y programas planteados por organizaciones internacionales y los esfuerzos en salud pública internacional que se realizan para poder enfrentar la carga global que esas enfermedades implican.

Las enfermeras de la actualidad deben incluir en su formación el análisis de las implicaciones para la salud de las migraciones, viajes y desplazamientos, por cuanto el manejo adecuado de los pacientes necesita tomar en cuenta las perspectivas y los riesgos involucrados en los viajes internacionales o el nacimiento de un niño en el extranjero. El perfil profesional de enfermería debe responder a la necesidad de entregar a la sociedad enfermeras transcultural sensibles, congruentes y competentes, es decir debe otorgar a los profesionales de enfermería una provisión de herramientas para comprender las barreras culturales y sociales como el idioma, tradiciones, creencias y rituales, que inciden en el proceso de salud enfermedad del individuo, familia y comunidad, considerando el contexto en el que el individuo vive, se desenvuelve y la situación en la que le surgen sus problemas de salud.

Por otra parte, el profesional de Enfermería situado en las condiciones actuales debe ubicarse en los determinantes sociales y ambientales de la salud. La enfermera debe conocer la influencia de factores sociales en la salud y tenga habilidad de manejar estos determinantes sociales que inciden de manera directa e indirecta en el proceso de salud enfermedad, para realizar intervenciones de enfermería efectivas que permitan potenciar estilos de vida promotores de salud en el individuo, familia y comunidad.

La globalización cambió profundamente los patrones de las enfermedades y la disponibilidad de profesionales de la salud alrededor del mundo. Además del efecto directo de las enfermedades, de los profesionales de la salud y de los pacientes que se mueven por todo el mundo, los acuerdos e instituciones globales influyen en la capacidad de gobiernos y sistemas de salud para atender a las necesidades de salud de sus poblaciones. Se hace

necesario entonces que la enfermería conozca las tendencias globales en la proporción de los cuidados, los modelos de atención vigentes a nivel público y privado, así como sus efectos en el gasto público, los riesgos que enmarca el éxodo migratorio, las tendencias y factores que influyen en la disponibilidad de ofertas en la formación y el desarrollo profesional y las razones por las cuales los profesionales de la salud, en especial de enfermería se ven obligados a abandonar su país de origen y los efectos derivados de este fenómeno que inciden en la calidad de atención

Las necesidades de cuidado médico y los recursos disponibles son muy diferentes entre escenarios con pocos y muchos recursos. Para cuidar de los pacientes con eficacia, independientemente de la disponibilidad de recursos en el local. Por ello, la formación de enfermeros/as debe tener un alto nivel de compromiso para formar científicos competentes, con habilidades para pensar críticamente, que conozcan la realidad local y mundial e identifiquen barreras existentes para la salud y el cuidado, que sean culturalmente sensibles a las necesidades de grupos vulnerables desde los diferentes niveles de atención, con principios éticos y de respeto a la diversidad, creativos y hábiles para adaptar sus destrezas al contexto y los recursos disponibles, que sean proactivos, innovadores y generadores del conocimiento por medio del uso de la enfermería basada en evidencias, que impacten en la realidad social, especialmente en las poblaciones más necesitadas y privadas de servicios.

El pensamiento crítico es otra condición de la formación del profesional de enfermería, lo cual lo capacitaría para desarrollar las estrategias que faciliten el acceso a la salud de las personas, especialmente aquellas más vulnerables. Esto asumiendo que la salud es un derecho humano y recurso de desarrollo. Esto supone la comprensión de la relación que existe entre los derechos humanos, el desarrollo socioeconómico y la salud, además debe conocer los organismos internacionales gestores del cumplimiento de este derecho humano enajenable, sus planes y políticas establecidas para el logro de estos objetivos, así como también el cumplimiento de los códigos de ética establecidos por los organismos nacionales e internacionales para la investigación con seres humanos.

Una iniciativa institucional importante en la perspectiva de la actualización del profesional de Enfermería y su preparación para enfrentar los desafíos del futuro, es el programa de guías de buenas prácticas de Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Este plan global es integral, pues incluye el desarrollo de las guías, el apoyo activo para la implementación, y un sistema internacional de datos para la evaluación de resultados. Su objetivo es reali-

zar un proceso de transformación de la enfermería a través del conocimiento, teniendo en cuenta el pasado, presente y futuro del programa de guías de buenas prácticas de RNAO (Grinspun, D. et al, 2021).

La expansión del programa mencionado se ha dado a tres niveles:

1. ampliación hacia arriba, o mediante la ampliación de la cobertura;
2. ampliación hacia afuera, o mediante la adaptación de políticas, leyes y directrices;
3. ampliación hacia adentro, o mediante el cambio de normas y cultura. En relación con la difusión del programa de guías de buenas prácticas a gran escala, se logran identificar factores de éxito tales como: localización, integralidad, solidez, resultados comprobados, accesibilidad, vanguardia e identidad colectiva.

Este programa ha hecho posible que las instituciones y los sistemas sanitarios se centren en la atención al paciente y en la excelencia clínica, usando la investigación más reciente para servir de base para la práctica y optimizar los resultados. El programa de guías ha ayudado a impulsar las prioridades gubernamentales, así como los resultados de pacientes, profesionales, instituciones y sistemas sanitarios.

Los objetivos del programa desde la RNAO son:

- a. Desarrollar cada año por lo menos una nueva guía de buenas prácticas.
- b. Examinar y revisar las guías de buenas prácticas cada 5 años.
- c. Desarrollar mecanismos de difusión e implantación efectivos para garantizar la adopción y la sostenibilidad de las guías de buenas prácticas.
- d. Evaluar los procesos de desarrollo, difusión e implantación, así como los resultados asociados a las guías de buenas prácticas.

Actualmente, el programa de guías de buenas prácticas de RNAO desempeña un papel fundamental en el desarrollo de guías clínicas y de entornos laborales saludables, en la implantación científica y en la evaluación de resultados, tanto a nivel provincial como nacional e internacional.

El programa hace posible que las instituciones y los sistemas sanitarios se centren en la atención al paciente y en la excelencia clínica, usando la investigación más reciente para servir de base para la práctica y optimizar

los resultados. El programa de guías ha ayudado a impulsar las prioridades gubernamentales, así como los resultados de pacientes, profesionales, instituciones y sistemas sanitarios. Cuenta con reconocimiento en todo el mundo por su riguroso desarrollo de las guías, por sus enfoques transformadores que contribuyen a la implantación científica y por su sólida metodología de evaluación.

# **CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA**

## *Referencias*



**SABEREC 5.0**

- Achuri, D. (2006). Historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. *Investigación en Enfermería*, 8(1), 5-13.
- Adum, J.; et al. (Enero de 2024). Inteligencia Artificial en Medicina: presente y futuro. *Reciamuc*, 8(1), 1-21. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8\(1\)ene.2024.166-177](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8(1)ene.2024.166-177)
- Aguilar Guzmán, O. C. (2007). Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. *Revista de Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 4(2), 26-31.
- Aguilar, O. et al. (2007). Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. *Revista de Enfermería Universitaria*, 4(2), 26/31. <https://doi.org/https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741822005.pdf>
- Alonzo, M., Valle, M., & et al. (2021). Importancia de los estilos de vida en adultos mayores hipertensos. *Más vida*, 23-29.
- Alves, S., Scatera, T., Larcher, H., & Cardozo, R. e. (julio de 2005). Enfermería y gerencia de casos. *Revista Latinaamericana de Enfermería*, 9(4).
- Amezcuca, M. (2018). ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada? *Index Enfermería*, 27(4), 188-190. <https://doi.org/Disponible en: http://www.index-f.com/temperamentum/tn17/t1704.php>
- Ariza, C. (2007). ¿Es posible humanizar la atención en enfermería al paciente en estado crítico? *Actualidad en enfermería*, 18(4).
- Asmat, N., & et al. (2019). *Comunicación y apoyo emocional de enfermería según el familiar del paciente crítico en un Hospital De Lima Metropolitana, setiembre – diciembre 2018*. UPCH.
- Aviles, L., & et al. (Noviembre de 2014). Modelos de enfermería en unidades de paciente crítico: un paso hacia el cuidado avanzado. *Enfermería Global*, 13(2), 323-329. <https://doi.org/https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834853015>
- Ayala, R. et al. (2023). Necesidad de cuidados paliativos en el paciente crónico degenerativo complejo. *Enfermería Global*, 69(1), 167-176. <https://doi.org/https://doi.org/10.6018/eglobal.513611>
- Back, A. (Junio de 2019). Notas sobre la fenomenología de la enfermedad. *Acta Mexicana de Fenomenología*, 4(1).
- Balderas Pedrero, M. (2010). *Administración de los servicios de enfermería* (sexta ed.). México: Mc Graw Hill editores.

- Barbero-López, V. (2014). *Atributos del cuidado humanizado de enfermería en personal asistencial*. Universidad de Almería. Disponible en <http://hdl.handle.net/10835/2601>.
- Barboza, M., & et al. (2020). Atención Psicosocial y Pandemia de COVID-19: Reflexiones sobre la Atención a Infancia y Adolescencia que Vive en Contextos Socialmente Vulnerables. *REMIE*, 10(2), 178-201. . <https://doi.org/doi:10.4471/remie.2020.5887>
- Basarab, N. et al. (26 de Febrero de 2025). *Carta de la transdisciplinariedad*. Filosofía.org: <https://www.filosofia.org/cod/c1994tra.htm>
- Bateson, G. (1994). *La nueva comunicación*. Kairos.
- Bayona-Oré, s. et al. (2022). Tecnología, innovación y emprendimiento en el sector salud. *RISTI*, 47(1), 472-483. <https://doi.org/https://hdl.handle.net/20.500.13067/1826>
- Beltrán-Salazar, O. (2008). La práctica de enfermería en cuidados intensivo. *Aquichan.*, 8(1).
- Benavente-Rubio, A. (2022). El rol de enfermería en la salud digital: oportunidades y desafíos para la ciencia del cuidado. *Revista Médica Clínica CONDES*, 33(6), 598-603. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/rmclc.2022.11.004>
- Berlo, D. (1984). *El proceso de la comunicación. Introducción a la teoría y la práctica*. El Ateneo.
- Betancur, C. L. (2011). *Gerencia del cuidado hospitalario* (2da ed.). Colombia: EcoeEdiciones.
- blog cursosfnn. (s.f.). Retrieved 15 de Junio de 2024, from 10 Apps recomendadas para enfermeras. Aplicaciones para enfermería: <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/enfermeria-y-especialidades/10-apps-recomendadas-para-enfermeras/>
- Bortoli, E., & et al. (2018). Distribución de la fuerza de trabajo en Enfermería en la región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(72), <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.72>. <https://doi.org/https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.72>
- Brunette, M. et al. (2020). Inteligencia Artificial e innovación para optimizar el proceso de diagnóstico de la tuberculosis. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(3 ). <https://doi.org/https://10.17843/rp-mesp.2020.373.5585>

- Cárdenas, F., & Gómez, O. (2019). Análisis de situación de enfermería: cuidando la familia desde el modelo de adaptación de Roy. *Revista Cuidarte*. 2019; 10(1). *Cuidarte*, 10(1), 18-29.
- Cardozo, R., & et al. (2021). Enseñanza de la seguridad del paciente en enfermería: revisión integrativa. . *Enfermería Global*, 20(64), 700-743.
- Carel, H. (2016). *Phenomenology of Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Carreón, W. (2023). *Factores asociados a la percepción del uso de las inteligencias artificiales para la toma de decisiones clínicas en trabajadores de salud en Perú*. Tesis de grado, Universidad César Vallejo, Escuela profesional de Medicina, Lima.
- Casas, M. e. (2010). Insrrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(105), 25-47. <https://doi.org/https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265020198002>
- Castañedo, C. (2008). *Seis enfoques terapéuticos*. El Manual Moderno.
- Ceballos, P., & al, e. (2021). Impacto familiar en la recuperación de personas adultas críticamente enfermas: una revisión de la literatura. *Sanus*, 6(e201). <https://doi.org/DOI>: <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.201>
- Cervantes, G. (2022). La investigación en Enfermería: una visión actual. *Revista de Enfermería Neurológica*, 21(1), 1-6. <https://doi.org/10.51422/REN-v21iSuplemento.420>
- Cochrane Collaboration. (2020). Retrieved 23 de enero de 2021, from Cochrane Collaboration Organization: [www.cochrane.org/es/about-us](http://www.cochrane.org/es/about-us)
- Cortés, M. (2024). Sobre Inteligencia Artificial, enfermería, ciencias biomédicas y educación. *Revista Cubana de Enfermería*, 40(1). <https://doi.org/https://enfispo.es/servlet/articulo?codigo=9923022>
- Cortés, M. (Julio de 2024). Sobre Inteligencia Artificial, enfermería, ciencias biomédicas y educación. *Revista Cubana de Enfermería*, 40(1) Disponible en [https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=SO864-03192024000100017](https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttex&pid=SO864-03192024000100017).
- Curtis, E., & et al. (2017). Translating research findings to clinical nursing practice. *Journal of Clinical Nursery*, 26(6), 862-872. <https://doi.org/10.1111/jocn.13586>



- DE Arco-CAnoles, E., & et al. (2018). Rol de los profesionales de Enfermería en el sistema de salud de Colombia. *Universidad y Salud*, 20(2), 171-182. <https://doi.org/https://doi.org/10.22267/rus.182002.121>
- De la Garza, E., & Leyva, G. (2010). *Tratado de metodología de las ciencias sociakes: perspectivas actuales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- De-Arco, O., & et al. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Salud*, 20(2), 171-182. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121>
- Dominguez, B., & et al. (2017). Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural. *Dominio de la Ciencia*, 3(2), 921-935. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.2.esp.40-65>
- Durán, M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. . *Aquichán*, 2(1), 12-27. <https://doi.org/>. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972002000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100003)
- eepsicología.com. (23 de Enero de 2025). ¿Qué es la comunicación asertiva? [https://eepsicología.com/que-es-comunicacion-asertiva/#: text=La-comunicacion-asertiva-](https://eepsicología.com/que-es-comunicacion-asertiva/#:text=La-comunicacion-asertiva-)
- El confidencial. (17 de septiembre de 2024). *Hawking, Musk, Wozniack y Chomsky firman una carta contra Terminator*. [https://www.elconfidencial.com/tecnologia/2015-07-29/hawknign-musk-wozniack-y-chomsky-firman-una-carta-contra-terminator\\_946547/](https://www.elconfidencial.com/tecnologia/2015-07-29/hawknign-musk-wozniack-y-chomsky-firman-una-carta-contra-terminator_946547/)
- Elsevier. (2024). Retrieved 15 de junio de 2024, from Consulta inmediata a taxonomías NANDA, NIC y NOC en clinical key students: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/consulta-inmediata-a-taxonomias-nanda-nic-y-noc-en-clinical-students>
- Elsevier. (26 de Enero de 2025). *Proceso de Enfermería en cinco pasos: pensamiento crítico y valoración*.
- Enfemera. org. (23 de Enero de 2025). *Historia de la Enfermería*. <https://enfemera.org/historia-de-la-enfermeria/>
- Enfermería Blog. (s.f.). Retrieved 15 de junio de 2024, from Enfermería Blog: <https://enfemeriablog.com/apps-enfermeria>
- Escobar, T., & et al. (2018). El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico co en salud. *Acta bioethica*, 24(1), 39-46. [https://doi.org/ https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039](https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039)

- Escudero, D., & et al. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio búsqueda aparte. . *Medicina intensiva*, **38**(6), 371-375. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2014.01.005>
- Espín, A.; et al. (Junio de 2023). Tecnología aplicada al cuidado de enfermería: wereables, apps y robótica. *Revista Cubana de informática médica*, **15**(1). <https://doi.org/https://revinformatica.sld.cu/index.php/rcim/article/view/567>
- Espino, M. et al. (2014). Aplicación del Modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos*, **24**(4), 1/15. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4321/S1134928X2013000400005>
- Espinoza, H., & et al. (2022). Rol de Enfermería en la atención de salud pública. *Pro Sciences*, **6**(4), 9-22. <https://doi.org/https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss44>.
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present status and future refinement, . *Image: Journal of Nursing Scholarship*, **16**(3), 84-98.
- Federici, S. (2020). *Reencantar el mundo. El feminismo y la política de los comunes*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Galicia, A. (2023). El camino de la investigación en Enfermería. *Revista Salud y Cuidado*, **2**(2), 1-7. <https://doi.org/https://doi.org/10.36677/saludycuidado.v2i2.21740>
- Gálvez, S., & Mesta, R. (2020). La comunicación y apoyo emocional en enfermería desde la perspectiva del familiar del paciente crítico en un Hospital Público, Chiclayo 2019. . *ACC CIENTA*, **7**(1), 65-74.
- García Valencia, A. (2010). Reflexiones sobre el aspecto humano en la atención en enfermería. En J. e. González Posada, & CIESS (Ed.), *Administración de los servicios de salud en Enfermería* (págs. 185-191). México: CIESS.
- García-Uribe, J. (2021). Trascender la humanización del cuidado: el reto de la enfermería del siglo XXI. *CES Enfermería*, **3**(1), 1-3. <https://doi.org/https://n9.cl/7kkhu> Disponible en: <https://n9.cl/7kkhu>
- Garzón, N. (2005). Ética profesional y teorías de enfermería. *Aquichán* , **5**(1), 64-71.
- Gavilanes, F. et al. (2022). Desarrollo epixstemologico de la Enfermería. *Polo del Conocimiento*, **7**(5), 1554-1565. <https://doi.org/10.23857/pc.v7ei5.4045>

- Gianini, A., & et al. (2014). What's new in ICU visiting policies: can we continue to keep the doors closed? *Intensive Care Med*, **40**(5), 730-733. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00134-014-3267-y>
- Gómez, R. et al. (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental. Colombia. Protocolo de Estudio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, **45**(1), 2-9. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.007>
- González, J. (2009). La teoría de la complejidad. *Dyna*, **76**(157), 243-245. <https://doi.org/https://parrajaelandrea.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/11/la-teor%C3%ADa-de-la-complejidad.pdf>
- Grinspun, D. et al. (2021). Transformando la Enfermería a través del conocimiento: pasado, presente y futuro del programa de guías de buenas prácticas Registered Nurses Association of Ontario. *MedUNAB*, **24**(2), 239-254. <https://doi.org/https://doi.org/10.29375/01237047.3977>
- Heather, S.; et al. (2020). Innovations in Research and Clinical Care Using Patient Generated health Data. *Cancer Journal Clinic*, **70**(1), 12-24. <https://doi.org/10.3322/caac.21608>
- Heidegger, M. (2007). *El Ser y el tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Heras, G., & et al. (2017). Buscando humanizar los cuidados intensivos. *Revista Brasileña de Terapia Intensiva*, **29**(1), 9-13. <https://doi.org/https://doi.org/10.5935/0103-507x.20170003>
- Hernández Ortiz, J., & Gómez Torres, D. (Julio-septiembre de 2010). Una aproximación al concepto de gerencia y administración aplicado a la disciplina de enfermería. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, **14**(3).
- Hernández, J. (2017). *Diseño de un sistema para el diagnóstico enfermero asociado con problemas de ansiedad-stress*. Universidad Autónoma del Estado de México, Maestría de Ciencias de la Computación. México: Universidad Autónoma del Estado de México. <https://hdl.handle.net/20.500.11799/68048>.
- Hernández, M., & et al. (2021). Importancia de la teoría para la investigación. *Boletín CEI*, **8**(2), 91-94. <https://doi.org/https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/2685/2974>
- Hernández, S. (2019). *Metodología de investigación científica*. México: McGraw Hill.

- Herrera, K. (2022). Tendencias de la formación de competencias técnicas en el futuro profesional de enfermería. *Conecta Libertad*, 7(3), 62-68. [https://doi.org/Disponible en https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/337](https://doi.org/Disponible%20en%20https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/337)
- Hidalgo-Mares, B., & et al. (2021). ¿Qué es y qué no es el cuidado de enfermería? *Revista Enfermería Actual*, 40(1), 6723-6724. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i39.40788>
- Hofstadt, C., & et al. (2006). *Técnica de comunicación para profesionales de enfermería*. Generalitat Valenciana.
- INEPEO. (enero-julio de 2013). Proceso de Atención de Enfermería. *Revista de Salud Pública del Paraguay*, 3(1).
- INEPEO. (enero-julio de 2013). Proceso de Atención de Enfermería. *Revista de Salud Pública del Paraguay*, 3(1), 41-48. <https://doi.org/https://www.studocu.com/gt/document/universidad-panamericana-guatemala/enfermeria-i/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae/77001566>
- INEPEO. (Enero-julio de 2013). Proceso de Atención en Enfermería. *Revista de Salud Pública del Paraguay*, 3(1).
- Izquierdo, A., & et al. (2022). Educación y promoción de la salud desde la enfermería. *JOURNAL OF SCIENCE AND RESEARCH*, 7(1), 367-390. <https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.7725617>
- Jaén, C. (2021). *Rol de las/los líderes de enfermería en el centro de salud tipo C las Palmas de Esmeraldas*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Johnson, J., & et al. (2019). Nurture-Empower-Support: A Human-Centered Approach to Understand and Support ICU Families. *13th EAI International Conference on Pervasive Computing Technologies for Health care*. London. <https://doi.org/https://doi.org/10.1145/3329189.3329247>
- Jonas, H. (1995). *El principio de la responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Herder editorial.
- Juárez Rodríguez, P. (Noviembre de 2009). Importancia del cuidado en la enfermería. *Enfermería. Instituto Mexicano de los Seguros Sociales*, 17(2).
- Kourkouta, L., & et al. (2014). Communication in Nursing Practice. *Master Sociomed.*, 26(1), 65-67. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.65-67>

- Kuhn, T. (1983). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kuhn, T. (1987). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press. New York.
- Llibre, J., Guerra, A., & et al. (2008). Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 10-21.
- Llubes, P. (2006). *Unidad, método y matematización de la naturaleza*. CEP-FHE.
- López Sistos, R. (2010). Liderazgo en Enfermería. En C. I. Social, & CIESS (Ed.), *Administación de los servicios de salud en enfermería* (págs. 193-198). México: CIESS.
- Madero, S. (2023). Percepción de la jerarquía de necesidades de Maslow y su relación con los factores de atracción y retención del talento humano. *Contaduría y Administración*, 68(1), 235-259. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.2201/fca.24488410e.2023.3416>
- Magallón, P. et al. (2024). Enfermería, innovación y práctica avanzada. *Ocrosnos*, 7(8). <https://doi.org/https://revistamedica.com/tendencias-actuales-enfermeria-innovacion/>
- Málaga, G. (2014). Las enfermedades crónicas no transmisibles, un reto por enfrentar. *Public Health*, 31(1), 6-8. [https://doi.org/http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342014000100001](https://doi.org/http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000100001)
- Malavé, D., & et al. (2020). *Rol de la enfermería comunitaria y su influencia en el manejo de la enfermedad crónica del adulto mayor*. Univesidad Estatal península de Santa Elena. Disponible en <https://repositrio.use.edu.ec/handle/46000/5775>.
- Mardones, J. (1994). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales*. Anthropos.
- Martínez, A.; et al. (Enero de 2024). Impacto de la Inteligencia Artificial en ciencias de la salud: perspectivas para la enfermería. *Kanyú*, 2(1). <https://doi.org/10.61210/kany.v2il.74>
- Martínez, N., & et al. (2018). tudiantes de Enfermería sobre utilidad de investigación en políticas y servicios de Salud. *Educación Médica*, 32(4), 15-

30. <https://doi.org/disponible> en <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1542>
- Masterreño-Cedeño, M. et al. (2021). Modelo de gestión del cuidado en el ejercicio de la disciplina de la Enfermería. *Ciencia Matria*, 7(1), 225-240. <https://doi.org/10.35381/cm.v7i13.500>
- Maud, D.; et al. (2020). Using MACHine learning to assess the predictive potential of standardized nursing data for home healthcare case-mix classification. *The European Journal of Health Economics*, 21(1). <https://doi.org/https://doi.org/10-1007/s10198-020-01213-9>
- Mejías, A., & et al. (Octubre de 2022). Revisión documental: Inteligencia Artificial en el campo de la enfermería: implicaciones en la asistencia, administración y educación. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 8(2 DOI: <https://doi.org/10.56294/saludcyt202288>).
- Mejías, A., & et al. (Octubre de 2022). Revisión documental: INteligencia Artificial en el campo de la enfermería: implicaciones en la asistencia, administración y educación. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 8(2 DOI: <https://doi.org/10.56294/saludcyt202288>).
- Merleau-Ponty, M. (1985). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Planeta.
- Ministerio de Educación del Ecuador. (2019). *Plan Nacional de Salud Escolar*. Ministerio de Educación del Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). *Boletín Epidemiológico Semanal*. MPS Ecuador.
- Monje Álvarez, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa* (Primera ed.). (U. Surcolombiana, Ed.) Neiva: Universidad Surcolombiana.
- Montenegro, L., & et al. (2016). Visita restrictiva / visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto. *Aquichan*, 16(3), 340-358. <https://doi.org/https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.6>
- Mora, L. (228-233. de 2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Revista Cubana de Oftalmología*, 28(2).
- Morin, E. (1998). *El método III. El conocimiento del conocimiento*. Madrid: Cátedra.

- Moro, M., & García, A. (2023). El rol de la enfermera en la investigación. *Revista Española de Salud Pública*, 97, 1-5.
- Morse, J., & et al. (2003). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Antioquía, Colombia: Editorial Universidad de Antioquía.
- Muñoz, R., & et al. (2017). Modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. Una propuesta a partir del ensayo clínico PsiCAP. *Ansiedad y estrés*, 23, 124-129. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.002>
- Murray Knudson, E. (2009). Trascender el cuidado de enfermería: una oportunidad desde la aplicación de la teoría de cuidado cultural. *Enfermería*, 18(2).
- Naranjo, Y., & González, R. (2021). Investigación cualitativa, un instrumento para el desarrollo de la ciencia de Enfermería. *Arch méd Camagüey*. 2021;25(3):e7324, 25(3), 479-493.
- Nicolescu, B., Freitas, L., & Morin, E. (1994). *Carta de la Transdisciplinariedad*. Disponible en <https://www.academia.edu/29980127/Carta-de-la-transdisciplinariedad>.
- OMS. (2016). *Informe Mundial sobre la Diabetes y demás ECNT*. Ginebra: OMS Disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/204877>.
- OMS. (17 de diciembre de 2023). ¿Cómo define la OMS la salud? <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions/text/como-define-la-OMS-la-salud>
- ONU. (19 de abril de 2024). *Objetivos y metas de desarrollo sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Digital Health: A Strategy to Enable Health Equity*. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Estrategia Mundial sobre salud digital 2020-2025*. OMS Disponible en <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344251/9789240027572-spa.pdf?sequence=1>.
- Organización Mundial de la Salud. (19 de Febrero de 2025). *Salud Mental*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental#:~:text=>

- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en las Américas*. OPS.
- Organización Panamericana de Salud. (16 de diciembre de 2023). *Perfil de país-Ecuador/Salud en las Américas*. <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-ecuador>
- Organización Mundial de la Salud. (21 de Febrero de 2025). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Ortega y Gasset, J. (2004). *Unas lecciones de Metafísica*. Porrúa.
- Osorio Acosta, J., & Paredes Alonso, E. (mayo-junio de 2005). Reingeniería de procesos en los hospitales públicos: ¿reinventando la rueda? *Revista Española de Salud Pública*, 75(3).
- Papiol, G. et al. (2020). Análisis del concepto de serenidad en relación con el apoyo psicológico y emocional del paciente crónico. *Gerokomos*, 31(2), 86-91. <https://doi.org/https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v31n2/1134-928X-geroko-31-02-86.pdf>
- Pastuña, R. et al. (2020). Desafío para la formación de enfermeras en salud global. *Enfermería Investiga*, 5(3), 53-62. <https://doi.org/file:///C:/Users/ACER/Downloads/dnmartinezg,+Production+editor,+10+DESA-F%C3%8DOS+PARA+LA+FORMACI%C3%93N+DE+ENFERMERAS+EN+SALUD+GLOBAL-M.pdf>
- Pérez, C. (1992). Nuevo patrón tecnológico y educación superior: una aproximación desde la empresa. En C. Pérez, *Retos científicos y tecnología* (págs. 112-140). Caracas: UNESCO.
- Perona, G., & al, e. (Octubre- Diciembre de 2023). La Inteligencia Artificial y sus beneficios en la atención a la salud. *Diagnóstico*, 62(4 DOI:<https://doi.org/10.33734/diagnostico.v6i4.482>).
- Perona, G.; al, et. (2023). La Inteligencia Artificial y sus beneficios en la atención a la salud. *Diagnóstico*, 62(4), 482-492. <https://doi.org/10.33734/diagnostico.V6i4.482>
- Peters, T., & Waterman, W. (2000). *The bestselling prophet of the management revolution*. New York: Oxford.
- Popper, K. (1998). *Los dos problemas fundamentales de la epistemología*. Madrid: Tecnos.



- Puerta, J. (2022). *Problemas centrales de la epistemología*. Edición propia.
- Ramírez-Pereira, M.; al, et. (Junio de 2023). La Inteligencia Artificial en el cuidado: un reto para la Enfermería. *Enfermería. Cuidados humanizados*, 12(1). <https://doi.org/10.22235/echv.v12i1.337-2>
- Rea-Guamán, M. (2021). *Cuidado de enfermería en tiempos de pandemia, Aprender a vivir para un mundo diferente*. Universidad del Zulia.
- Reina, G. (2010). NANDA: evolución de escalas de diagnóstico enfermero. *Umbral Científico*, 17(1), 18-21. <https://doi.org/Disponible en http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
- República del Ecuador. (2006). *Ley Orgánica de la Salud*. Quito: República del Ecuador.
- Republica del Ecuador. (2022). *Ley Orgànica de Salud*. Quito: República del Ecuador.
- Ricoeur, P. (1996). *Sí Mismo como Otro*. Madrid: Siglo XXI.
- Ricoeur, P. (2022). Ética y moral. En G. Moore, & P. e. Ricoeur, *Doce textos fundamentales de la ética del siglo XX* (págs. 289-307). Madrid: Alianza Editorial.
- Ríos, A. et al. (2024). *Tednencias en la formacion profesional y competencias del talento humano enfermero en América y Euripa. Revisión narrativa de la literatura* . Fundación Universitaria del área andina. Disponible en <https://digitk.areandina.edu.co/server/api/core/bitstreams/5daf107c-0b05-4354-9c13-49bf674f22bb/content>.
- Rivera, A., & et al. (2005). La comunicación como herramienta de gestión organizacional. *Negotium*. 2005; 1(2): 32-48. . *Negotium*, 1(2), 32-48.
- Rodríguez, T., & et al. (2018). Dimensión ética del cuidado de enfermería. *Revista Cubana bana De Enfermería*, 34(3), 23-35. <https://doi.org/Recuperado de http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2430/383>
- Rohrbach-Viadas, C. (1998). Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y la universalidad de Madeleine Leininger. *Revista Cultura de Cuidados*, 41-45.
- Rojas, P., & et al. (2014). Comunicación entre el equipo de enfermería y pacientes con ventilación mecánica invasiva en las UCI. *Aquichan*, 14(2), 184-195. <https://doi.org/https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.2.6>

- Romero, Y. (febrero de 2020). La salud bucal en el marco de la crisis venezolana. . *Odontología Sanmarquina*, 23(1 DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/os.v23i1.17515>).).
- Ronquillo, A., & et al. (2021). Artificial intelligence in nursing: Priorities and opportunities from an international invitational think-tank of the Nursing and Artificial Intelligence Leadership Collaborative. *Journal of Adv Nursery*, 77(9), 3707-3717. <https://doi.org/10.1111/jan.14855>. Epub 2021 May 18. PMID: 34003504; PMCID:
- Rubio, M., & et al. (2013). Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(3), 5-17. [https://doi.org/http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192013000300005](https://doi.org/http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300005)
- salud Castilla y León. (2024). Retrieved 15 de junio de 2024, from Salud Castilla y León apps: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/nanda-noc-nic>
- Salusone. (s.f.). Retrieved 15 de junio de 2024, from salusone: <https://www.salusone.app>
- Sánchez, F. (2017). *Desarrollo de un sistema experto para el proceso de atención de Enfermería en Esquizofrenia*. Universidad Autónoma del Estado de México, Maestría en Ciencias de la Computación. México: Universidad Autónoma del Estado de México. <https://hdl.handle.net/20.500.11799/68055>.
- Sánchez-Franco, J. et al. (2023). Modelo de gestión del cuidado de enfermería en servicios de atención primaria en salud. *Salud y vida*, 7(13), 50-59. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.35381/s.v.v7c13.2418>
- Santos, B., & et al. (2019). The training and praxis of the nurse in the light of nursing theories. Rev Bras . *Revista Brasileira de Enfermería*, 72(2), 566-570. . <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0394>
- Santos, E., & et al. (2017). Propuesta de guía de observación para el ejercicio práctico estatal de la Licenciatura en enfermería. *Educación Médica Superior*, 31(4), 3-21. <https://doi.org/Disponible en: http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1076>

- Selina, M., & al, e. (2016). What factors affect implementation of early rehabilitation into intensive care unit practice? A quantitative study with clinicians. *Journal of Critical Care*, 38(1), 137-43. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.11.005>
- Sheppard, A., & et al. (2022). *Journal of Research on Nursery*, 27(2), 168-181. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1744987121103454>
- Taylor, S., & et al. (2007). *Modelos y teoría en enfermería*. Elsevier.
- Tello, M., & et al. (2023). Comunicación asertiva del personal de enfermería con familiares de pacientes hospitalizados. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 2804-2814. <https://doi.org/DOI:10.34119/bjhrv6n1-220>
- Tobon, S. (2007). *Formación basada en competencias. Pensamiento complejo, diseño curricular y didáctica*. ECOE Editores.
- Torres Arreola, L., Dávila Torres, J., & González Izquierdo, J. (2014). *Medicina basada en evidencias. Guías de prácticas clínicas* (primera ed.). (I. M. Social, Ed.) México: Instituto Mexicano de Seguridad Social.
- Universidad Central del Ecuador. (2020). *Impacto de la Capacitación Continua en Enfermería: Un Estudio Longitudinal*. . Universidad Central del Ecuador.
- Valencia-Contreras, M. (2022). MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA Y SU APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA E INVESTIGACIÓN. *Horizontes de la Enfermería*, 33(3), 335-341. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.7764/Horiz\\_Enferm.33.3.335-341](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.33.3.335-341)
- Vanegas, N. (2023). De la "locura" a la enfermedad mental. *Reflexiones y Saberes*, 18(1), 30-41. <https://doi.org/https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaRyS/article/view/1621>
- Villa-Feijoo, A., & et al. (2022). Estrategias de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades desde la Perspectiva de la Enfermería en Ecuador. *REvista científica Zambos*, 3(1), 1-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.69484/rcz/v1/n3/29>
- Weber, M. (1982). *Economía y sociedad*. Fondo de Cultura Económica.
- Webmedy. (26 de febrero de 2025). *Importancia de la atención multidisciplinaria*. <https://webmedy.com/blog/es/importance-of-multidisciplinary-care/>
- Willis, D., & et al. (2008). Central unifying focus for the discipline. Facilitating, humanization, meaning, choice, quality of Life, and healing in living

- and dying. *Advances in Nursing Science. Nursing Science*, **31**(1), 28-40. <https://doi.org/10.1097/01.ANS.0000311534.04059.d9>
- Wilson, L. et al. (2016). Descripción cualitativas de las competencias de salud global por docentes de enfermería en África y América Latina . *Revista Latinoamericana de Enfermería* , **24**(1). [https://doi.org/https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24es\\_0104-1169-elae-24-02697.PDF](https://doi.org/https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24es_0104-1169-elae-24-02697.PDF)Romero
- Wittgenstein, L. (2006). *Observaciones sobre la filosofía de la psicología*. UNAM.
- Yanchapanta, E., & et al. (2020). Comunicación asertiva y su relación enfermero-paciente. *Ciencia Latina*, **6**(1), 6-18.
- Zabaleta, R. e. (2023). Alfabetización en Salud Mental: Revisión Sistemática de la Literatura. *Psykhé*, **32**(1), 1-15. <https://doi.org/https://doi.org/10.7764/psykhe.2020.21787>
- Zanetti, M. (2011). Las enfermedades crónicas no transmisibles y tecnologías en Salud. *SciELO*, **19**(3), 449-450. [https://doi.org/file:///C:/Users/ACER/Downloads/zeluiz,+es\\_01%20\(2\).pdf](https://doi.org/file:///C:/Users/ACER/Downloads/zeluiz,+es_01%20(2).pdf)

# CONOCIMIENTOS CONTEMPORÁNEOS DE ENFERMERÍA



Publicado en Ecuador  
Septiembre 2025

Edición realizada desde el mes de julio del 2025 hasta  
septiembre del año 2025, en los talleres Editoriales de MAWIL  
publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 30, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO  
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman.  
Portada: Collage de figuras representadas y citadas en el libro.