

***MANUAL DE APOYO PARA EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS
UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN***



"El paso de la luz" Florence Nigthingale (1849-1854)

Directorio

Dr. Jesús Kumate Rodríguez

Presidente Honorario Vitalicio del Patronato Nacional

Dr. Roberto Tapia Conyer

Presidente del Patronato Nacional

Sra. Kena Moreno

Fundadora de CIJ y Vicepresidenta B Vitalicia del Patronato Nacional

Lic. Carmen Fernández Cáceres

Directora General de CIJ

Lic. Iván Rubén Retiz Márquez

Director General Adjunto de Administración

Dr. José Ángel Prado García

Director General Adjunto de Operación y Patronatos

Dr. Ricardo Sánchez Huesca

Director General Adjunto Normativo

Dra. Laura Margarita León León

Directora de Tratamiento y Rehabilitación

Coordinadora Técnica

Dra. Laura M. León León

Revisión:

Psic. Rocío Romero Reséndez

Elaboración

Psic. Silvia María Canul Sánchez

2014

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	2
OBJETIVO.....	3
MARCO TEÓRICO.....	4
1. LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN MÉXICO	4
2. MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA.....	5
3. MODELO DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO PROPUESTO POR DOROTHEA OREM.....	8
TEORÍA DEL AUTOCUIDADO.....	10
TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.....	11
TEORÍA DE LOS SISTEMAS ENFERMERO.....	11
4. EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO	
DENTRO DEL MODELO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA.....	13
5. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE).....	15
6. INTERRELACIÓN ENTRE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y EL EQUIPO	
DE PROFESIONALES DE SALUD.....	17
7. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NANDA-I) Y SU INTERRELACIÓN CON LA NIC	
Y LA NOC.....	18
8. ELABORACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE) EN	
ADICCIONES.....	19
ANEXO 1 (PERSPECTIVA GENERAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA USANDO EL MODELO	
DE ENFERMERÍA DE OREM).....	27
ANEXO 2 (METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE PLAN DE CUIDADOS DE	
ENFERMERÍA).....	28
ANEXO 3 (FORMATO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA).....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30

PRESENTACIÓN

Derivado de la importancia de las actividades que se realizan en las Unidades de Hospitalización a través del tratamiento residencial, bajo el marco conceptual de Comunidad Terapéutica profesional, en donde se resalta de manera importante la participación del equipo de profesionales de salud, que de manera conjunta articula las acciones pertinentes que permiten la co-creación y ejecución de intervenciones que favorezcan el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los pacientes con problemas en el consumo de sustancias, lo que hace necesario la generación de documentos que fundamenten y den cuenta de su diario quehacer.

Se elaboró el presente manual como una herramienta de apoyo la cual permitirá al personal de enfermería, guiar su actuar profesional desde el sustento teórico metodológico del **proceso enfermero**, tratando de propiciar un lenguaje propio que impulse en gran medida a su especialización. Como anteriormente se mencionó este documento pretende ser una guía, la cual se verá enriquecida con los comentarios que nos hagan llegar los mismo enfermeros/as.

Para la elaboración del presente Manual se recibió orientación, aportación y retroalimentación del personal adscrito a las Unidades de Hospitalización, por lo que se hace extensivo el reconocimiento y agradecimiento a Anayeli González González (Iztapalapa), Adán Quiriz Montiel (Ecatepec), Xóchitl Karina Alonso Villanueva (Naucalpan) y Rosalinda Solís Sandoval (Punta Diamante), quienes con su formación y experiencia consolidaron este documento.

Muchas gracias

INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería a través del tiempo ha venido evolucionando al mismo ritmo de los nuevos retos que la medicina enfrenta, fortaleciendo y actualizando los conocimientos adquiridos a través de la práctica clínica, siendo parte muy importante del proceso de recuperación de los pacientes y en el acompañamiento que requiere cada uno de ellos. De igual forma este profesional interviene en el manejo del paciente con problemas de drogas en el marco de la Comunidad Terapéutica profesional, incluyéndose en el manejo de temáticas propias de esta enfermedad, haciendo necesaria la capacitación permanente.

Lo anterior hace necesario la elaboración de un Manual que apoye este perfil dentro de las Unidades de Hospitalización, destacando que su elaboración y aplicación permite resaltar las acciones propias de este profesional, permitiendo el apego a las actividades propias del modelo residencial, de tal suerte que permita brindar los servicios de enfermería entrelazadas con las del resto del equipo de profesionales de salud en el proceso de intervención, tratamiento, así como de la reinserción social de la población internada.

El presente Manual contiene un respaldo teórico del modelo acerca del cual se guiará el actuar enfermero, un rubro específico que resalta la importancia del trabajo interdisciplinario de enfermería y el equipo de profesionales de salud, un recuento del procesos de atención de Enfermería y que finalmente apoyarán en los elementos necesarios para el desarrollo de un **Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE)** para las Unidades de Hospitalización y aplicable a la atención propia de cada paciente.

JUSTIFICACIÓN

Debido a que la adicción es una enfermedad crónica, progresiva y con múltiples recaídas, por lo tanto comparable con las enfermedades hipertensivas y diabéticas; caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo, en ocasiones incontrolable de drogas, que persiste a pesar de las consecuencias extremadamente negativas, resulta fundamental enfatizar que el profesional que atiende esta población en su práctica cotidiana actúa en favor de la atención y/o rehabilitación; indiscutiblemente requieren de un perfil que evidencie recursos y habilidades profesionales que incluyan el conocimiento científico, la práctica clínica y la actualización permanente del tema, de esta manera es a través de las intervenciones permeadas por la experiencia y el interés permanente sobre el tema, lo que ha de permitir la co-creación de estrategias profesionales, actuales, acertadas y frecuentes, que por sí mismas favorezcan en el/la o los (las) paciente(s) la recuperación de la salud.

Considerando lo anterior y dado que Centros de Integración Juvenil A. C. a través de la experiencia se ha enfocado a la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación científica sobre el consumo de drogas en México, para el tema que esta ocasión nos atañe se considera a las Unidades de Hospitalización como el sitio en que se brindan servicios de atención curativa a través del equipo de profesionales (Trabajador Social, Médico, Psiquiatra, Psicólogo, Enfermera), mismos que por medio de su formación, habilidades y conocimientos en el campo de las adicciones favorecen en el continuo, el camino hacia la recuperación del estados de salud de los/las pacientes que se encuentran en internamiento en la Comunidad Terapéutica. Derivado de lo anterior resulta imperioso mantener en constante actualización el desempeño de sus funciones.

El profesional de enfermería pieza fundamental del servicio, desde su papel activo en la promoción de la salud, la prevención del uso y abuso de las drogas y como favorecedor de la integración social de los/las pacientes, ha de requerir un documento en el que se plasme de manera clara acciones que den cuenta de su proceder y que fortalezca sus intervenciones, basadas en la utilización de la evidencia científica disponible para la toma de decisiones en el cuidado de los/las pacientes. Lo anterior permite reconocer que el activo enfermero se encuentra en constante adaptación cultural de acuerdo a las necesidades y experiencia alrededor de los/las pacientes, y en la búsqueda activa por el logro de la excelencia en su práctica profesional.

El presente manual plantea de manera significativa la relevancia de conocer y adherir en la práctica de enfermería un modelo que permita dar cuenta de su actuar cotidiano, material que concentra diversas acciones que en gran medida permitirán clarificar, fortalecer y transformar los cuidados que proporciona el perfil de enfermería dentro de las Unidades de Hospitalización de CIJ.

OBJETIVO GENERAL

El presente documento brinda herramientas teórico-metodológicas alrededor de la práctica de la profesión de enfermería, con el fin de fortalecer sus intervenciones y acciones, para así encaminarlas a la promoción de la salud y la atención de la población en las Unidades de Hospitalización de Centros de Integración Juvenil.

Objetivos Específicos:

- ✓ Enmarcar el Modelo de Dorothea Orem para el trabajo del personal de enfermería en las Unidades de Hospitalización.
- ✓ Fortalecer la interrelación entre enfermería y el resto del equipo de profesionales de salud en las Unidades de Hospitalización.
- ✓ Favorecer la aplicación del Proceso Enfermero en las Unidades de Hospitalización.
- ✓ Brindar elementos que permitan la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería para el tratamiento de las adicciones.

MARCO TEÓRICO

1. LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN MÉXICO

El desarrollo de enfermería y la mejora en su proceso de atención ha permitido su fortalecimiento como disciplina, sobre todo durante la intervención e interacción en la que participa dentro del proceso de salud/enfermedad. Circunstancia que ha dado pauta a que poco a poco defina un rol propio, en constante interacción con otras disciplinas. Así, se pueden distinguir dentro de la ella dos grupos diferenciados en relación a su función, el de la responsabilidad y el de la autonomía profesional.

Se dice que en México, la profesión de enfermería ha atravesado por cuatro periodos, el primero de la época colonial a la independencia, caracterizada por un matiz religioso, orientada la atención del dolor y el sufrimiento. El segundo periodo desde finales del siglo XIX y hasta el inicio de la Segunda Guerra Mundial, la enfermería tiene su enfoque de auxilio social y en América Latina inicia su proceso de profesionalización. Para el tercer periodo en que inicia la Segunda Guerra Mundial se enfatiza el interés y responsabilidad por planes y programas de formación, derivando en la creación de estudios pos técnicos como antecedente de los programas de posgrado. Finalmente, el cuarto período corresponde a época moderna, donde surgen los preceptos teóricos-científicos de los cuidados enfermeros.

Derivado de lo anterior, se considera que la enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo XX, que posee un cuerpo teórico conceptual propio que sustenta sus principios y objetivos; y que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica; posee además un método científico de actuación –el PAE- que incluye técnicas y procedimientos particulares dirigidos al cuidado de la salud de las personas (Téllez, 2012).

Una vez que se ha realizado de manera breve el recorrido histórico, se puede apreciar la precisión sobre como la práctica enfermera se ha desarrollado y aunque en México a diferencia de otros países el avance ha tenido un ritmo distinto, las referencias para éste se encuentra vinculado e influenciado por especialistas de países como Estados Unidos, Inglaterra y en gran medida Francia.

Al identificar dificultad del personal de enfermería para lograr precisar los modelos teóricos y entrelazarlos con la práctica y considerando que ambos se consideran necesarios para el desarrollo de la práctica enfermera, es una circunstancia que ésta se encuentra latente. Por ello, el presente manual y la información contenida pretenden disminuir esta distancia, a través del planteamiento de un modelo (el

propuesto por Dorothea Orem) y centrando en la práctica del personal de enfermería en las Unidades de Hospitalización, con el objetivo de fortalecer la utilización de un modelo guía en el trabajo, en el interés de mejorar la práctica, hechos que ampliamente se reflejen en la calidad de los servicios y la experiencia de los/las pacientes.

Sobre todo considerando que la utilización de un Modelo permite que:

- La valoración se haga basándose en respuestas humanas y no en signos y síntomas.
- La atención prestada sea integral.
- Se clarifique el campo de asistencia.
- Lleve a cabo el proceso de atención de enfermería.

2. MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA

Considerar la permanente mejora en la calidad de los servicios del personal de enfermería en sus diversos ámbitos requiere en gran medida clarificar aquellas vertientes que han influido para el progreso de las acciones propias de la profesión. Podemos encontrar teorías y modelos que dan cuenta del proceso por el que se ha transitado, donde históricamente la concepción con la que principalmente se le relacionaba era en su relación con el arte y no desde lo relativo a la ciencia; sin embargo, es a partir de la visión y participación de Florence Nightingale (entre 1849 y 1854) que la idea que durante siglos había paralizado la disciplina toma una vertiente distinta, en su interés por propugnar la integración en un sistema interdependiente que le permitiese elaborar en el futuro y dentro de los límites de la ciencia una síntesis doctrinal de la enfermería, sienta las bases para normalizar la profesión, clarifica también que la función de la enfermera es como encargada de manipular el ambiente en beneficio de la salud del paciente y en el caso que la persona no sea capaz de cuidarse, ésta ha de desempeñar tal rol. Esta visión permitió más adelante clarificar los conceptos de salud y ambiente relacionados con el desarrollo de su teoría del entorno (Urra, 2009).

Posteriormente, surgieron diversas teóricas que aportaron sus conocimientos en función de definir y explicar la esencia de los cuidados enfermeros, planteando modelos y teorías conceptuales que forman parte de la práctica enfermera, ejemplo de ello son Virginia Henderson y Dorothea Orem, que basan su teoría en las necesidades humanas; a Hildegard Peplau que enfatiza en las relaciones personales y entre otras teóricas, todas interesadas en que sus planteamientos conformen guías de la práctica profesional.

A la fecha pueden identificarse una amplia variedad de modelos que dan cuenta de la profesión de enfermería, sin embargo, todos tienen su raíz en una teoría o grupo de teorías, a través de las siguientes vertientes:

- A. Modelos de sistemas.** En la teoría de los sistemas, propuesta por Von Bertalanffy (1951), se plantea que un sistema es una sola de las partes interrelacionadas de una entidad completa, la cual persigue un propósito específico, que también está conformado por elementos de entrada, proceso y elementos de salida; y todos los sistemas son parte de suprasistemas mayores (Un espacio clínico es un sistema abierto, hay sistemas de entrada (recursos, personal y los/las pacientes), proceso (acciones internas dentro del medio) y salida (pacientes de alta y el personal que se moviliza) y todo forma parte de un hospital). Los modelos de enfermería integrados por Dorothy Johnson (1952), Callista Roy (1970), Betty Newman (1972), Rosemary Parse (1981) y Joyce Fitzpatrick (1982), son algunos de los que corresponden a esta visión.
- B. Modelos de interacción.** Esta teoría enfatiza las relaciones entre la persona y las funciones desempeñadas en la sociedad. La enfermería se considera como una actividad social, un proceso de interacción entre la enfermera y el paciente. Entre los modelos más reconocidos se encuentra Hildegard Peplau (1952), Joyce Traveelbee (1966), Ida Orlando (1961) e Imogene King (1968).
- C. Modelos de desarrollo.** Sus temas centrales son el crecimiento, el desarrollo, la maduración y el cambio. Se argumenta que desde el momento de la concepción y hasta el tiempo de la muerte, los seres humanos se encuentran en constante evolución. Esta maduración puede ser social, fisiológica, psicológica o espiritual, es un proceso permanente en el que los individuos deben pasar a través de diversas etapas y con cada transición asumen una responsabilidad personal mayor. La enfermería implica la eliminación o la prevención de barreras que obstruyen este proceso natural de desarrollo. Entre estos modelos puede incluirse el trabajo de Margaret Newman (1979).
- D. Modelos conductuales.** Estos modelos deben mucho al trabajo de Abraham Maslow (1959) y a su teoría relacionada con las jerarquías de las necesidades y la motivación. Debido a esto con frecuencia se les denomina **modelos de necesidades humanas**. Para estos modelos de enfermería comúnmente los individuos funcionan en sociedades a partir de esfuerzos propios, es decir, cubren sus necesidades, desempeñan sus actividades de vida y asumen sus requerimientos de autocuidado. En la mayor parte de los casos no es necesario que otros lo hagan por la persona. De esta manera, la promoción de la independencia para cubrir las necesidades humanas

básicas es el punto de enfoque de la actividad de enfermería. Esta categoría incluye el trabajo de Virginia Henderson (1966), Dorothea Orem (1995), Martha Rogers (1980), y Nancy Rogers (2000) (Cutcliffe, 2011).

De esta manera y en el interés de generar una visión mundial del cuidado de enfermería, la salud, el entorno y la persona (metaparadigma) que favoreciera el avance de la práctica y ciencia enfermera, las distintas teóricas se dedicaron a alimentar presunciones acerca de cuatro elementos (**cuidado**: intervenciones de enfermería, lo que hace la enfermería con, para y por la persona; **salud**: meta o finalidad de la acción de enfermería; **entorno**: escenario donde crece, interactúa y se desarrolla la persona; **y persona**: receptor de los cuidados de enfermería), haciendo énfasis en la interdependencia y en la necesidad de encontrar fluidez e interconexión entre ellos. Al referirse a estos cuatro elementos esenciales del paradigma, se identifica un mayor énfasis de uno sobre otro, de acuerdo a la postura teórica que se asuma y después a la forma en que se establezcan las relaciones entre sí.

Derivado de la importancia de concebir estos modelos, resulta necesario precisar que a través de dos métodos, la estrategia inductiva (a partir de la observación de la práctica o de la experiencia personal del teórico) y la deductiva que conduce al desarrollo de teorías a partir de las teorías existentes; la enfermería ha fortalecido su quehacer; sin embargo datos de diferentes investigaciones pueden evidenciar la dificultad frecuente para aplicar de forma conjunta la teoría y la práctica. Uno de los estudios más relevantes plantea que si bien es cierto el personal de enfermería reconoce la necesidad de basar su práctica en una teoría, en el momento de ejercer ésta, la teoría se encuentra con limitantes circunstancia que dificulta la interacción entre ambas (Alonso, M. y Rodríguez, L., 2000). Así, el reto desde esta línea y para la enfermería, reside en la introducción de enfermeras clínicas en la formulación teórica de la profesión, de tal forma que fortalezca la posición de la enfermería entre las diferentes disciplinas.

El presente manual plantea de manera significativa la relevancia de conocer y adherir en la práctica de enfermería un modelo que permita dar cuenta de su actuar, así el Modelo propuesto por Dorothea Orem brinda la base teórica sobre la cual pueden sustentarse las acciones propias de enfermería, encuadrados en el trabajo propio de las Unidades de Hospitalización.

3. MODELO DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO PROPUESTO POR DOROTHEA OREM

Nacida en Baltimore (1914) e interesada en los cuidados que enfermería proporciona así como en mejorar la formación práctica, realizó múltiples observaciones y análisis alrededor de la condición humana, lo que le permitió delimitar **la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado** compuesta a su vez por tres teorías (**teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría del sistemas de enfermería**), relacionadas entre sí y fundamentada diferentes en elementos teóricos. En su propuesta destaca que para el uso adecuado de los detalles de la Teoría es necesario contemplar sus tres teorías (Marriner y Raile, 2007) con la finalidad mantener la funcionalidad vital de la persona mediante el cuidado de sí misma.

La propuesta de Orem denominada **teoría de enfermería del déficit de autocuidado** es descriptivamente explicativa de la relación entre las capacidades de acción de los individuos y sus demandas de autocuidado, o las demandas de cuidado de los niños o adultos que de ellos dependen. Desde esta propuesta, *déficit significa la relación entre las acciones que los individuos deberían llevar a cabo (la acción demandada) y la capacidad de acción de los individuos para el autocuidado o el cuidado dependiente* **Déficit**, en este contexto, **debería interpretarse como una relación, no como un trastorno humano**. Los déficit de autocuidado pueden asociarse, sin embargo con la presencia de trastornos humanos funcionales o estructurales (Orem, 1993).

Orem, concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; (que) tiene la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimenta y usar creencias simbólicas (ideas, palabras), para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer las cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros (Navarro, Y. y Castro S., 2010).

Para ello, la enfermera dice Orem, debe ser capaz de lograr que el individuo participe de forma activa en la planificación e implementación de su propia atención de salud, teniendo en cuenta los factores básicos condicionantes del autocuidado: la edad y estado de salud y los conocimientos que poseen de ésta, la pertenencia al grupo social y los hábitos del medio cultural, la falta de habilidades y hábitos, el concepto de sí mismo y la madurez de la persona. (Citado en Rivero, et al, 2007).

En el fundamento de su teoría resaltan cinco premisas:

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera liberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad de vida, los estímulos reguladores de las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear los estímulos para uno mismo y los otros.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan la responsabilidad para ofrecer cuidado a los miembros del grupo, que experimentan, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados de uno mismo y de los demás. (Marriner y Raile, 2007).

Las anteriores premisas permiten clarificar los conceptos relacionados con el Modelo de Dorothea Orem, aunque no son las únicas. Así otros conceptos propios de éste se refieren a:

Agente de autocuidado. Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades determinadas para cubrir esos requisitos a lo largo del tiempo. La agencia de cuidados dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anterior por las personas que dependen de ellos.

Agencia de enfermería. Es el atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras (os) que, cuando la ejercitan, les capacita para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidado dependiente.

Considerando lo anterior, las personas pueden beneficiarse de la enfermería porque están sujetas a limitaciones asociadas o derivadas de la salud, las cuales

las hacen incapaces de mantener un autocuidado continuo. Orem fortaleció su teoría general a través de la aplicación de tres teorías, descritas a continuación:

Teoría del autocuidado:

Describe el por qué y cómo las personas se cuidan a sí mismas. Muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, provee bases para la recolección de datos. En su aspecto más sencillo, el autocuidado puede considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobre vivir, Orem contempla que el concepto de autocuidado como la totalidad del individuo, incluyendo no solo las necesidades físicas, sino también psicológicas y espirituales, y el concepto cuidado como la totalidad de las actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normal.
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
4. Prevención de la incapacidad o su compensación.
5. Promoción del bienestar.

Requisitos de autocuidado.

Al referirse a los requisitos de autocuidado precisa que éstos son comunes a todos los seres humanos, la diferencia radica en el proceso (en enfermería) en que son analizados y estructurados a nivel teórico para su mejor comprensión y estudio (la enfermería añade a lo cotidiano, el aspecto profesional), por lo que hace referencia a que el objetivo de la enfermería es *“ayudar al individuo a llevar a cabo y por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o enfrentar las consecuencias de dicha enfermedad”*.

Finalmente es importante aclarar que aunque no todo lo relacionado con la terminología del autocuidado se relaciona con los planteamientos de Orem, si se consideran que hay aspectos que son una parte fundamental de la propuesta así, los requisitos se dividen en:

- a) **Requisitos de autocuidado universales.** Son comunes a todos los seres humanos, abarcan requisitos físicos psicológicos, sociales y

espirituales esenciales de la vida. Los problemas que ocurren en estas áreas podrán conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida. Se considera como demandas de autocuidado que se hacen al individuo cuando un individuo debe cubrir activamente estas demandas mediante el empleo de habilidades que ha aprendido y que tienen lugar en un contexto cultural apropiado.

- b) **Requisitos de autocuidado del desarrollo.** Algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo, es decir el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración (vida intrauterina y nacimiento, vida neonatal, etc.)
- c) **Requisitos de autocuidado de desviación.** Son las asociadas o requeridas durante los cambios del bienestar o la condición holística personal, como resultado de algún malestar, lesión o enfermedad.

Teoría del déficit de autocuidado.

Tiene su origen en la finalidad propia de la enfermería, a saber, los seres humanos son sometidos a limitaciones a causa de su salud, o relacionados con ella, para ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente. Postula el propósito o enfoque del proceso diagnóstico, la demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo que pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente. Es decir, describe y explica cómo enfermería puede ayudar a las personas.

Teoría de los sistemas enfermeros (de los sistemas de enfermería):

Proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnóstica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado. Describe y explica qué hay que mantener para que se produzca la enfermería, a través de:

- a) **Sistemas de enfermería totalmente compensatorios.** Opera cuando el agente de cuidado dependiente es incapaz de decidir y actuar. En este sentido las intervenciones de la enfermera se dirigirán a que ella realizará el autocuidado terapéutico del paciente, compensará la incapacidad del paciente de conseguir el autocuidado.

- b) **Sistemas de enfermería parcialmente compensadores.** Cuando el paciente necesita de asistencia para tomar decisiones, modificar un comportamiento o adquirir un conocimiento o habilidad. Tanto el paciente como enfermería realizan el autocuidado, la acción de ésta, es regular el ejercicio y el desarrollo de la acción de autocuidado hecha por el paciente o en su caso el agente de cuidado dependiente.
- c) **Sistema de apoyo-educación.** Este sistema es apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, cuyo papel se limitará a proporcionar la ayuda para tomar las decisiones correspondientes a la salud así como para otorgar los conocimientos y habilidades respectivas.

En México, las aportaciones de Orem pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, especialmente para aquellos que presentan enfermedades crónicas degenerativas tales como la hipertensión arterial, las cardiopatías, la diabetes, así como la dependencia a drogas, que requieren cambios en el estilo de vida, de tal forma que las intervenciones construidas a su alrededor permitan disminuir las complicaciones en su salud y/o evitar que éstas aumenten.

El poner en práctica este Modelo requiere integrarse en el proceso donde los componentes esenciales el metaparadigma de la enfermería (cuidado, persona, salud y enfermería) sean identificables en la práctica, tal circunstancia dará pauta al desarrollo de la profesión, específicamente en la atención a pacientes en tratamiento para las adicciones.

De acuerdo a Tellez (2012), para Orem una pregunta crucial y fundamental a la cual se enfrentan todas las enfermeras es cuándo y por qué puede ayudarse a la gente a través de las actividades de enfermería, en oposición a otras opciones al servicio humano. Al responder a esta interrogante, Orem (1980) dice que las enfermeras podrán identificar el enfoque apropiado de su práctica, indicar las fronteras de la intervención de la enfermería (lo cual implica para algunas enfermeras el haber estado realizando actividades que, por lo menos para Orem, constituían un enfoque inapropiado para ellas), e identificar el objeto de conocimiento de la enfermería y por ende aquellos con quienes puede o debe establecerse una relación terapéutica legítima y apropiada. Para Orem, una premisa central de la enfermería es la siguiente:

“Las personas pueden beneficiarse de la enfermería porque están sujetas a limitaciones asociadas o derivadas de la salud, las cuales les hacen incapaces de mantener un autocuidado continuo o un cuidado en dependencia”.

4. EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO DENTRO DEL MODELO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Una vez encuadrado el modelo de Orem, éste permite comprender el proceso enfermero y resaltar que el personal de enfermería generalmente es miembro de un equipo interdisciplinario que participa en el proceso de atención de la salud-enfermedad de las personas que sostienen un problema en el consumo de sustancias, es necesario precisar que sus acciones se encuentran basadas en atender a todo individuo enfermo o sano (para este contexto, enfermo), en la ejecución de actividades que contribuyen al restablecimiento y mantenimiento de la salud, de tal forma que durante la estancia del paciente y su tratamiento, se facilite el fortalecimiento y utilización de los recursos que permitan al finalizar su tratamiento, independizarse y llevar a cabo acciones propias en el cuidado y mantenimiento de su salud.

Para lo anterior, es necesario que Enfermería sostenga la claridad del manejo de pacientes con problemas en el consumo de sustancias, toda vez que poseen características particulares, propias de su problema-enfermedad y con demandas propias y acordes a su condición. Por ello y en el interés de que su práctica favorezca el restablecimiento de un patrón saludable y una calidad de vida aceptable en los/las pacientes, es fundamental que enfermería reconozca también que al utilizar sus conocimientos, habilidades y actitudes frente al paciente y a su tratamiento, estará en posibilidad de mejorar la calidad de vida y/o alcanzar avances el bienestar óptimo.

En las Unidades de Hospitalización el tratamiento que se brinda parte de un enfoque bio-psico-social y la función de enfermería se enmarca dentro del proceso continuo del tratamiento a través de acciones específicas, que permiten de forma conjunta brindar servicios que se encaminan al alcance de diversos objetivos de la Comunidad Terapéutica, así para el tratamiento de personas con problemas en el consumo de sustancias en su modalidad residencial, la idea base de la Comunidad Terapéutica considera a éste como un espacio que permite la interacción de distintos profesionales y pacientes; de acuerdo a Jones (2009) también describe las tareas de grupos específicos, donde desempeñan roles respectivos los profesionales y usuarios no asimétricos, aunque sí distintos, complementarios pero sobre todo, muy explícitos.

En la Comunidad Terapéutica además de los objetivos particulares que se delimitan con los/las pacientes, reviste interés especial las características asignadas a cada profesional. En el caso de enfermería como parte del equipo de salud, su labor desempeña un elemento fundamental, al considerar que el

cuidado que proporciona al paciente y a la familia a través de la colaboración y motivación se construye en concordancia con el equipo interdisciplinario. Enfermería desde su lugar utiliza sus conocimientos, habilidades y actitudes para conocer, comprender, diagnosticar y tratar las respuestas de los/las pacientes a los problemas reales y/o potenciales derivados del consumo de drogas, con el fin de mejorar la calidad de vida o conseguir el bienestar óptimo de éste. (Sanoguera. M. 2004)

La revisión bibliográfica permite identificar el papel de enfermería dentro de la Comunidad Terapéutica desde distintas miradas, ejemplo de ello lo representan las Comunidades en Chile, donde el papel de la enfermera la proporcionan técnicos en tratamiento y rehabilitación (Espinoza y Villar, 2013) o en el caso de Cuba (Barrientos, G., Cala, M. y Bataillo, A. 1999) donde se resalta de forma importante la labor del profesional en el tiempo de estancia dentro de la Comunidad Terapéutica, lo anterior refleja que la enfermería se desarrolla acorde al contexto y a los lineamientos que cada país o institución delimita, pero siempre resaltando el papel activo de enfermería.

En las Unidades de Hospitalización, y siguiendo los planteamientos de la Guía técnica para UH, se considera que dentro de la CT los "... profesionales desempeñarán los roles que van desde la asistencia en el proceso de auto-descubrimiento y cambio, en tanto conocedores del camino (estructura del programa y etapas) y de la forma de adaptarlo para crear oportunidades de aprendizaje, hasta el mantenimiento de la integridad de las jerarquías semejante-personal y a la protección de la cadena comunicacional, pasando por la consejería relacionada con las necesidades individuales de cada residente, la supervisión de las actividades (programa clínico, organización diaria de actividades psicoeducativas, terapéuticas y laborales) y del mantenimiento del proceso de auto-ayuda" (2012) . Lo anterior coincide con el Modelo de Dorothea Orem, que establece que para enfermería sus acciones estarán encaminadas al contexto y las necesidades del tratamiento y recuperación de la población, pero favoreciendo el autocuidado en los/las pacientes.

Así, enfermería en su papel activo e interactuante tiene delimitadas sus actividades dentro de la UH que abarcan desde la recepción del paciente, la toma de signos vitales, ministración de medicamentos, actividades necesarias para el funcionamiento de la CT y psicoeducativas (pláticas, yoga, jardinería, actividades deportivas, de destreza mental), de tal forma que su presencia e intervención permite que el tratamiento dentro de la Comunidad Terapéutica sea constante, con el EMT y con los residentes a través de acciones que favorecen la construcción de acciones propias para el acompañamiento de los/las pacientes.

De esta manera al profesionalizar el actuar de enfermería dentro de las Unidades de Hospitalización se favorecerá que los diagnósticos e intervenciones respecto a los/las pacientes sea acordes con las acciones de la enfermera (o), quien además de realizar actividades que promuevan la salud, fomentará que los/las pacientes participen de forma directa y activa en la recuperación de ésta, a través de la psicoeducación y el aprendizaje constante.

5. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

Un instrumento que permite el desarrollo de la práctica de enfermería corresponde a la aplicación del método científico, conocido como Proceso de Atención de Enfermería (PAE), método ordenado y sistemático para la planificación y ejecución de los cuidados, formado por cinco etapas (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) que más adelante se describirán. Este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso sin embargo su análisis tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Para 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía el proceso enfermero en cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la fase de diagnóstico, dando lugar a un proceso compuesto por cinco fases. Éste como instrumento, herramienta o método para la práctica, ha sido el modelo predominante en la clínica en enfermería desde hace más de veinticinco años y es uno de los temas por considerar en el análisis de teorías y modelos de enfermería.

El proceso como eje de todos los abordajes enfermeros, promueve cuidados humanísticos centrados en objetivos (resultados) eficaces. También ***impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo.***

Para la prestación de cuidados a través del **PAE** es necesario definir las etapas del proceso en que se fundamentan las acciones de la enfermería:

a) Valoración: en ella se realiza la valoración del estado de salud de la persona, familia o comunidad y tiene como propósito recoger, organizar y validar información, cuando se realiza de forma exhaustiva se facilita la evaluación de salud y el diagnóstico enfermero. Se realiza a través de la entrevista, la observación y exploración física cefalo-caudal. La enfermera obtiene los datos de salud del paciente a través de la recolección de información derivada de la entrevista y técnicas de exploración. El proceso de recolección de datos es sistemático y continuo. ***La valoración debe permitirle***

a la enfermera expresar su conclusión y ser un vehículo de comunicación entre los miembros de salud.

b) Diagnóstico de enfermería. Es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona puede alcanzar. La enfermera analiza los datos de la valoración para determinar los diagnósticos y los jerarquiza de acuerdo a un orden de importancia.

c) Planeación. Etapa en la que se establecen las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados en el diagnóstico o para promocionar la salud. En esta etapa se determinan los resultados esperados e intervenciones independientes e interdependientes, entendiendo las primeras como aquellas que realiza el profesional de enfermería sin que exista por medio de una indicación médica y las segundas realizadas en coordinación con otros miembros del equipo de salud. La enfermera plantea los resultados esperados que derivan de los diagnósticos, tomando en cuenta que estos deben ser evaluados en su turno. Los resultados son realistas de acuerdo a las capacidades de la enfermera y el paciente.

d) Ejecución. Etapa en la que pone en práctica el plan de cuidados de enfermería para lograr los resultados específicos y consta de tres fases: preparación, ejecución y documentación. La enfermera desarrolla un plan de cuidados que prescribe intervenciones independientes y realiza otras interdependientes para alcanzar los resultados esperados y darle continuidad a los turnos. La enfermera implementa intervenciones identificadas en el plan de cuidados de forma segura y adecuada para la resolución del problema.

e) Evaluación. Es la última etapa del proceso y se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios indicadores. La enfermera evalúa y registra el progreso del paciente hacia la consecución de los resultados, como un proceso sistemático, continuo y dinámico (SSA, 2012).

El PAE, requiere en gran medida que la formación enfermera desde sus orígenes fluctúe a través de las diferentes herramientas y habilidades propias de la formación y enriquecidas a través de la experiencia clínica.

Es de suma relevancia mencionar que de acuerdo a los planteamientos que sustentan el Modelo planteado por Orem, se presenta un análisis con respecto a la forma en que puede aplicarse el PAE en el tratamiento de pacientes con problemas en el consumo de sustancias (**anexo 1**), permite además identificar las fases que son aplicables el Modelo de enfermería del déficit de autocuidado.

Así, es tarea de la enfermera la construcción de cada proceso con los/las pacientes, de tal forma que éste permita el logro de los resultados esperados en el tratamiento que previamente se haya determinado.

6. INTERRELACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y EL EQUIPO DE PROFESIONALES DE SALUD

Anteriormente se hizo referencia al proceso bajo el cual se ha enmarcado la relevancia del desarrollo de la profesión de enfermería y de la división de su actuar: **el de la responsabilidad y de la autonomía profesional**, circunstancia que da pauta a que la profesión fortalezca su proceso de autonomía (entendida como la asimilación de aspectos propios de la profesión) y su colaboración con un equipo de trabajo. El papel enfermero al estar rodeado de múltiples actividades requiere que éstas se clasifiquen en tres tipos de intervenciones:

Intervenciones dependientes: Entendidas como las actividades que realiza el personal de enfermería por prescripción de otro profesional de la salud en el tratamiento de los/las pacientes, de acuerdo al ámbito de competencia de cada integrante del personal de enfermería.

Actividades Interdependientes: Corresponde a las actividades que se basan en la colaboración con otros profesionales sanitarios, fundamentalmente los médicos. Se caracteriza por ser una dimensión curativa o interdependiente en la que se comparten las responsabilidades de actividades técnicas o médicas dirigidas a combatir la enfermedad. Es decir de comparte un problema interdependiente.

Actividades independientes: Se refiere a aquellas funciones que llevan a cabo las/las enfermeras por sí mismas/os y se relación con las respuestas humanas ante una determinada situación de salud-enfermedad. Al ser cuidador/a independiente la/el enfermera/o asume la responsabilidad en cuestión de carácter psicológico o emocional, dirigida al autocuidado del paciente y a la satisfacción de sus necesidades. Por lo que es necesario que en el ambiente (UH) en que se desempeñe la praxis de la enfermería se delimite y clarifiquen éstas.

Esta división permite evidenciar que la enfermería al consolidarse como disciplina de manera permanente interactúa con otras áreas, en el interés de diferenciarse y

al mismo tiempo de contribuir con otras áreas en pro del alcance de la salud de cada paciente. Basta redundar que sus acciones no se generan ni aplican de forma aislada, por el contrario en tanto la enfermera o enfermero alcancen a delimitar estas acciones será posible, adoptar un lenguaje y actuar propio, a la vez que enriquece su interacción con el resto del equipo de profesionales de salud.

Un aspecto que resalta en el proceso, es el correspondiente al **diagnóstico**, que refleja la base de los cuidados que enfermería proporciona y que permitirán a la enfermera/o una clasificación propia de su actuar, facilitando la comunicación de sus cuidados con el resto del equipo, así como favorecer la continuidad de sus cuidados (el siguiente apartado precisará respecto a éstos).

7. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NANDA-I) Y SU INTERRELACIÓN CON LA NIC Y LA NOC

Una vez que surge la necesidad de encontrar la vía para describir los cuidados que enfermería realiza, profesionales del área destinaron acciones para que a través del intercambio de conocimientos se pudieran agrupar las actividades que caracterizan el desempeño de la enfermera, de lo anterior surge la definición y clasificación de los diagnósticos de enfermería (actualmente NANDA-I), y en el interés de desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras surge la NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) donde el centro de interés corresponde a la conducta de la enfermera es decir, todo aquello que la enfermera realiza para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado (o cualquier tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico). Éstas incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto de los cuidados directos como los cuidados indirectos, dirigidas a los individuos, las familias o la comunidad, ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras, por los médicos o por otros profesionales (Johnson, M., et al. 2012). Por su parte la NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería) por su parte sirve como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera, puede utilizarse para controlar el progreso, o ausencia de progreso, a lo largo de un proceso de cuidados, y a través de diferentes entornos de cuidados (Téllez, 2012).

Este planteamiento permite identificar la necesidad de evidenciar el vínculo NANDA I, NIC Y NOC (NNN), como parte del proceso de enfermería. Un vínculo se puede definir como aquel que dirige las relaciones o asociaciones de los conceptos. Los vínculos entre la NANDA-I y los resultados NOC sugieren la relación entre el problema del paciente, su estado actual y los aspectos del problema o el estado que se espera resolver o mejorar con una o varias intervenciones. Los vínculos entre los diagnósticos de la NANDA-I y las intervenciones NIC sugieren las relaciones existentes entre el problema del

paciente y las acciones de enfermería que resolverán o disminuirán el problema. Los vínculos entre los resultados NOC y las intervenciones NIC sugieren un conjunto de relaciones similares centradas en la resolución del problema y las acciones de enfermería dirigidas a la resolución del problema, es decir, el resultado sobre el cual se espera que influyen las inferencias (Johnson, M. et al. 2012).

El diagnóstico NANDA-I es el punto de partida para establecer los vínculos. Se incluyen los resultados NOC sugeridos así como las interacciones NIC asociadas a cada diagnóstico. Por lo que es necesario que durante el proceso se considere que:

- Debe tenerse actualizada la terminología de los tres lenguajes para reflejar los cambios introducidos en las ediciones utilizadas por cada uno de ellos.
- Otros profesionales de enfermería revisen constantemente los vínculos.
- Pueden usarse juntos o por separado. ***Juntos representan el dominio de la enfermería en todas las situaciones y especialidades posibles.***
- Ayuda a las enfermeras clínicas a seleccionar los resultados más adecuados para los diagnósticos de enfermería en sus pacientes, de tal forma que los vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos interaccionen en el proceso de atención de enfermería a través de un soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados enfermeros (Johnson, M. et al., 2012).

La construcción de un diagnóstico implica un proceso en la toma de decisiones clínicas, en los que intervienen pensamientos que permiten el uso de conceptos, reconocer patrones, crear significados, aunado a la capacidad de entrelazar información procedente de diferentes medios, formando un todo coherente en la atención del paciente consumidor de sustancias.

Finalmente, producto de ello es la elaboración de un Plan de Cuidado de Enfermería que reflejará a través todas y cada una de las acciones que vinculan a la profesión y fortalecen su proceder, acorde a las necesidades del paciente.

8. ELABORACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE) EN ADICCIONES

Como se ha dicho previamente, se considera a la enfermería como el medio para lograr los cuidados que requiere un paciente, sobre todo desde el modelo planteado (Del déficit de autocuidado), adicional a la participación de individuo (dentro de la circunstancias que su condición le permita) que facilita el camino hacia la recuperación de su salud. Para el desarrollo de su función, la enfermería se desenvuelve en diferentes contextos, y para la circunstancia que nos involucra,

su vínculo y aplicación clínica corresponde al problema en el consumo de sustancias, ante lo cual como se ha dicho previamente, se requiere contar con elementos claros acerca del tema y de los diversos aspectos que se encuentran a su alrededor. Derivado de la temática se resalta la importancia que el personal de enfermería sea consciente de su actuar y sensible a la problemática de los/las pacientes.

Como parte del proceso de enfermería y en su actuar cotidiano se realiza un énfasis especial en la idea de la motivación y la percepción sobre los cuidados: “con la motivación, motivamos a las personas a hacer aquello que ella haría si tuviese la voluntad (motivación) para hacerlo”. En el interés en la prevención, atención, intervención, rehabilitación y reinserción social de los/las pacientes con problemas en el consumo de sustancias y considerando que ésta problemática se ha incrementado, se considera que es necesario redoblar los esfuerzos que faciliten los cuidados que se brinden desde el perfil de enfermería.

Para ello, la creación de planes de cuidado que se encuentran en la aplicación del proceso enfermero, permite unificar criterios en la atención, aportar una mejor comunicación con los/las pacientes y entre los profesionales, favoreciendo la continuidad de los cuidados, fomentando la formación para el desarrollo de la profesión y facilitando la aplicación del proceso enfermero en su aplicación y registro (Benito, M., et al. 2011).

Por lo anterior y considerando su funcionalidad los PLACE's deberán cubrir las siguientes premisas:

- 1- Servir para mejorar la calidad científico-técnica de los cuidados que se prestan.
- 2- Proporcionar a los/las enfermeros/as herramientas que les permitan, desde la perspectiva del cuidado, un abordaje integral y continuo de los diferentes problemas que plantea la población.

En México la Comisión Permanente de Enfermería, perteneciente a la Secretaría de Salud a través de una ardua convocatoria y reconocimiento del trabajo propio de la enfermería se dio a la tarea de plantear lineamientos para la elaboración adecuada de los PLACE's y aunque no suscriben de forma específica la atención y tratamiento de las adicciones, si persiguen el objetivo de brindar a la población un mejor servicio, permeado sobre todo por la calidad en el servicio. Producto de lo anterior, es la creación de un lineamiento general para la elaboración de Planes de Cuidado de enfermería y a la fecha dos Catálogos Nacionales de Planes de Cuidado de Enfermería.

El lineamiento general refiere que: “...De acuerdo a Griffith-Kenney y Christensen, el PLACE “Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”. Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre los que destacan los siguientes:

Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado: Según Mayers, es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.

Estandarizado con modificaciones: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto. (SSA, 2012).

Considerando lo anterior y de acuerdo a los objetivos que persigue el presente Manual, se enumeran los puntos para la elaboración de un plan individualizado, de tal forma que permitan a enfermería conocer las acciones, para que a través de su experiencia y apego al método propio sean capaces de plasmar en un documento su actuar, en este caso en la atención de pacientes con problemas en el consumo de sustancias.

Cabe resaltar que el presente Manual no considera a profundidad las acciones propias de la enfermería dentro de las Unidades de Hospitalización toda vez que su interés principal se centra en que la aplicación del método y modelo propio que contribuya al desarrollo del profesional, apoyado en su respectivo Plan de Cuidados de Enfermería.

Los siguientes pasos hacen referencia a los lineamientos establecidos por la Comisión permanente de enfermería, instancia rectora de las actividades propias de Enfermería a nivel Nacional, la cual plantea que para la elaboración de un PLACE, es necesario que:

1. En un primer momento se deberá identificar el proceso vital o manejo terapéutico prevalente,, dirigido al individuo, familia o comunidad (Para los objetivos planteados en la institución éste corresponde al tratamiento de las **Adicciones**)
2. **Construir un diagnóstico de Enfermería.**

- a. Identificar respuestas humanas que puede presentar la persona ante un problema de salud, proceso vital o manejo terapéutico, pueden ser de tipo fisiológico, de percepción, de sentimientos y de conducta, ejemplo "Protección inefectiva".
- b. Referirse a la segunda parte de la Taxonomía II, de diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación NANDA
- c. Situar en el esquema de dominios y clases.
- d. Seleccionar el o los dominios correspondientes a la función vital o en riesgo potencial. Ejemplo: Dominio 11 Seguridad/Protección.
- e. Seleccionar la clase correspondiente al área o localización de la función en la que se ubica la función vital o en riesgo potencial. Ejemplo: clase 2 Lesión física.
- f. Seleccionar la etiqueta diagnóstica que corresponda. Ejemplo:
Dominio 11 seguridad/protección
Clase 2 Lesión física.
Etiqueta diagnóstica (ED) Protección inefectiva.
Código 000043
- g. Una vez definida la etiqueta diagnóstica referirse a la primera parte del libro (NANDA I), buscar por orden alfabético el eje diagnóstico como el elemento principal de la misma.
- h. Cuando localice la etiqueta diagnóstica encontrará lo siguiente:
Etiqueta Diagnóstica (ED) Protección inefectiva
Año en que fue aceptada la etiqueta diagnóstica en la NANDA I
Nivel de evidencia (NDE)
Número de código. Ejemplo 000043.
Definición de la etiqueta diagnóstica. Ejemplo: disminución de la capacidad para autoprotegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones.
Características definitorias o evidencias clínicas personales que pueden modificar el estado de salud o influir en el desarrollo de un problema (etiología o causa a la respuesta humana alterada):
La construcción lógica de un diagnóstico real es: Etiqueta Diagnóstica (ED), Factor relacionado (FR) y Características Definitorias (CD).
La construcción lógica de un diagnóstico de riesgo es: Etiqueta diagnóstica (ED) y Factor de riesgo (FR).
La construcción lógica de un diagnóstico de salud o bienestar es: Etiqueta diagnóstica (ED) y Características Definitorias (CD).
Los conectores relacionados con (R/C) y manifestado por (M/P) son empleados para darle construcción semántica a la oración del

diagnóstico. Ejemplo: Protección inefectiva R/C proceso infeccioso pulmonar M/P fiebre, aumento de leucocitos y esputo purulento.

Tanto los factores relacionados y las características definitorias serán seleccionados según la prioridad correspondiente al plan de cuidados de enfermería que se está elaborando.

NOTA: Todos los diagnósticos de riesgo tienen como característica principal que las etiquetas diagnósticas inician con riesgo de y los diagnósticos de salud inician con disposición para.

3. **Selección de resultados.** Los resultados representan los estados, conductas o percepciones del individuo, familia o comunidad ante la intervención profesional de enfermería. Para su selección utilizar la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). La búsqueda del resultado esperado se puede realizar de cuatro formas:

- Por relación NOC_NANDA
 - Por taxonomías
 - Por especialidad
 - Por patrones funcionales
- a) En la metodología de este lineamiento la propuesta es por relación NOC-NANDA. Referirse a la sección Relaciones NOC_NANDA (4ª. parte del libro) de la 3ª. edición.
- b) Identifique la etiqueta diagnóstica
- c) De los resultados sugeridos u opcionales seleccione el o los que den respuesta a la etiqueta diagnóstica o a los factores relacionados.
- d) Busque el resultado seleccionado por orden alfabético en la 3ª. parte del libro donde encontrará los siguientes elementos:

Resultado y código. Ejemplo: Severidad de la infección, código 0703 Dominio y clase (no aplican para este lineamiento)

Escala. Cada resultado debe tener implícita la escala de medición a utilizar, aunque puede darse el caso que los resultados utilicen la misma escala de medición es: grave 1, sustancial 2, moderado 3, leve 4, ninguno 5 (existen trece tipos de escala Likert)

Definición. Sirve como referente para interpretar el resultado (No aplica para este lineamiento)

Puntuación diana del resultado. Es un primer puntaje basado en la valoración clínica previa a la intervención de enfermería (mantener a 0 y un segundo puntaje hipotético basado en lo esperado posterior a la intervención de enfermería (aumentar a).

NOTA: Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.

- e) Seleccione los indicadores. Unidades medibles derivadas de la respuesta humana y serán seleccionadas con base a las características definitorias del diagnóstico o factor relacionado. Ejemplo: esputo purulento, fiebre y aumento de leucocitos.

NOTA: Algunos indicadores dependiendo del estado de salud de la persona podrán aparecer en la lista de indicadores propuestos por la NOC por lo que es recomendable incluirlos, sustentándolos con un nivel de evidencia científica.

- 4. **Selección de intervenciones de enfermería.** Las intervenciones de enfermería son los tratamientos basados en el criterio y el conocimiento clínico que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados de la persona, familia o comunidad.

La selección de las intervenciones se realizará con base en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC:

Se puede realizar de tres formas:

Por taxonomía.

Por relación NIC-NANDA

Por especialidad

La estructura de este lineamiento emplea la selección de intervenciones por Relación NIC-NANDA

- a) Buscar por orden alfabético la etiqueta diagnóstica de las intervenciones de la NIC relacionadas con los diagnósticos de la NANDA I en la 4ª. parte del libro, en donde encontrará:
Etiqueta diagnóstica. Ejemplo. Protección inefectiva
Definición de la etiqueta diagnóstica
Intervenciones de enfermería sugeridas u opcionales adicionales para la resolución del problema.
- b) Con base en la etiqueta diagnóstica o factor relacionado, selecciona la o las intervenciones. Ejemplo: administración de medicamentos I.V., protección contra las infecciones.
- c) Busque las intervenciones seleccionadas por orden alfabético ubicadas en la clasificación.
- d) Una vez identificada seleccionar las actividades de enfermería acordes a la infraestructura, recursos y competencia profesional.
- e) Para llevar a cabo las actividades planeadas es importante considerar la aceptación del paciente.

NOTA: Si se considera alguna intervención o actividad no incluida en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería se podrá registrar en el plan de cuidados de enfermería siempre y cuando tengan nivel de evidencia clínica.

Hay que recordar que el **Plan de Cuidados de Enfermería** deberá ser sustentado con bibliografía científica correspondiente y en un proceso de constante actualización. La creación entonces del Plan de Cuidados de Enfermería, refleja el proceso enfermero, un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente. Es también sistemático porque consta de cinco pasos (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) durante los cuales el profesional lleva a cabo acciones deliberadas para lograr la máxima eficiencia y conseguir a largo plazo resultados beneficiosos. Es humanista porque se basa en la idea de que, mientras planificamos y brindamos los cuidados, debemos considerar los intereses, ideales y deseos íntimos del paciente, de los cuidados de salud (la persona, la familia o la comunidad). El proceso enfermero entonces, complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana, es decir, cómo responde la persona a los problemas médicos, los tratamientos y los cambios en las actividades de la vida diaria.

Finalmente es importante resaltar que como parte de las actividades del personal de enfermería se cuenta con una hoja propia y que la propuesta del presente Manual es considerar la existencia del formato del PLACE donde para su llenado requiere que:

- En las etiquetas diagnósticas más habituales de cada unidad, las de uso cotidiano por los profesionales, se considere que serán ellos (Enfermería de las UH), los que las determinen; ello permitirá a todos los profesionales familiarizarse con la terminología y facilitar su registro.
- También se incluirán las intervenciones más frecuentes para que, igualmente sea fácil y rápido su registro.
- Idéntica dinámica seguirán los resultados enfermeros.
- En todas las unidades y a disposición de todos los profesionales estará toda la documentación de apoyo a la historia y al manejo de los planes de cuidados (NANDA, NIC y NOC), de modo que sirva de consulta permanente para aclarar las dudas relativas a los problemas menos habituales en las unidades, con sus intervenciones y resultados.

ANEXOS

ANEXO 1. PERSPECTIVA GENERAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA USANDO EL MODELO DE ENFERMERIA DE OREM

Diagnóstico de Enfermería (Valoración):

- Obtener información del paciente
- Analizar los datos/la información.
- Emitir juicios sobre el paciente/la familia
- Formular/explicar la naturaleza y causas de la demanda de autocuidado terapéutico del paciente
- Determinar el desarrollo, operación y educación de la agencia d autocuidado del paciente
- Determinar la presencia de demandas de autocuidado presentes y futuras del paciente.

Prescripción de enfermería (Planificación)

- Emitir juicios prácticos sobre los cuidados que pueden/deberían proporcionarse para cubrir los requisitos de autocuidado para el paciente
- Regular el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado del paciente.

DIAGNÓSTICO

Control de los casos (Evaluación/auditoria)

- Planificar y controlar el conjunto del proceso de enfermería
- Dirigir, controlar y evaluar todos los aspectos del proceso de enfermería
- Asegurar que el proceso de enfermería es efectivo y dinámico.

Tratamiento/regulación de enfermería (intervención)

- Usar medidas válidas y fidedignas para satisfacer los requisitos de autocuidado del paciente a fin de asegurar un funcionamiento y desarrollo saludables.
- Asegurar que la agencia de autocuidado del paciente se desarrolle al máximo
- Asegurar que se instituye la retroalimentación y evaluación

ANEXO 2. METODOLOGIA PARA LA ELABORACIÓN DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, UTILIZANDO LA TAXONOMÍA NANDA, NOC Y NIC

PASO 1	PASO 2	PASO 3	PASO 4	PASO 5	PASO 6	PASO 7
Identificar: El perfil epidemiológico (morbi-mortalidad) prevalente. Las principales demandas de atención (ingresos, egresos, consultas) de los usuarios de los servicios de salud. Principales causas de eventos adversos e infecciones nosocomiales. Principales eventos incluidos en el CAUSES.	Identificar la repuesta humana, el dominio y la clase alterada, con base en la Taxonomía NANDA	Seleccionar las etiquetas diagnósticas prioritarias considerando la respuesta humana al problema de salud.	Estructurar los diagnósticos de enfermería, los cuales podrán ser reales, de riesgo, de salud o bienestar, considerando el formato NANDA	Establecer el resultado (objetivo) que se espera lograr con la intervención de enfermería, con apoyo de la clasificación de los resultados de enfermería (NOC)	Seleccione el o los indicadores con su respectiva escala de medición de acuerdo a la Clasificación de los resultados de enfermería NOC. Sumar indicadores La Puntuación Diana Se hará un primer puntaje basado en la valoración clínica previa a la intervención de enfermería (mantener a:) y un segundo puntaje hipotético basado en lo esperado posterior a la intervención de enfermería (aumentar a:) Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.	Determinar las intervenciones prioritarias para el logro del objetivo o criterio de resultado, basándose en las intervenciones establecidas en la Clasificación NIC . Seleccionar las actividades prioritarias. Si es necesario añadir nuevas actividades congruentes con la intervención.
Ejemplo: Cáncer	Ejemplo: Dominio 11: Confort Clase 1: Confort físico Dolor agudo Dolor crónico Nauseas Disposición para mejorar el bienestar Clase 2 Confort ambiental	Ejemplo: Dominio 11: Confort Clase 1: Confort físico Dolor crónico Nauseas Disposición para mejorar el bienestar Clase 2 Confort	Ejemplo: Real: Etiqueta diagnóstica R/C Factor relacionado M/P Características definitorias Dolor crónico r/c incapacidad física crónica m/p conducta de defensa, irritabilidad y agitación. De riesgo: Etiqueta diagnóstica R/C Factores de riesgo De salud o bienestar Etiqueta diagnóstica M/P Características definitorias	Ejemplo: Dolor crónico Efectos nocivos psicológica adversa Dolor: Respuesta Nauseas, vómitos: Efectos nocivos Nivel de dolor Severidad de las náuseas y vómitos Severidad de los síntomas: peri menopausia Severidad de los síntomas	Ejemplo: Resultado: Nivel de dolor Indicador: Dolor referido Escala: 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Ligeramente comprometido 5. No comprometido Puntuación Diana: Mantener a: Aumentar a:	Ejemplo: Dolor crónico Intervenciones Acupresión aplicación de calor o frio Aromaterapia Contacto terapéutico Estimulación cutánea Estimulación nerviosa Manejo de las náuseas Manejo del dolor Manejo de prurito Actividades Realizar valoración exhaustiva del dolor Observar claves no verbales de molestias Considerar influencias culturales, etc.

Fuente: Comisión permanente de enfermería Secretaría de Salud, 2012.

ANEXO 3. FORMATO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE CIJ

		PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
Dominio:	Clase:	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA PROBLEMA: FACTORES RELACIONADOS (M/P): CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS (R/C) PROBLEMA DE COLABORACIÓN:				1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Ligeramente comprometido 5. No comprometido	Mantener a: Aumentar a:
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)					
INTERVENCIONES (NIC)			INTERVENCIONES (NIC)		
ACTIVIDADES			ACTIVIDADES		
INTERVENCIONES DEPENDIENTES (De prescripción médica)			INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES		
RESPONSABLE					

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso M. y Rodríguez, L. (2000) Modelos de Atención de Enfermería. *Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 8(1): 37-43.
2. Barrientos, G., Cala, M. y Bataillo, A. (1999). Comunidad Terapéutica: Experiencia de trabajo en la sala de Psiquiatría del Hospital Militar. *Revista Cubana de Enfermería*. 15 (3): 149-53.
3. Cutcliffe, J. (2011). *Modelo de enfermería: aplicación a la práctica*. México. Manual Moderno.
4. Espinosa, M. y Villar, M. (2013). El relacionamiento terapéutico percibido por profesional que otorga cuidados en Comunidades Terapéuticas. *Revista Enfermería Río de Janeiro*. 21 (3):312-7.
5. González, S., Romero, G. y Romero, M. (2013). Conocimiento sobre la diferencia entre el diagnóstico enfermero y el problema interdependiente. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 21 (2): 63-67.
6. Guerrero, M., Pérez, M., Flores, M. y Trujillo, G. (2011) Teorías y modelos de enfermería. Una aproximación a la lectura crítica. *Revista enfermería del IMSS*. 19 (1):5-18
7. Guía de Intervención en Enfermería (2012). Secretaría de Salud. México.
8. Guía Técnica de la Unidad de Hospitalización. (2012). Centros de Integración Juvenil.
9. Johnson, M., et al. (2012). *Vínculos de NOC y NIC a NANDA I y diagnósticos médicos*. Barcelona, España: Elsevier.
10. Libéana, C. (2004). Enfermería y adicciones: las nuevas tendencias. *Revista Española de Drogodependencias*. 29 (1y 2): 104-117.
11. Marriner, A. y Raile, M. (2007). *Modelos y Teorías en Enfermería*. España. Elsevier.
12. Moral, G. y Antía, F. (2011). Revisiones bibliográficas. Ventajas e inconvenientes de la aplicación de los Modelos de Enfermería en la práctica.
Recuperado de <http://bucserver01.unican.es/xmlui/handle/10902/454>
13. Morán A. y Mendoza R. (2010). *Proceso de Enfermería. Uso de los lenguajes NANDA, NIC y NOC*. México: Trillas.
14. Moreno, J. (2004) Enfermería y Unidad de desintoxicación. *Revista española de Drogodependencias*. 29 (1y 2). 137-148.
15. Nava, M.G. (2012) Modelo conceptual de Enfermería, su relación de ética y bioética del cuidado con la persona y su dignidad. *Revista de Enfermería Neurológica*. 11 (2): 91-97.

16. Navarro, Y. y Castro, S. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de Enfermería. *Revista Enfermería Global*. 1. 1-14.
17. Orem, D. (1993) *Modelo de Dorothea Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica*. Barcelona, España: Ediciones Científicas y Técnicas.
18. Ortiz de Zárate, A., Alonso, I., Ubis, A. y Ruiz, M. (2011). *Guías de cuidados de enfermería en Salud Mental. Volumen 6. Adicciones*. España: Elsevier.
19. Posos, M. y Jiménez, J. (2013). Estandarización del cuidado mediante el plan de cuidados de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 21 (1): 29-33.
20. Raile, M. y Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier.
21. Reidl, L. M. (2012). *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de las conductas adictivas*. México: UNAM.
22. Rivero, et al (2007). Valoración ética del Modelo de Dorothea Orem.
Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2007000300012
23. Sanoguera, M. (2004). Los cuidados enfermeros desde una Unidad de conductas adictivas: hacia la excelencia. *Revista española de drogodependencias*. 29 (1 y 2): 118-126.
24. Schulthz, J. y Videbeck, S. (2010). *Enfermería Psiquiátrica. Planes de cuidado*. México. Manual Moderno.
25. Tellez, S. y García, M. (2012). *Modelos de cuidado en Enfermería. NANDA, NIC Y NOC*. México. McGraw-Hill Interamericana.
26. Urra, E. (2009) Avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. *Revista Ciencia y Enfermería*. XV (2):9-18.
27. Vega, O. y González, D. (2007). Teoría del Déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. *Revista Ciencia y Cuidado*. 4 (4): 28-35.