

| Criterios del modelo | Cumple | |
|---|--------|----|
| | Sí | No |
| Estructura. Consistencia semántica y de claridad y consistencia estructural. Alude a la forma estructural consistente de los términos en la teoría. Se identifican los conceptos y sub conceptos principales y sus definiciones evalúan la “adecuación lógica” según la “estructura lógica de los conceptos y enunciados” propuestos en la teoría | | |
| Claridad. ¿En qué medida es suficientemente clara la teoría? Se refiere al significado de los términos que se emplean y a la consistencia de las definiciones | | |
| Congruencia. Tiene secuencia lógica entre sus componentes | | |
| Criterios de la teoría | Sí | No |
| Claridad. Cuenta con claridad de y entre sus componentes; se comprende el contenido y el abordaje de cada uno de ellos | | |
| Sencillez ¿Hasta qué punto es sencilla esta teoría? Es suficientemente comprensible, presentada en un nivel de abstracción para servir de guía y tener los mínimos conceptos posibles, junto con relaciones simples, para facilitar la claridad | | |
| Generalidad. ¿En qué grado es general esta teoría? Habla del alcance de las aplicaciones y del objetivo en la teoría, “cuanto mayor es el campo de aplicación, mayor es la importancia de la teoría”. La consideración de la práctica de la enfermería en un contexto teórico ayuda a los estudiantes a desarrollar competencias analíticas y de razonamiento crítico, y a esclarecer sus valores y presunciones | | |
| Aplicabilidad. El modelo es aplicable en cada uno de los componentes, lo cual mejora la práctica de enfermería en cada uno de sus escenarios | | |
| Importancia. ¿En qué medida es importante esta teoría? Puede establecerse un paralelismo entre resultado e importancia. Si la teoría y la práctica están relacionadas de modo significativo, y generan nuevas ideas y diferencias en el centro de interés de la enfermería de otras profesiones | | |
| Accesibilidad. ¿Hasta dónde es accesible esta teoría? Los profesionales tienen acceso y el modelo es accesible en su aplicación con independencia del nivel de formación académica y experiencia práctica | | |

Referencia de apoyo: Raile-Alligood (2015).

Resultados de la validación: Modelo Integral del Cuidado de Enfermería (MICENF). Centrado en la Persona

Periodo: del 1° al 10 de diciembre de 2024

Objetivo: el proceso de validación permitirá confirmar la importancia, fundamento, utilidad, aplicación y aportación del Modelo Integral del Cuidado de Enfermería (MICENF) Centrado en la Persona a la disciplina de enfermería.

| | | Modelo | | | Teoría | | | | | | |
|-----------|----------|---|---|--|--|---|---|--|---|---|--|
| Validador | Criterio | Estructura | Claridad | Con-gruencia | Claridad | Sencillez | Generali-dad | Aplicabili-dad | Importancia | Accesibi-lidad | Sostenibi-lidad |
| | | Forma estructural consistente de los términos en la teoría. Se identifican los conceptos y subconceptos principales y sus definiciones; evalúa la “adecuación lógica” según la “estructura lógica de los conceptos y enunciados” propuestos en la teoría | Claridad de la teoría: se refiere al significado de los términos que se emplean, y consistencia de las definiciones | Tiene se-kuencia lógica entresus componentes | Claridad de y entre sus componentes, se comprende el contenido y abordaje de cada uno de ellos | Es comprensible, presentada en un nivel de abstracción para servir de guía y tener los mínimos conceptos posibles, junto con relaciones simples, para facilitar la claridad | Alcance de las aplicaciones y del objetivo en la teoría, “cuanto mayor es el campo de aplicación, mayor es la importancia de la teoría” | Aplicable en cada uno de los componentes, mejora la práctica de enfermería en cada uno de sus escenarios | Paralelismo entre resultado e importancia. Si la teoría y la práctica están relacionadas de forma significativa generan nuevas ideas y diferencias | Acceso al modelo, es accesible en su aplicación con independencia del nivel de formación académica y experiencia práctica | El modelo contiene la información y la metodología disciplinar para hacer sostenible su aplicación en la práctica diaria |
| 1 | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| 2 | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| 3 | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| 4 | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| 5 | Sí | No | No | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | No | Sí |
| 6 | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| 7 | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| 8 | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| 9 | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |

También se agregaron los comentarios emitidos por cada validador sobre el Modelo Integral del Cuidado de Enfermería

Resumen de los comentarios finales de los validadores

| | |
|---|---|
| 1 | El Modelo cuenta con suficiente respaldo teórico |
| 2 | Excelente aportación al conocimiento y guía para la práctica del ejercicio profesional y la formación de enfermería. Fundamentos para desarrollar la enfermería basada en la evidencia, por ende, el impacto en la investigación en enfermería |
| 3 | El modelo es muy bueno para la práctica |
| 4 | Permite una excelente inducción referencial al abordaje, es claro, direcciona al lector hacia una comprensión plena del modelo integral del cuidado centrado en la persona, al abordar en detalle los puntos que se incluyen en su abordaje, por lo que no deja sin cubrir ningún aspecto; justifica la atención holística y dirigida a la persona o el paciente. Es pertinente y funcional fortaleciendo la profesionalización de la disciplina de enfermería; el abordaje de las conceptualizaciones no permite que el lector se pierda o se confunda en la realización de la planeación al mostrar una forma fresca, clara y sencilla; además, es atemporal, pues se puede aplicar en cada momento; la ciencia fundamenta las acciones |
| 5 | Lectura incompleta del documento por el validador, quien menciona “gran aportación la propuesta del modelo, sin embargo lo que ha logrado al resaltar el gran trabajo clínico y metodológico de los profesionales de enfermería se ve dañado al señalar la intervención de enfermería como dependiente”; ante el comentario del validador se revisa la información de las intervenciones de enfermería referidas en el documento del modelo; se verifica que dicho modelo menciona la clasificación de intervenciones de enfermería existentes y que propone intervenciones integrales independientes e interdependientes mas no dependientes |
| 6 | Un buen documento para la disciplina de enfermería, con buenas partes para mejorar el cuidado que brinda enfermería |
| 7 | Para quienes amamos cuidar y amamos a la enfermería en todo su contexto, los modelos y metodología nuevos que mejoren nuestra práctica sin lugar a dudas serán del todo bien recibido y aplicados. En relación con los criterios de “sencillez” y “accesibilidad”, el modelo requiere que el profesional de enfermería tenga un perfil no solo académico o juicio crítico, sino un perfil de sensibilidad y conciencia solidaria por el que sufre. En cuanto a la accesibilidad, dependerá de los líderes que dirijan al personal para que adopten el modelo y se difunda para que se pueda implementar en las unidades de salud |
| 8 | El escrito aborda de manera general conceptos elementales del cuidado de enfermería y las define de manera esquemática, lo que permite tener un panorama lógico para su aplicación |
| 9 | Un libro con la base conceptual del cuidado de enfermería y elementos del proceso de atención de enfermería centrado en la persona excelentemente bien integrados |

Fuente: cédulas de validación del Modelo Integral del Cuidado de Enfermería (MICENF) Centrado en la Persona.

DATOS DE LOS VALIDADORES

| | Nombre | Institución | Cargo |
|---|--|---|--|
| 1 | Dr. Francisco Cadena Santos | Universidad Autónoma de Tamaulipas Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería (FEMAFEE) | Presidente |
| 2 | Dra. Ana Lidia Barrón Raygoza | Instituto Interamericano de Educación Superior para la Salud (IIESS), Guaymas, Sonora | Directora académica |
| 3 | Mtra. María Guadalupe Barrientos Benítez | Universidad Isabel de Hungría, Apizaco, Tlaxcala | Subdirectora académica |
| 4 | Mtra. Laura Marcela Cuéllar Espinoza | Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Guadalajara, Jalisco | Profesor investigador asociado B |
| 5 | Dra. Gloria Ángeles Ávila | Universidad Autónoma del Estado de México | Profesora de tiempo completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia |
| 6 | Mtro. Moisés Emmanuel Solano Contreras | Universidad de Guadalajara, Centro Universitario del Sur, Ciudad Guzmán, Jalisco | Profesor de tiempo completo |
| 7 | Mtra. Amparo Consola Gapi | Escuela de Enfermería Gotinga, Coatzacoalcos, Veracruz | Directora académica |
| 8 | Dra. Esmeralda Fuentes Fernández | Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo | Profesor investigador de carrera de la División de Ciencias de la Salud de la Licenciatura en Enfermería |
| | | Enfermera jefe de Servicio del Hospital General de Chetumal. SESA-IMSS Bienestar | Enfermera jefe de servicio |
| 9 | Dra. Sonia Olarte Romero | Hospital General Tapachula, Tapachula, Chiapas | Subjefe de Educación e Investigación en Enfermería |

Capítulo I

Fuentes Teóricas del MICENF Centrado en la Persona

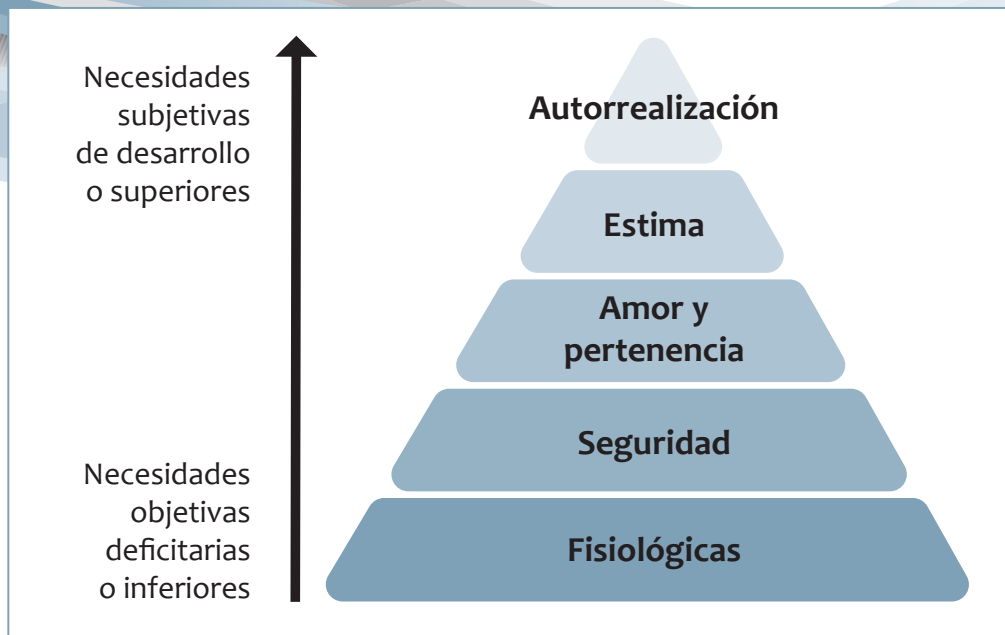


Figura 1-1. Pirámide de necesidades de Maslow.

Cuadro 1-1. Características de las personas autorrealizadas

| | | | |
|---|---|---|---|
| a) Presentar un punto de vista realista ante la vida | e) Necesidad de intimidad y un cierto grado de distanciamiento | i) Identificación con la humanidad | m) Vivo sentido del humor sin crueldad |
| b) Aceptación de ellos mismos, de los demás y del mundo que los rodea | f) Independencia y capacidad para funcionar por su cuenta | j) Relaciones profundamente amorosas e íntimas con algunas personas | n) Creatividad |
| c) Tienen espontaneidad | g) Visión no estereotipada de la gente, de las cosas y de las ideas | k) Valores democráticos | ñ) Inconformismo |
| d) Preocupación por resolver los problemas más que pensar en ellos | h) Historia de profundas y excepcionales experiencias espirituales | l) habilidad de separar los medios de los fines | o) Habilidad para elevarse por encima de su ambiente más que adaptarse a él |
| p) Necesidades de trascendencia. Grado final de motivación, un sentido de la comunidad y la necesidad de contribuir a la humanidad, necesidad asociada con el sentido de obligación hacia otros basada en sus propios dones | | | |

Fuente: Elizalde (2006)



Figura 1-2. Modelo de esencia, cuidado y curación (tomado de Hall, 1964; Raile, 2019).

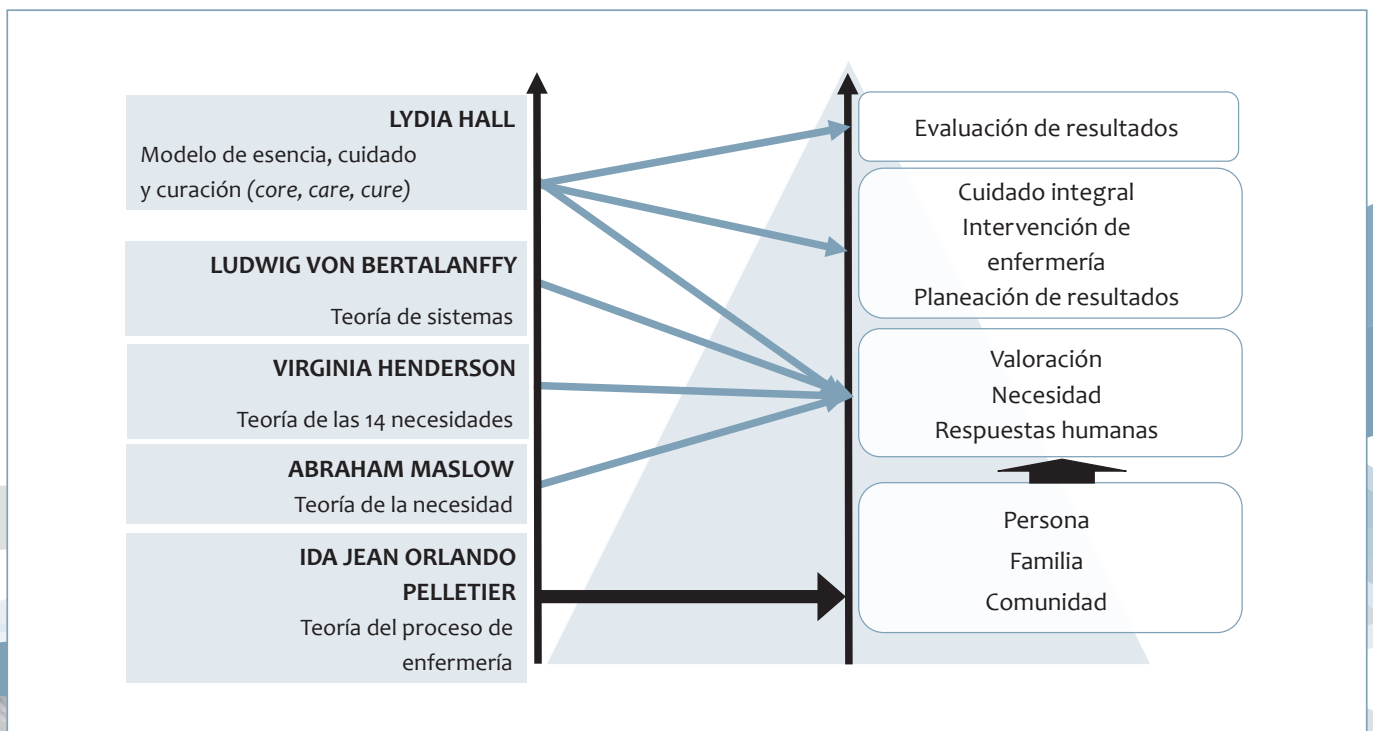


Figura 1-3. Esquema: relación del sustento teórico del MICENF.

Capítulo II

Conceptos relacionados con el MICENF Centrado en la Persona

Cualidades del pensamiento crítico



Figura 2-1. Esquema de las cualidades del razonamiento crítico y pensamiento clínico de enfermería.

Cuadro 2-1. Clasificación de modelos

| Físicos | Verbales | Esquemáticos | Cuantitativos |
|--|--|--|-------------------------------|
| Pueden asemejarse a la realidad que representan, por ejemplo, órganos del cuerpo humano o de un formato más abstracto sin perder por ello algunas de sus propiedades físicas | Se expresan mediante anuncios verbales | Adoptan la forma de diagramas, dibujos gráficos o imágenes | Utilizan símbolos matemáticos |

Cuadro 2-2. Algunas teorías de enfermería

| Teorías filosóficas | Teórica | Modelo |
|--|----------------------|---|
| Teoría del entorno, cinco componentes principales de un entorno positivo o saludable | Florence Nightingale | Ventilación y luz adecuadas, calor suficiente, control de los efluvios y del ruido |
| El arte de la enfermería con atención a la necesidad de los pacientes con espíritu maternal para resolver la necesidad de ayuda del paciente | Ernestine Wiedenbach | Orientación en cuatro elementos: 1) filosofía, 2) objetivos, 3) práctica y 4) arte |
| Ve al paciente como una persona que requiere ayuda para lograr la autosuficiencia | Virginia Henderson | Hace hincapié en el arte de enfermería y señala las 14 necesidades básicas de los pacientes que requieren cuidados |
| Método de resolución de problemas en el proceso de curación del paciente, modelando las actitudes, competencias intelectuales y habilidades | Faye Glenn Abdellah | Afirma el análisis sistemático de la investigación para validar los 21 problemas de enfermería |
| Función autónoma de enfermería Rehabilitar al paciente y transmitir un sentimiento de éxito en autorrealización y autoestima | Lydia E. Hall | Modelo compuesto por tres círculos concéntricos: 1. Uso terapéutico del yo (espiritual) 2. El tratamiento dentro del equipo sanitario 3. El componente efectivo (cuidados) |
| Teoría del entorno, cinco componentes principales de un entorno positivo o saludable | Florence Nightingale | Ventilación y luz adecuadas, calor suficiente, control de los efluvios y del ruido |
| El arte de la enfermería con atención a la necesidad de los pacientes con espíritu maternal para resolver la necesidad de ayuda del paciente | Ernestine Wiedenbach | Orientación en cuatro elementos: 1) filosofía, 2) objetivos, 3) práctica y 4) arte |
| Ve al paciente como una persona que requiere ayuda para lograr la autosuficiencia | Virginia Henderson | Hace hincapié en el arte de enfermería y señala las 14 necesidades básicas de los pacientes que requieren cuidados |
| Método de resolución de problemas en el proceso de curación del paciente, modelando las actitudes, competencias intelectuales y habilidades | Faye Glenn Abdellah | Afirma el análisis sistemático de la investigación para validar los 21 problemas de enfermería |
| Función autónoma de enfermería Rehabilitar al paciente y transmitir un sentimiento de éxito en autorrealización y autoestima | Lydia E. Hall | Modelo compuesto por tres círculos concéntricos: 1. Uso terapéutico del yo (espiritual) 2. El tratamiento dentro del equipo sanitario 3. El componente efectivo (cuidados) |
| Visión existencial fenomenológica de la psicología y las humanidades; la enfermería es una ciencia humanística para promover y recuperar la salud; atención integral que fomente el humanismo, salud y calidad de vida | Jean Watson | Definió 10 factores creativos, sentimientos y acciones de enfermería, el paciente y el profesional; lo que enfermería siente, comunica, expresa; experimenta y promueve; sensibiliza a los profesionales en el aspecto humano |
| El cuidado de los enfermeros y la comprensión de la persona. Fenómeno del cuidado como un vínculo que une a las personas | Patricia Benner | Modelo de adquisición de habilidades y desarrollo de cinco fases de prestación de cuidados: principiante, principiante avanzada, competente, eficaz y experta. De las cuales se deducen 7 dominios y 31 competencias asociadas |
| Modelos conceptuales | | |
| Describe el autocuidado por una necesidad humana y la enfermería como un servicio; necesidad de la persona en cuanto al autocuidado continuado para prolongar la vida y la salud | Dorothea E. Orem | Tres teorías para la evolución continuada: • Autocuidado • Déficit de autocuidado • Teoría de sistemas |
| Validó disciplinas científicas para analizar las diversas prácticas de enfermería, técnicas y habilidades de la disciplina | Myra Estrin Levine | Formulación de cuatro principios de conservación para ayudar a los pacientes a adaptarse a su medio. Propone tres teorías: las de la conservación, la redundancia y la intención terapéutica |
| Influencia de la teoría general de sistemas y la teoría de los campos, condición de arte y ciencia. Influencia importante en la investigación. | Martha E. Rogers | Modelo del concepto del ser humano unitario con su entorno |
| Los problemas de enfermería se deben a alteraciones en la estructura o subsistemas por el nivel conductual por debajo del deseable | Dorothy E. Johnson | Modelo de sistema conductual para la práctica, formación e investigación en enfermería, incluye subsistemas de dependencia: éxito, agresivo-protector, de ingestión, de eliminación y sexual |
| Teoría de la adaptación de Helson. Síntesis de varias teorías como sistemas, tensión y adaptación; la interacción de la persona con su medio como ser biopsicosocial | Sor Callista Roy | Modelo conceptual de adaptación de Roy; el entorno y el yo transmiten tres clases de estímulos: focal, residual y contextual, creando necesidades, y uno o más modos de adaptación fisiológica e identidad, función de roles e interdependencia |
| Utiliza la teoría de la Gestalt, el estrés y los sistemas combinados con niveles de prevención. La persona como un todo en el ambiente | Betty Neuman | El modelo conceptual de la enfermería provisto de dos teorías: la estabilidad óptima del paciente y la prevención como intervención |

Fuente: Marriner-Tomey y Reile-Alligood (1999)

Capítulo III

Modelo Integral del Cuidado de Enfermería (MICENF) Centrado en la Persona

| Cuadro 3-1. Clasificación del conocimiento. Modelo Integral del Cuidado de Enfermería | |
|--|---|
| Nivel de estructura | Componente |
| Metaparadigma | Persona, entorno, salud, enfermería |
| Filosofía | Abraham Maslow |
| Modelos | Ida Jean Orlando (Pelletier) Lydia Hall: modelo de esencia, cuidado y curación Modelo del cuidado de enfermería |
| Teoría | Abraham Maslow, clasificación de la necesidad Ida Jean Orlando (Pelletier): proceso de atención de enfermería Lydia Hall: modelo de esencia, cuidado y curación |
| Metodología | Proceso de atención de enfermería (PAE) |



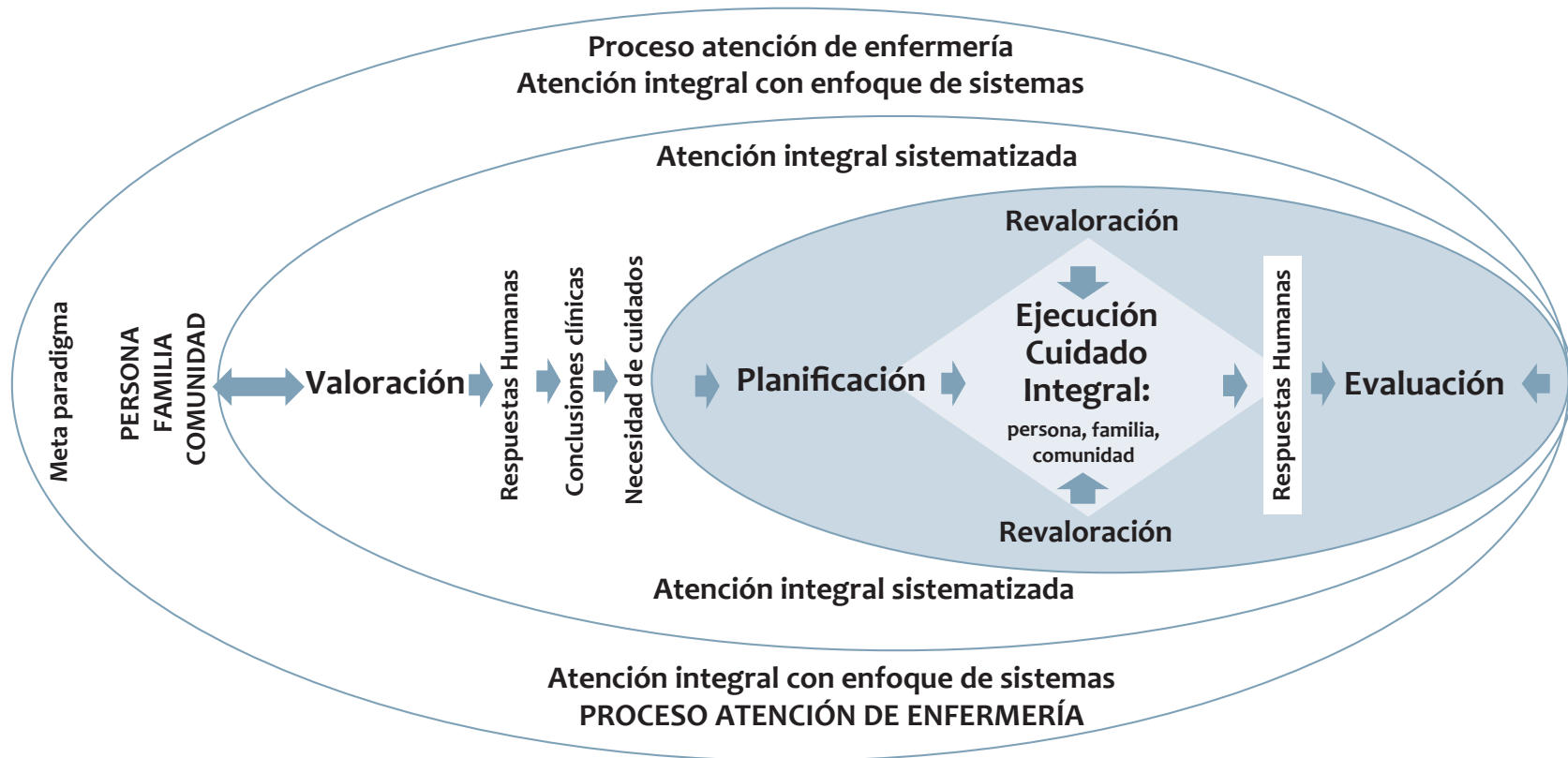
Figura 3-1. Elementos del metaparadigma de enfermería aplicado al MICENF Centrado en la Persona y la importancia de los determinantes sociales de la salud.



Figura 3-2. Relación axiomática de los componentes de las afirmaciones.

Cuadro 3-2. Componentes del MICENF

| |
|--|
| Conceptos disciplinares de enfermería |
| Sustento teórico |
| Conceptos propios del Modelo Integral del Cuidado de Enfermería Centrado en la Persona |
| Metaparadigma de enfermería |
| Supuestos |
| Cuidado Integral de Enfermería Centrado en la Persona |
| Aplicación del Modelo Integral del Cuidado de Enfermería Centrado en la Persona |



COMPONENTES

PAE, ATENCIÓN INTEGRAL, TEORÍA DE SISTEMAS
 CUIDADO INTEGRAL, ATENCIÓN SISTEMATIZADA

Figura 3-3. Modelo Integral del Cuidado de Enfermería (MICENF) con atención centrada en la persona.

Cuadro 3-3. Determinantes sociales en el sujeto de estudio

| Persona | Familia | Comunidad |
|--|--|---|
| Sujeto de estudio | Núcleo Sujeto de estudio | Entidad Sujeto de estudio |
| <p>La persona es el individuo que tiene la capacidad de autocuidarse, prever o proveer su cuidado, de afirmar la conducta en función de la motivación o de un impulso (intrínseco o extrínseco) en su propio entorno</p> <p>Es el sujeto de estudio en quien se centra la atención y el cuidado de enfermería de forma integral en todas sus dimensiones</p> <p>El sujeto requiere cuidados y atención en salud como respuesta al nivel de necesidad de sus respuestas humanas</p> <p>El resultado buscado a través la solución del problema</p> | <p>La familia se entiende como la institución social más antigua</p> <p>La OMS, en 2003, definió a la familia como “Miembros del hogar que están emparentados entre sí hasta cierto grado, por sangre, adopción o matrimonio”</p> <p>La familia es la concepción global social concebida como una unidad vital para el desarrollo de su estructura; en ella se gesta los valores, el estilo de vida, el nivel educativo, la enseñanza y promoción de salud, calidad de vida, comportamiento social en el núcleo familia y colectividad social; la familia es el origen de la estructura social</p> | <p>Las familias conforman las comunidades y el tejido social de cualquier entorno</p> <p>Las comunidades tienen su propia historia, cultura, tabús, paradigmas, usos y costumbres, leyes y formas de vida específicos; establecen hábitos y comportamientos</p> <p>Las comunidades no solo son el núcleo del tejido social, forman sociedades y ciudadanos; conforman redes de apoyo; establecen la estructura de desarrollo, político, social, económico, cultural, religioso, nivel de salud y calidad de vida</p> <p>Cada característica determina socialmente las condiciones de vida y estas, a su vez, la situación de salud de sus integrantes</p> |
| <p>Efecto de los determinantes sociales en la salud (entorno, mundo cambiante)</p> | | |

Cuadro 3-4. Valoración de las respuestas humanas

| Definición | Importancia | Conclusión |
|--|---|--|
| <p>Es la evaluación de las actuaciones de la persona, familia o comunidad en la etapa de valoración</p> <p>Las respuestas humanas ante el fenómeno de la salud, el bienestar o la enfermedad, y de procesos vitales concluyen clínicamente en la determinación de alteraciones de tipo fisiológico, biológico, físico, psicológico, social, espiritual, cultural, religioso, e incluso de conducta, sentimientos o emociones</p> <p>En otras palabras, para el modelo integral del cuidado, la concepción del sujeto de estudio es un sistema totalitario integrado de subsistemas y en interrelación con el medio ambiente</p> | <p>Las dimensiones existenciales de la persona expresan y demuestran la necesidad de cuidado cuando la salud se ve amenazada o existe falta de autocuidado</p> <p>La satisfacción de las necesidades del ser humano es una fuerza asociativa con la propia conducta</p> <p>El cuidado definido a priori y orientado a la satisfacción de las necesidades humanas es un pensamiento social resiliente de adaptación a la supervivencia ante las condiciones ambientales</p> <p>De ahí su importancia de concebir al ser humano como persona en todas sus dimensiones</p> | <p>La visión de construir una mejor salud es una cuestión de voluntad</p> <p>El objetivo es encontrar la motivación para recuperar la salud, y mejorarla, como resultado del impulso intrínseco</p> <p>El uso de la lógica y la razón conducen a la resignificación de la totalidad de la persona, en medida de la conciencia ontológica, en cuanto a sentir la necesidad de resiliencia con el medio ambiente y el entorno que lo rodea</p> |

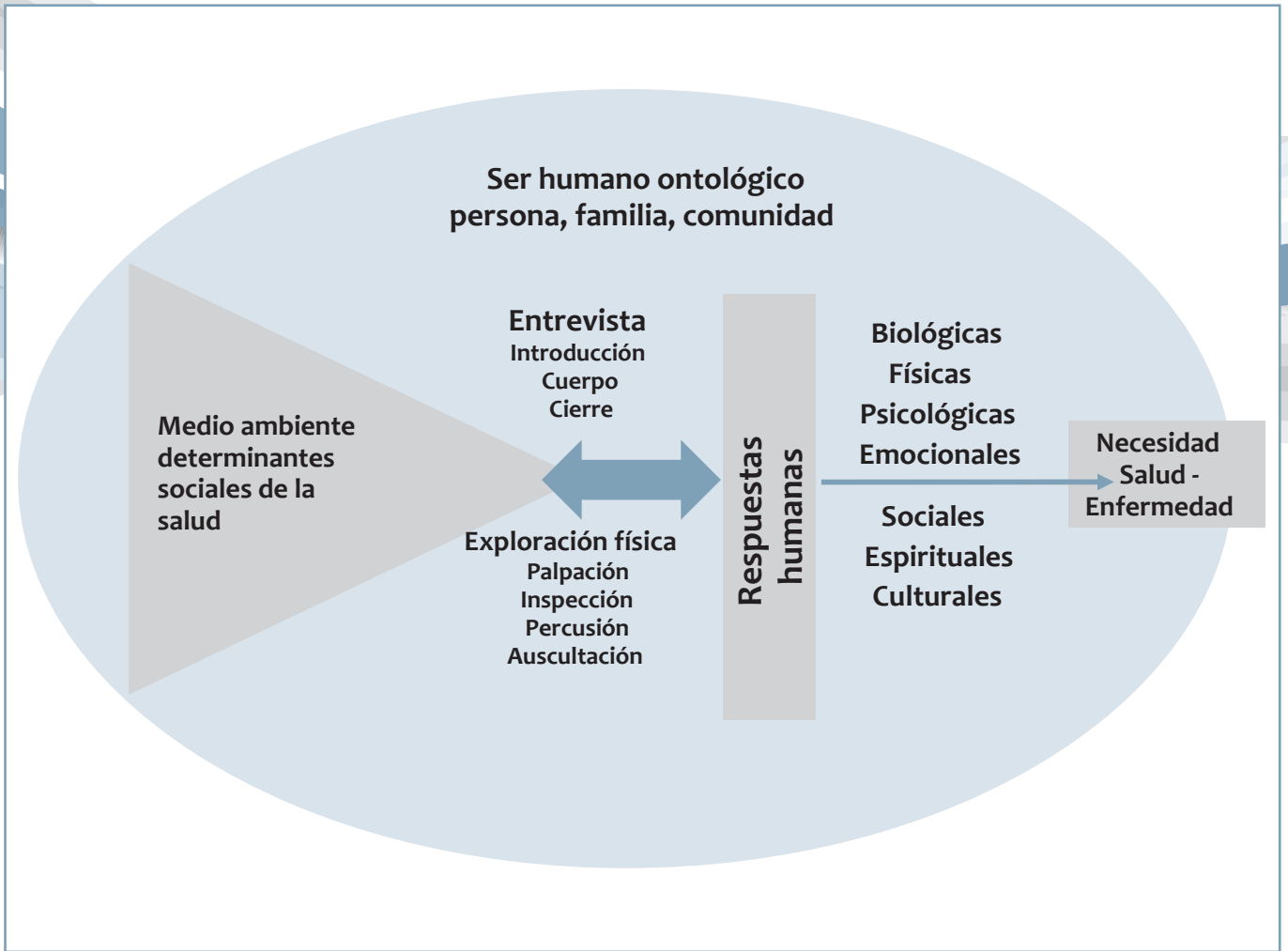


Figura 3-4. Sistematización de la valoración de enfermería.

Cuadro 3-5. Propuesta de métodos para la valoración

| Métodos propios, disciplina de enfermería | | Métodos biologicistas | |
|---|------------------------|------------------------|------------------|
| Patrones funcionales Marjory Gordon | Marcos conceptuales | Aparatos y sistemas | Céfalo caudal |

Cuadro 3-6. Clasificación de respuestas humanas

Clasificación de respuestas humanas

Dimensiones

| Biológica-fisiológica | Física | Psicológica | Emocional |
|---|--|--|--|
| <p>Un concepto amplio que analiza: La secuencia de la genética y la fisiología, así como las conductas derivadas de la biología propiamente</p> <p>Respuestas fenomenológicas de la enfermedad, discapacidades, edad, género, herencia genética y otros aspectos relacionados</p> | <p>Se refiere al nivel de condición y actividad física, estilo de vida, vigor, fuerza, proporción corporal, estado nutricional, índice de masa corporal, discapacidades, deformidades</p> <p>Datos cronológicos entre edad, género, estatura y otros aspectos relacionados</p> | <p>Se valora el aspecto cognitivo, comportamientos, trastornos de conductas, anímicos, psicóticos, de imagen corporal; la función adaptativa a los entornos, aspectos traumáticos, el estrés, la psicopatología, la personalidad y otros fenómenos traumáticos y aspectos relacionados</p> | <p>Valoración del fenómeno individual o colectivo a través de evaluar respuestas emocionales subjetivas, tendencias de acción, de motivación, de estados y cambios fisiológicos, afectivos, expresivos y conductuales, emotivos de momentos significativos del sujeto de estudio, al igual que otros aspectos relacionados</p> |
| Social | Espiritual | Cultural | Otros |
| <p>Normas de comportamiento, diversidad social y económica, valores morales, problemas sociales, migración, entorno social, estilo de vida, asistencia sanitaria y sistemas de salud, y otros aspectos relacionados</p> | <p>Habilidad del individuo para poder afrontar o manejar las consecuencias del evento, y que incluye evaluar la responsabilidad en la situación, concepción de salud, enfermedad y muerte, y otros aspectos relacionados</p> | <p>Pensamiento colectivo, creencias, actitudes, valores, prácticas propias, etnicidad, entorno o ambiente cultural, usos, costumbres, estilos de vida, concepción de salud, enfermedad y muerte, y otros aspectos relacionados</p> | <p>Algunas otras características propias de las comunidades, tribus o grupos que aún puedan ser desconocidos</p> |

Cuadro 3-7. Características del formato PES

Estructura y orden de las respuestas humanas en formato PES

| Problema | Etiología | Signos y síntomas |
|---|---|---|
| <p>Se refiere al comportamiento aislado o controlado de la condición de salud presente o previsible del nivel de necesidad de cuidados, intervención o atención que presenta el sujeto de estudio (persona, familia o comunidad) en un estado de salud o enfermedad</p> <p>Salud: “El completo estado de bienestar, físico, mental y social” (OMS)</p> | <p>Factores causales del problema de salud que expresa el sujeto de estudio. La etiología describe el origen de la causa de enfermedad involucrando diferentes factores propios del sujeto de estudio (persona, familia o comunidad), y los determinantes sociales de la salud, el ambiente o entorno</p> <p>Las causas o factores causales pueden ser:</p> <p>Predisponentes: como el estado de la vivienda, de infraestructura poblacional, la calidad del aire o de las aguas de consumo, los alimentos, la incidencia de conductas que alteran el funcionamiento fisiológico del cuerpo humano y el comportamiento, entre otras</p> | <p>Señales o manifestaciones. La semiología clínica es el cuerpo de conocimientos que se ocupa de la identificación de las diversas manifestaciones patológicas (síntomas y signos) o datos, y de cómo buscarlos (semiología)</p> <p>La capacidad de observación y de conclusión clínica para deducir la causa a través de la sintomatología es la habilidad del pensamiento crítico que desarrolla el personal de salud para determinar la situación de salud o enfermedad de la persona, familia o comunidad</p> |
| <p>Enfermedad: “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (OMS)</p> | <p>Facilitadores: como alimentación, hábitos de higiene personal en el hogar y en la comunidad, actividad física y descanso para fortalecer y mantener el cuerpo, diversión y afecto para satisfacer necesidades mentales y espirituales; la ausencia de esto se convierte en estímulos desencadenantes, como malas condiciones de vida; situaciones nocivas en el trabajo; falta de servicio de salud pública; malos hábitos, como tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, drogadicción, aumento de peso; aspectos sociales, como bajo nivel escolar, rechazo a medidas sanitarias preventivas, aislamiento de amigos y familiares, y otros</p> <p>Potenciadores: como modos y estilos de vida, hábitos y costumbres diarias, autocuidado (Justo, 1999).</p> <p>Origen o factores relacionados internos y externos: biológico, fisiológico, físico, psicológico, emocional, social, espiritual, cultural y otros, en la relación salud-enfermedad que resulta de la interacción agente-huésped-ambiente en un contexto tridimensional de la salud-enfermedad</p> | <p>Por último, es la manifestación de la condición actual de salud o enfermedad a consecuencia de los múltiples factores relacionados o causales del estímulo desencadenante de la enfermedad del sujeto de estudio (huésped) persona, familia, comunidad</p> |

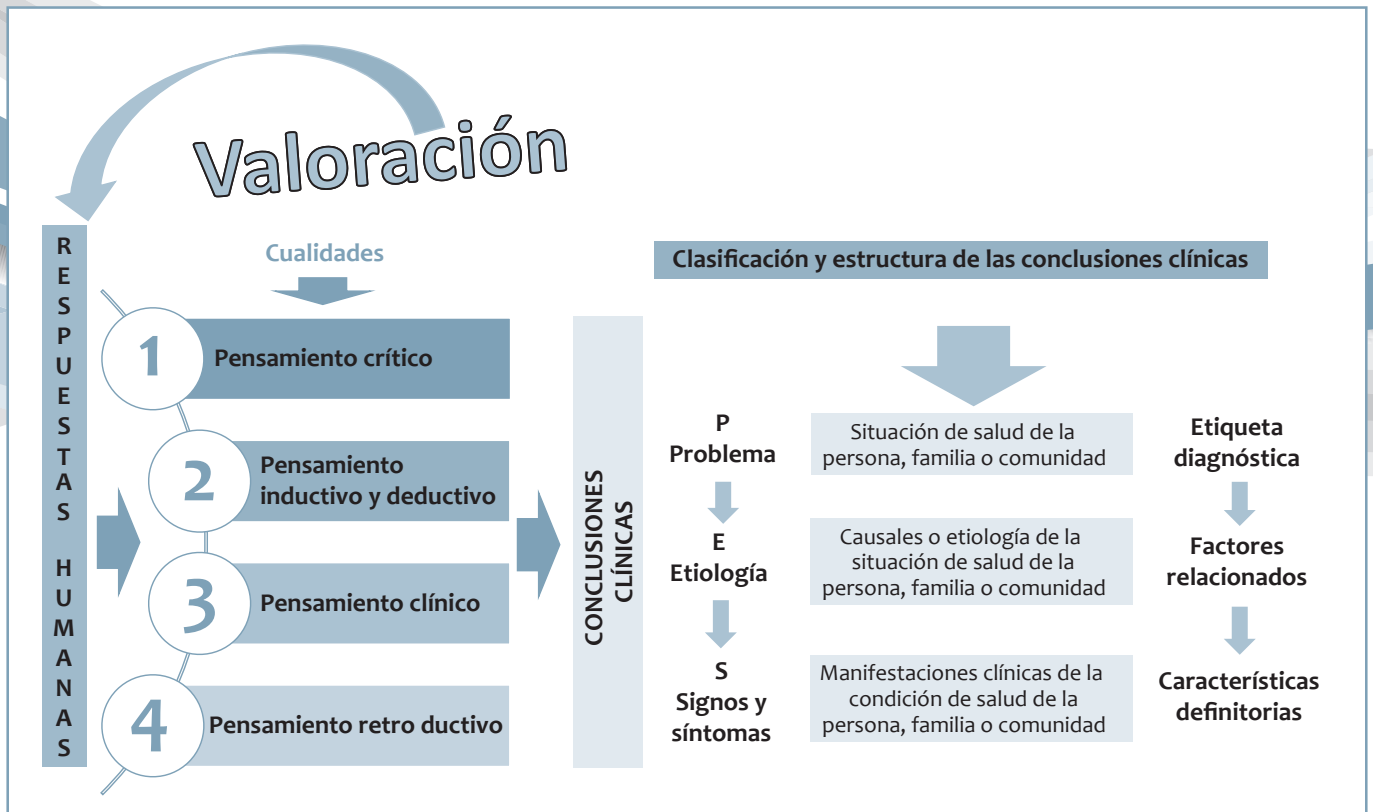


Figura 3-5. Cualidades del profesional de enfermería aplicables para las conclusiones clínicas.

Cuadro 3-8. Ejemplo de aplicación de un proceso lógico-estructurado basado en la valoración de respuestas humanas

| Formato PES Basado en la valoración de respuestas humanas | | |
|--|--|---|
| (P) Problema | Problema de salud real que presenta la persona, familia o comunidad Problema de salud al que se encuentra vulnerable o está en riesgo la persona, familia o comunidad | Dolor abdominal |
| (E) Etiología /causales | Etiología, estudio de la causalidad. Definición de la causa del problema o del riesgo potencial | Relacionado con procedimiento quirúrgico secundario a perforación intestinal |
| (S y S) Signos y síntomas | Identificación de los síntomas y signos | Manifestado con edema circundante, comezón, EVA de 6, facies y expresión verbal, hipotermia, disminución de la TA a 90/60, taquicardia, SCO ₂ 90%, otros |

EVA: escala visual análoga

| Cuadro 3-9. Elementos del resultado esperado | | | |
|---|---|---|---|
| Verbo Enfoque del desenlace | Dimensión Variable a medir | Temporalidad Plazo de cumplimiento | Acción medible Límites y alcances |
| La acción de un verbo para dirigir los resultados Verbo redactado en infinitivo (ar – er – ir) | Variable dirigida a los causales El verbo debe ser congruente con la dimensión de la variable La variable responde a los causales etiológicos del problema de salud | Establecer tiempo de cumplimiento del resultado del verbo y la variable | El enfoque del resultado debe ser medible a corto, mediano o largo plazo El resultado esperado define el cuidado integral: intervenciones y acciones del profesional de enfermería |
| Ejemplo | | | |
| Regular | Nivel de glucemia | En los siguientes 60 minutos | Resultado a corto plazo |
| Regular el nivel de glucemia en los siguientes 60 minutos | | | |

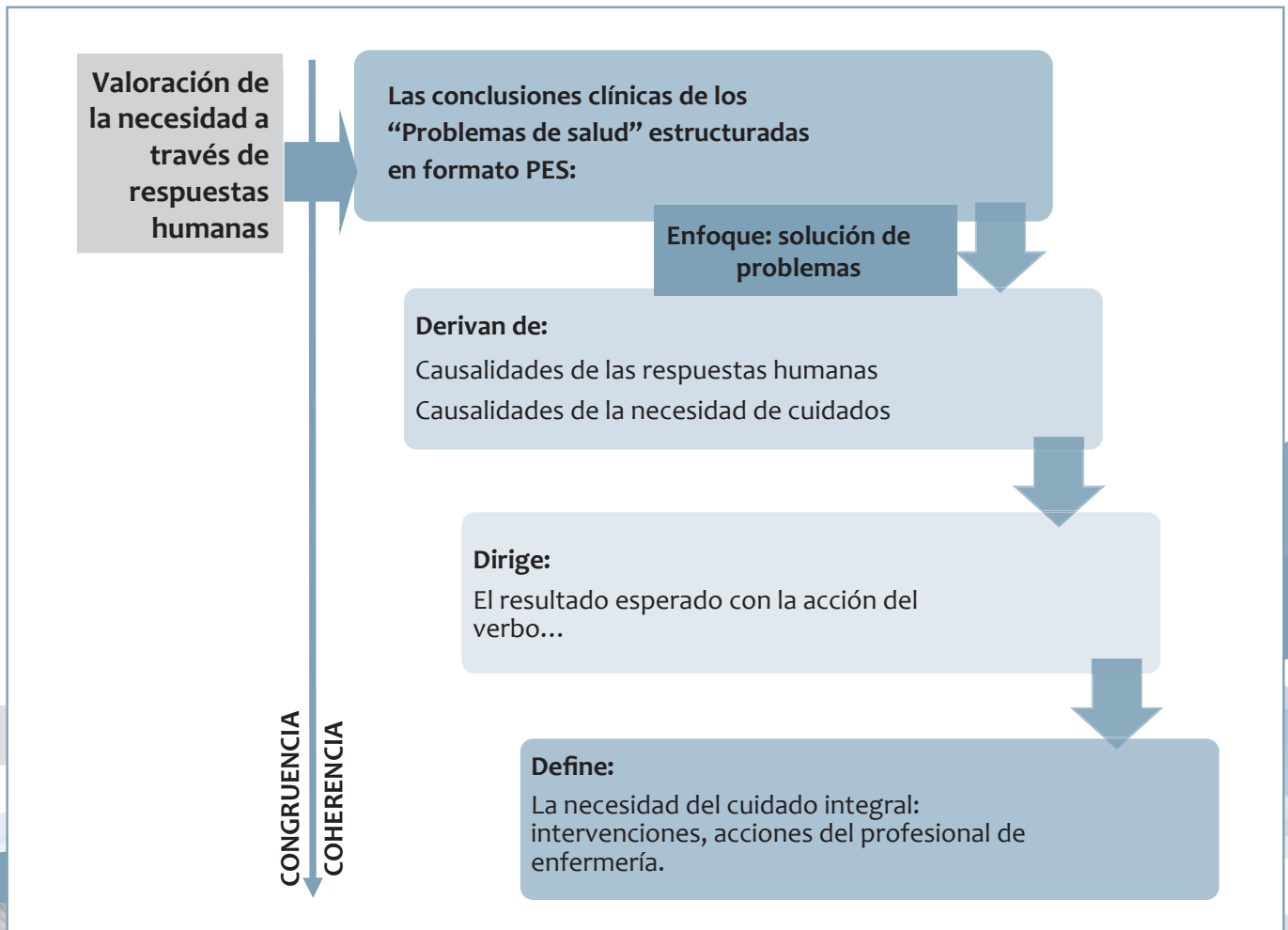


Figura 3-6. Planeación de resultados esperados.

Cuadro 3-10. Definiciones del tipo de cuidado

| Cuidado de enfermería | | |
|---|--|--|
| Individualizado | Estandarizado | General |
| El cuidado individualizado se enfoca y centra en el sujeto de estudio (persona, familia, comunidad) de forma integral, en respuesta a la necesidad de cuidado que presenta el sujeto en el ámbito ambulatorio u hospitalario en una situación de salud o enfermedad | Protocolizar cuidados de enfermería que permiten la mejor toma de decisiones, estableciendo una forma de cuidar efectiva, eficiente, de calidad y con el mejor y más actualizado sustento científico y en apego a la normatividad institucional, local, nacional o internacional | Se conciben como acciones indirectas que complementan las intervenciones de enfermería |

Cuadro 3-11. Intervenciones de enfermería

| Intervención independiente | Intervención interdependiente | Intervención dependiente |
|---|--|---|
| Se refiere a la toma de decisión independiente del profesional de enfermería sobre el mejor cuidado a entregar al sujeto de estudio (persona, familia, comunidad), con el propósito de satisfacer la necesidad del cuidado a la salud | Se refiere a la colaboración mutua entre dos o más profesionales de la salud; establecer un plan de atención para el sujeto de estudio (persona, familia, comunidad); intervención en equipo | Se refiere a la intervención de enfermería dependiente totalmente de la prescripción médica Depende de la decisión de otros para la atención del sujeto de estudio (persona, familia, comunidad) |

Cuadro 3-12. Competencias

| Competencias | Operacionalización |
|-----------------------------------|--|
| Liderazgo | Demostración de la competencia en la gestión, gerencia, administración, docencia e investigación del cuidado hospitalario y comunitario en la toma de decisiones y el hacer profesional diario |
| Formación académica | Demostración del desarrollo de competencias y habilidades individuales en la cotidianidad del cuidado diario al sujeto de estudio (persona, familia, comunidad) |
| Conocimiento disciplinar | Aplicación y expresión del conocimiento disciplinar que sustenta el cuidado integral y la toma de decisiones |
| Ética profesional | Actuación responsable, comprometida, con valores ético-morales, para garantizar la seguridad del sujeto de estudio, con misión y visión de cambio |
| Empleo de la evidencia científica | Demostración de conocimiento en la búsqueda, análisis y uso de la evidencia científica aplicada en la práctica diaria de enfermería |

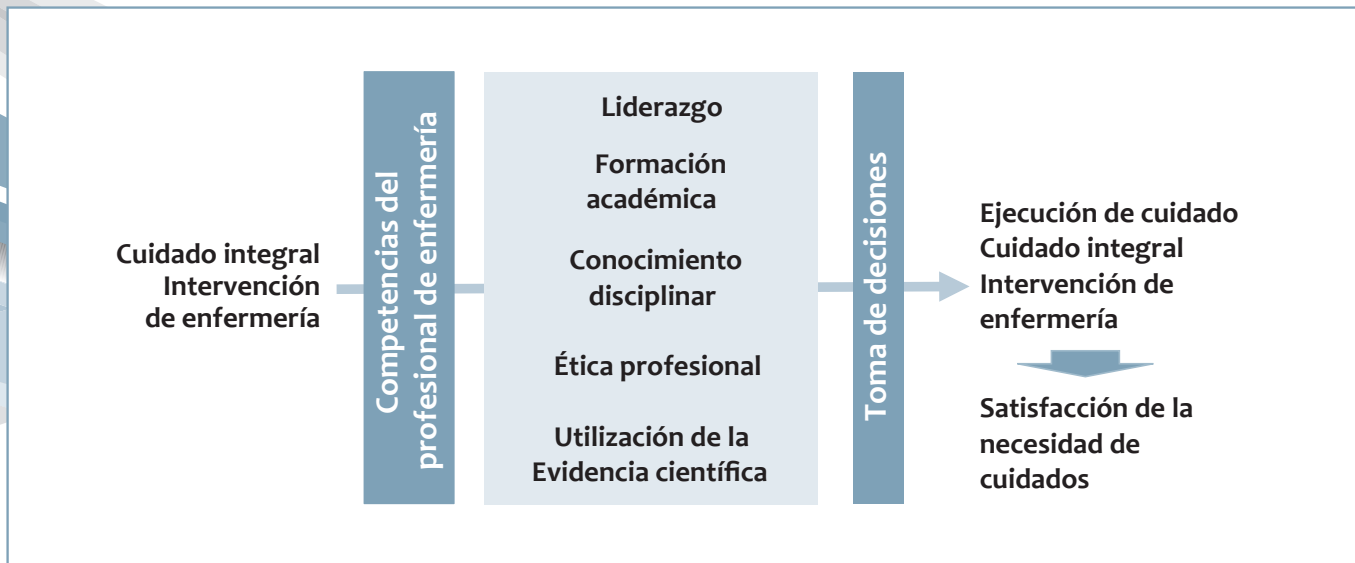


Figura 3-7. Competencias para la toma de decisiones del profesional de enfermería.

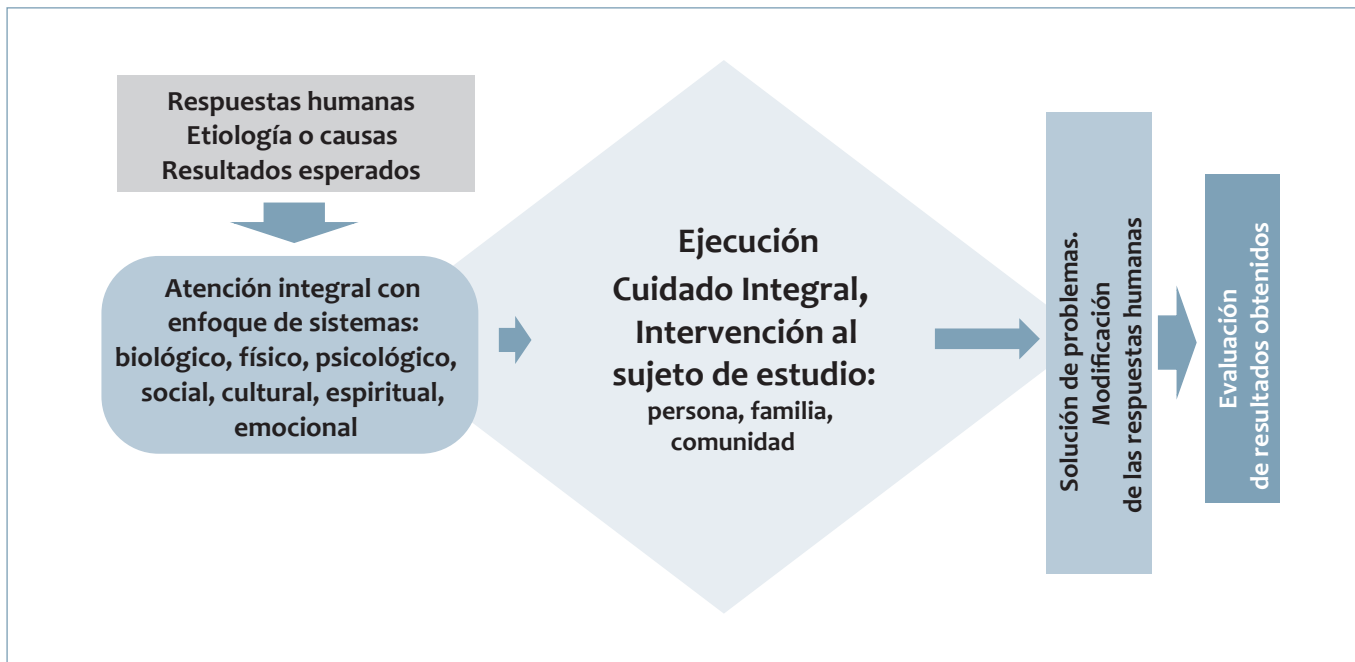


Figura 3-8. Ejecución del cuidado integral de enfermería.

Cuadro 3-13. Clasificación de criterios de evaluación

| Sistema de evaluación. Resultados obtenidos | | |
|---|---|---|
| Evaluación narrativa | Evaluación por indicadores | Evaluación con escala tipo Likert |
| Expresión narrativa comparativa del resultado planeado contra el obtenido | Modificación de respuestas humanas Modificación de factores Etiológicos Modificación de factores causales | Establecimiento de una escala tipo Likert propia y validada de clasificación de resultados: Ejemplo: 1. Alto riesgo 2. Riesgo moderado 3. Sin riesgo 4. Mejoría moderada 5. Totalmente mejorado |

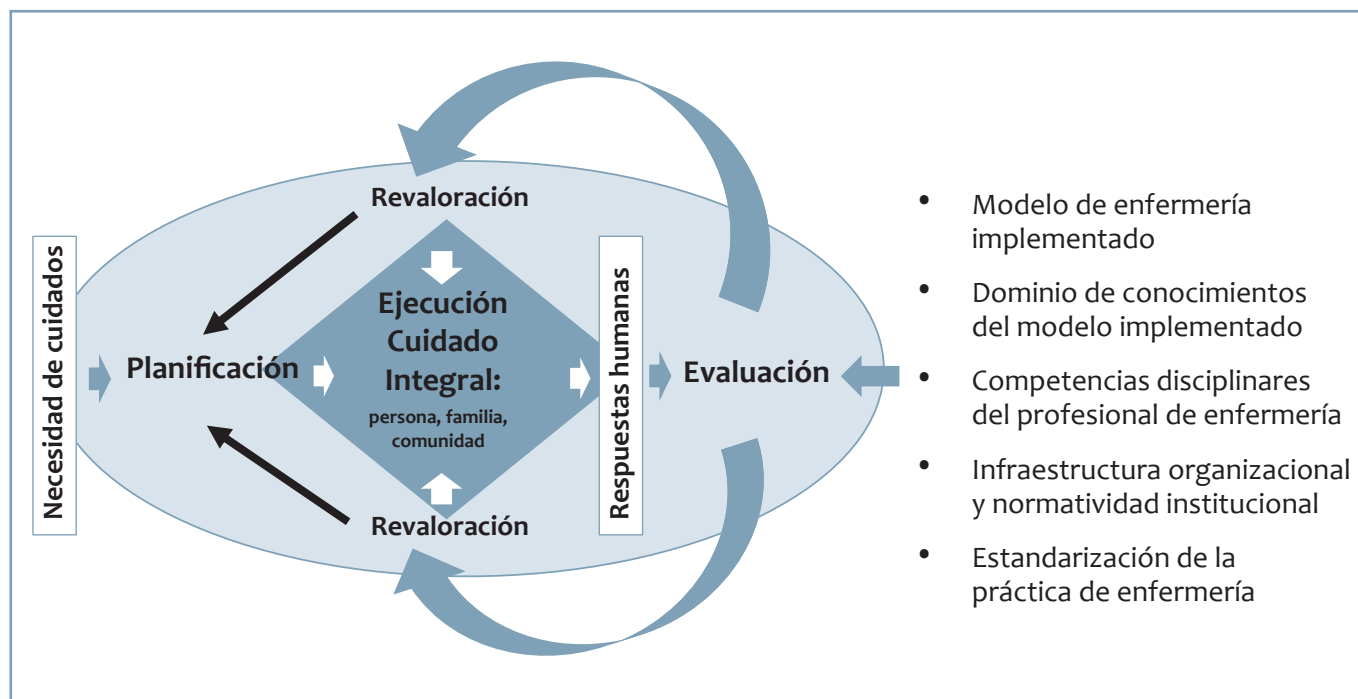


Figura 3-9. Evaluación de la intervención del cuidado integral de enfermería.