



20 años trabajando
mejorando
1982 - 2002



**Aportaciones teóricas de
dos maestras de los Cuidados**

H. Peplau y D. Orem

ANES
ASOCIACION NACIONAL DE
ENFERMERA DE SALUD MENTAL

PRESENTACIÓN

Parece que fue ayer cuando nos reuníamos en Vitoria-Gasteiz y después en Palencia para escuchar las palabras de H. Peplau y de D. Orem y sin darnos cuenta ya hemos traspasado los albores del siglo XXI y acabamos de celebrar el XX Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental donde hemos homenajeado a socios muy queridos que con su talante tolerante y con su buen hacer profesional han hecho una importante contribución a la enfermería y que también desde el seno de la asociación hicieron posible la presencia de estas dos teóricas.

En estos 20 años se han producido muchos cambios en la sociedad y en concreto en el ámbito de la salud mental. Hemos sido testigos y partícipes de la reforma de la psiquiatría aún inconclusa y de la asunción de un mayor protagonismo por parte de los propios enfermos y sus familias, del desarrollo de una perspectiva comunitaria y la asunción de un mayor respeto hacia los derechos de las personas enfermas mentales, aunque todavía nos queda mucho camino por recorrer.

En este tiempo las enfermeras también empezamos a tomar el protagonismo de nuestra actividad profesional. Comenzamos a

Adaptación: *1ª Conferencia*

Francisco Megias-Lizancos

Mónica Varela Ruiz

Traducción: *2ª Conferencia*

Milagros Segura García

Edita: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio, sin autorización del editor.

I.S.B.N. 84-9308006-5-9

Depósito Legal: M-33898-2003

Imprime: Artes Graficas Canada, S.L.

C/. Joaquín Turina, 19

Teléf. 91 508 98 15 - 28044 Madrid

profesionalizarnos y a utilizar lenguajes nuevos, nuevas formas de entender aquello que hacíamos.

De un saber basado en conocimientos ajenos, nos planteamos la necesidad de basar nuestras acciones en unos conocimientos propios, en unos modelos que nos permitieran orientar nuestras intervenciones. La configuración de un saber basado en unos supuestos teóricos, nos ha permitido comprender la naturaleza de los cuidados enfermeros y estructurar desde el conocimiento el ejercicio profesional. Desde esta perspectiva las aportaciones de diversas teorías de la enfermería nos han facilitado comprender el concepto de persona, de salud, de entorno y por supuesto el rol profesional, para poder brindar a la sociedad unos cuidados competentes.

La profesionalización ha ido pareja al desarrollo de un contenido disciplinar propio que ha marcado las bases para la autonomía y la configuración de nuestra identidad profesional, y a la divulgación y accesibilidad de este conocimiento que fundamenta los cuidados.

En este sentido cabe destacar que la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, supo en su momento asumir este compromiso divulgativo y contar con la presencia de dos enfermeras H. Peplau y D. Orem que desde distintas perspectivas teóricas orientaron nuestro trabajo en Salud Mental, tanto desde el ámbito asistencial como educativo.

Con motivo de este 20 aniversario la Asociación ha publicado los discursos de H. Peplau y de D. Orem, lo que supone una oportunidad de releer y comprobar cuan actuales son sus escritos y como siguen orientando nuestra práctica profesional.

H. Peplau, una de las primeras enfermeras en proponer una teoría de enfermería, ha realizado una contribución relevante a la enfermería de salud mental, no en vano ella era enfermera psiquiátrica. Creo que podría afirmar que todos los enfermeros que trabajamos en el ámbito de la salud mental, conocemos la importancia de su modelo y nos hemos basado en él para orientar nuestro ejercicio profesional.

H. Peplau, en Vitoria, nos habló de aspectos claves de su modelo, enfatizando la importancia del rol profesional basado en la relación enfermera-paciente y de la necesidad de partir del propio conocimiento, de la comprensión de nuestras conductas en el seno de esta relación como estrategia para poder ayudar a los demás a identificar las dificultades percibidas, contemplado tanto desde la vertiente educativa como desde la intervención asistencial. Y subrayo la importancia de "...sobrepasar la patología y poder centrarse en las capacidades latentes de los pacientes" (H. Peplau, 87) como elemento clave para poder desarrollar este rol terapéutico.

La importancia de H. Peplau, es fácil de entrever leyendo su ponencia de Vitoria. Su discurso tan actual ya nos hablaba de la

necesidad para el desarrollo de la profesión, de basarse en la metodología del proceso de cuidados, del desarrollo e inclusión de los diagnósticos enfermeros y de la importancia de la investigación para hacer profesión, pero sobre todo de lo esencial de nuestra identidad, de nuestro rol terapéutico. La vigencia de su modelo se hace latente también, cuando habla de la formación postgraduada y de los elementos importantes a incluir.

De igual manera la aportación de D. Orem en su conferencia del año 1989 en Palencia, enriquece la comprensión del rol profesional y me atrevería a decir que complementa las concepciones de H. Peplau.

Desde una perspectiva más humanista, D. Orem nos aporta la importancia de la necesidad del autocuidado y su relación con la Salud Mental.

D. Orem enmarca los autocuidados en el contexto de la relación, ya que considera que es una actividad que solo puede ser aprendida a través de las relaciones y comunicaciones interpersonales. Si túa pues al enfermo en un papel activo, como sujeto partícipe de este proceso, ya que precisa el compromiso personal en el autocuidado.

Orem nos habla de otro aspecto vigente, la salud mental positiva y la necesidad de tornar este concepto comprensible y operativo y de la importancia no tan solo de comprender la enfermedad mental sino la salud mental positiva.

Orem subrayó la importancia de entender "la salud mental de los individuos desde la perspectiva de enfermería (...) porque la salud determina no solo lo que las personas puedan hacer y harán por el autocuidado en este u otro momento (...) sino también su deseo y su potencial desarrollo como agentes del autocuidado" (Orem 98).

La publicación de estos escritos tan actuales creo que pueden seguir orientando nuestro quehacer profesional a través de la asunción de nuevos retos en cuanto al desarrollo de nuevos ámbitos de intervención, ya señalados por estas teóricas de la enfermería y aún pendientes de asumir por los profesionales y a partir de la investigación desde una perspectiva disciplinar propia.

Assumpta Rigol Cuadra
 Enfermera Especialista en Psiquiatría
 Profesora Titular Escola d'Infermeria Universitat de Barcelona
 Miembro de la ANESM



Hildegard Peplau

CONFERENCIA:

**Teorías para el ejercicio de la enfermería psiquiátrica:
Desarrollo y futuro**

Hildegard Peplau

**V Congreso Nacional de Enfermería
en Salud Mental**

Palacio de Villa Suso, 2 al 4 de abril, 1987

VITORIA - GASTEIZ

«TEORIAS PARA EL EJERCICIO DE LA
ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA:
DESARROLLO Y FUTURO»

Hildegard Peplau

Me complace saber que en España las enfermeras en Salud Mental celebran una reunión anual para discutir sus preocupaciones y para decidir cual es la dirección de su trabajo. De los Profesionales se espera que mantengan en vigor sus competencias y que pongan en conocimiento de los gobernantes cuales son los requisitos que necesitan para llevar a cabo su trabajo. Espero que en esta conferencia tengamos un diálogo constructivo y que lleguemos a establecer decisiones que sean beneficiosas para las personas con enfermedades mentales en España.

Me han pedido que hable acerca del desarrollo de mi trabajo en Enfermería Psiquiátrica y también que comente sobre las posibles direcciones a tomar en el futuro; eso es lo que tenía la intención de hacer. Pero en primer lugar tienen que conocer algo acerca de mí, algo de información para que puedan meter mis observaciones dentro del contexto de mi experiencia. He estado trabajando en el campo de la psiquiatría desde 1937 como enfermera, como estudiante diplomada y como profesora, y en 1974 me jubilé. Sigo trabajando pero desde entonces no he estado relacionada con prácticas directas con pacientes psiquiátricos.

Mi trabajo como teórica comenzó en 1948 y hasta 1974 estuve dirigiendo trabajos de Diplomados en Enfermería Psiquiátrica avanzada en dos Universidades diferentes. A la vez seguí tratando con pacientes psiquiátricos en mi consulta privada y en los hospitales don- de los estudiantes realizaban prácticas.

En esta época se me pidió que desarrollara un programa en Enfermería Psiquiátrica: en 1948 solamente había cinco programas académicos de éste tipo en los E.E.UU. y en 1946 se proporcionó dinero para la formación de los psiquiatras, los psicólogos, las trabajadoras sociales y las enfermeras psiquiátricas. Estos fondos hicieron posible que muchas Universidades iniciaran programas para Diplomados en Enfermería Psiquiátrica. Hoy en E.E.UU. están más de un centenar de programas de este tipo.

Este desarrollo llegó a tener un impacto enorme sobre la formación de enfermeras. Las ideas y las prácticas de enfermería se desarrollaron a nivel de graduados y tendían a fluir hacia abajo para enriquecer la educación básica de enfermería y para la mejora de las prácticas; a la vez los programas de Diplomados siguen desarrollando otras ideas útiles e innovadoras y prácticas de Enfermería. La educación o la enseñanza de los diplomados sirve como punto de avance para la profesión, manteniéndolo a la par con la necesidades sociales cambiantes de asistencia sanitaria, en este sentido, la formación de los Diplomados garantiza unas mejoras importantes en la práctica de una Profesión.

En 1946, cuando la Ley de Salud Mental se convirtió en oficial

había muy pocas enfermeras que se podían clasificar como Profesoras de Enfermería Psiquiátrica en los programas universitarios. Se dieron ciertas excepciones, sin embargo, yo puedo decir que era una de las pocas enfermeras que tenía credenciales aceptables: tenía una titulación de Master y había tenido anteriores experiencias en varios marcos psiquiátricos, pero no tenía ningún tipo de experiencia de enseñanza en la universidad.

Tras ser contratada en 1948 comencé a estudiar para poder conseguir una titulación doctoral que completé en 1953. Pienso que las enfermeras que enseñan tienen que poseer credenciales académicas que sean equivalentes a las del resto de los enseñantes en las distintas facultades de la Universidad.

Mi primera tarea tras ser contratada en 1948 consistió en decir qué es lo que tenía que enseñar, cual sería el contenido del currículum apropiado para las enfermeras psiquiátricas que estudiaran bajando al nivel postbásico. No había ningún tipo de directrices. Se hizo un estudio con respecto a todos los libros de texto sobre Enfermería Psiquiátrica (había unos 15-20); se hizo una revisión de estos libros y se observó que su contenido no era adecuado, iba a la par con la visión del papel desempeñado por la enfermeras psiquiátricas en aquella época. Antes de los años 50 se insistía en el carácter de las enfermeras, es decir, dedicación al deber, obediencia a los médicos, honestidad, limpieza, y moralidad eran cosas que se esperaban dentro de la conducta de la enfermeras. Las enfermeras se suponían que debían ser observadoras que recogían datos para los médicos, pero no

para su propio uso en la práctica de enfermería.

El papel de las enfermeras no consistía en ayudar a los pacientes a reconocer y a resolver sus problemas, sino que las enfermeras eran consideradas como guardianas, personas disciplinarias, como reformadoras de los hábitos de los pacientes, o como compañeras o «como madres» que eran mejores que las madres biológicas de los pacientes.

Las enfermeras estaban al cargo de las actividades diarias de los pacientes. Podrían comprobar que hay una ausencia de competencia en la aplicación de la teoría para poder ayudar a resolver los problemas de los pacientes; esto iba a la par con las ideas de aquel período, es decir, que las mujeres y la mayor parte de las enfermeras son mujeres, no solamente eran incapaces de realizar una actividad intelectual, sino que se pensaba que el pensar sería dañino para su salud. Por otra parte hasta los años 40 había un pesimismo considerable con respecto a si se podía entender la enfermedad mental por lo menos desde el punto de vista teórico; la idea de curación de una enfermedad mental no era creíble entre los profesionales o entre el público.

Hasta los años 40 las teorías psiquiátricas eran principalmente orgánicas, es decir, en el sentido de las causas físicas, o bien eran descriptivas, es decir, síntomas, que iban asociados con un diagnóstico, podían ser descritos, nombrados y agrupados pero las causas eran desconocidas. Los trabajos de Freud y otros pensadores estaban empujando a tener una influencia sobre las prácticas de los psiquiatras privados y en los hospitales privados pero no afectaba al cuidado de

los pacientes en los hospitales públicos. Por otra parte no había firmacos psicotrópicos, los cuales aparecieron a mediados de los años 50. El dilema creado por las circunstancias que acabo de describir era el siguiente: cual sería el contenido adecuado de un currículum para los estudiantes diplomados que estudiaran estudiando psiquiatría avanzada en 1948.

En todas las prácticas de enfermería antes de los 40 y llegando a los 50, a las enfermeras no se les permitía hablar con los pacientes, las enfermeras tenían que estar ocupadas haciendo algo con sus manos, corriendo para atrás y para delante.

Se tenía que si las enfermeras hablaban con los pacientes, más allá de una conversación breve y de cortésia, era posible que pudieran decir algo equivocado o podían contradecir lo que había dicho un médico o bien podían molestar a los propios pacientes. Al cabo de los años muchas enfermeras acordaron que esto era una tontería. En mi experiencia de trabajo antes de 1948 tuve varias oportunidades muy afortunadas, en las cuales se me alentó para hablar detenidamente con pacientes de una manera individual y con grupos. En base a estas experiencias estaba muy claro que se podía aprender mucho acerca de las psicopatologías mediante conversaciones celebradas con esos pacientes y que a menudo los pacientes mejoraban como resultado de este tipo de conversaciones o discusiones.

Este tipo de conversaciones entre la enfermera y el paciente identificarían problemas, sugerirían las teorías que debían conocer las enfermeras y proporcionarían directrices con respecto a la práctica

avanzada de enfermería psiquiátrica. Por lo tanto, al pensar sobre lo que hay que enseñarles a los estudiantes de enfermería psiquiátrica, lo que decidí hacer en primera instancia, fue establecer lo que se llama un estudio de relación enfermera-paciente; no era un contenido de currículum, es decir, teorías, sino que era un acontecimiento educativo que se refería a las estructuras teóricas que se precisaban para una forma de enfermería psiquiátrica. El estudio de la relación enfermera-paciente fue diseñado de tal forma que cada estudiante pudiera reunirse con el mismo paciente en el mismo lugar durante una hora, dos veces a la semana por lo menos durante un semestre académico, es decir, 16 semanas.

Los detalles de lo que decía enfermera-paciente quedaban anotados delante del paciente por la enfermera dentro de un libro de notas; dicho de otra forma, se recogieron 32 horas de datos por cada uno de los estudiantes. Mas adelante se utilizaron grabadoras y ahora se está utilizando video. Cada semana, cada uno de los estudiantes, celebraba una revisión de supervisión de dos horas o más con un miembro de la facultad de enfermería durante el cual se analizaban los datos línea por línea durante dos años académicos o durante 128 horas y las revisiones de supervisión eran para un grupo de cuatro estudiantes, con un miembro de la facultad durante 5 ó 6 horas, dos veces a la semana.

Se debería decir que desde un principio los únicos pacientes psiquiátricos que fueron asignados a estudiantes diplomados eran esquizofrénicos crónicos, alguno de los cuales habían estado en el hos-

pital durante 20 ó 40 años. A primera vista esto parece ser una enorme desventaja, sin embargo, en tales pacientes la psicopatología resultaba muy evidente y por lo tanto resulta fácil de estudiar.

La enfermera tenaz y con gran dedicación tiene, con este tipo de pacientes, la posibilidad de pensar en formas innovadoras para poder sobrepasar la patología y para poder centrarse en las capacidades latentes de los pacientes, siendo esto válido también en otro tipo de patologías. El estudio de relación entre enfermera-paciente resultó ser una decisión muy buena. A mediados de los años 50 los programas básicos de enfermería también incluían este acontecimiento educativo en los currículos. Estas charlas con pacientes en 1948 fueron llamadas en 1950 asesoramiento y, posteriormente, en la década de los 70, fueron denominadas psicoterapia.

Otras modalidades psicoterapéuticas, ahora todas ellas convertidas en prácticas de enfermería, evolucionaron desde las charlas con los pacientes en base a las psicoterapias individuales de grupo o de familia. Mientras que otras profesiones estaban desarrollando estas modalidades, las enfermeras estaban desarrollando su propia forma y su propio estilo y fue más adelante, en los 70, cuando empezaron a llevar a cabo trabajos psicoterapéuticos junto con otras profesiones; de esta forma las enfermeras no llegaron a alcanzar un trabajo interdisciplinar, sin nada en sus manos o como estudiantes haciendo el trabajo de otros, sino que tenían una práctica que había sido desarrollada por enfermeras para contribuir hacia la meta del equipo de Salud Mental.

Al examinar el contenido literal obtenido en las entrevistas con

los pacientes las observaciones sugerían otras directrices para los estudios. Un problema apareció de forma muy temprana: las enfermeras no avanzaban de una forma que resultaba útil hasta que los pacientes no avanzaban de alguna forma que le gustaba ala enfermera o que la aprobaban o llegaban a halagarla de alguna manera; dicho de otra forma, se ponían en primer lugar las necesidades de la enfermera, para recibir una aprobación.

El trabajo terapéutico no avanza a menos que una enfermera pueda aportar sus necesidades personales y sostener un enfoque unidireccional con respecto a las dificultades del paciente. Esta observación sugería que la educación de los diplomados y la educación básica deberían tener como enfoque inicial un examen del comportamiento clínico de la enfermera y no el comportamiento personal, y después desplazar el enfoque para comprobar el comportamiento del paciente y posteriormente pasar a estudiar la intención del patron enfermera-paciente.

Al centrarnos en el comportamiento clínico de la enfermera, es decir, del estudiante, el interés no se centra en la terapia; ésta no es la finalidad de la educación. La finalidad de prestar atención al comportamiento de una enfermera consiste en ayudar a la enfermera para que pueda percibir y para que pueda controlar aquel comportamiento que entorpece la marcha y que evita o que obstaculiza unas buenas relaciones. Al ayudar a los estudiantes en la aplicación de la teoría a su propio comportamiento clínico también resulta bastante útil. Los miembros de la facultad y los estudiantes de enfermería también exa-

minan el lenguaje corporal de la enfermera, es decir, qué aspectos tiene la enfermera, de qué forma se sienta, de qué forma se mueve y actúa en una situación de entrevista. También se examina el comportamiento lingüístico, porque el trabajo psicoterapéutico es, inicialmente aunque no por completo, una especie de intercambio verbal.

En este tema no existe lo correcto o lo incorrecto, el tema es el de la potencia evocadora y los mensajes transmitidos por las enfermeras a los pacientes a través de su comportamiento en sus acciones y su comportamiento verbal. La observaciones hechas en los estudios de relaciones entre enfermeras-pacientes fueron desarrollados en base a directrices generales para las entrevistas terapéuticas. La relación enfermera-paciente fue reconocida como proceso, es decir, presenta estructura, una fase inicial, una fase intermedia y un punto final que pueden ser definidos.

El proceso presenta tres fases: orientación, relación en el trabajo y terminación, cada una de las fases tiene sus propias consideraciones pero también está relacionado con las demás fases. Los conceptos que pertenecen a cada unidad de la estructura de la entrevista llegaron a ser definidos y se desarrolla un enfoque racional. Por ejem.: durante la orientación los pacientes y enfermeras deben ser nombrados por medio de sus propios nombres, se debe guardar un clima de respeto, etc... La enfermera está al cargo de la estructura, por lo tanto tiene que proporcionar al paciente información sobre la finalidad, sobre el lugar, sobre la frecuencia, sobre la duración, sobre la confidencialidad y sobre la fecha de terminación de las sesiones de entrevista.

Hoy 35 años más tarde estos puntos son muy comunes en todas las prácticas de enfermería, pero en 1948 no sólo eran innovadores, sino que eran considerados como discutibles, y fueron considerados como innecesarios.

Otra de las características destacable de los datos de entrevista enfermera-paciente de 1948 era la ansiedad muy evidente de las enfermeras y sus pacientes, de lo cual no se daban cuenta ninguna de las partes. En aquella época el ser ansioso equivalía a estar mentalmente enfermo, una opinión que gracias a dios ya no se mantiene. La ansiedad, un energizador del comportamiento, subyace por debajo de las acciones automáticas de las enfermeras y de la patología de los pacientes.

Para que las enfermeras pudieran tomar decisiones, hacer selecciones y para utilizar el comportamiento guiado por el pensamiento, que es lo contrario del comportamiento automático, precisaban tener una percepción y algo de control sobre la tensión y la ansiedad cuando experimentaban estas molestias y lo mismo es de aplicación a los pacientes.

El concepto de la ansiedad fue la primera estructura clínica que se formuló en base a los datos empíricos; por supuesto había cierta literatura sobre la ansiedad que también fue revisada. Ambas fuentes de datos fueron utilizadas para poder desarrollar una definición. La finalidad del programa, sin embargo, consistía también en definir conceptos, de tal forma que por lo menos parte del concepto estableciera qué es lo que podrían observar las enfermeras en las situaciones de

enfermería, es decir, claves observativas que apuntarían hacia la presencia de un fenómeno dado en un momento dado en una sesión de entrevista.

Por ejem.: una cosa es que las enfermeras conozcan de una forma abstracta qué es lo que es la ansiedad, los conflictos, el temor, la soledad, la falta de esperanza y otros problemas de este tipo de los pacientes, pero lo que necesitaban saber las enfermeras es cuáles son las señales o cuáles son los signos de pautas que muestran los pacientes en su comportamiento cuando la enfermera está con ellos, lo cual puede llegar a sugerir que el paciente se encuentra ansioso o experimentando situaciones de miedo, situaciones de conflictos, etc...

Una estructura definida de esta forma es de fácil aplicación por parte de las enfermeras para poder reconocer y para poder describir el fenómeno que está presente y para poder establecer de una forma lógica las intervenciones de enfermería que serían de más utilidad.

La ansiedad es un energizador del comportamiento, por lo tanto no puede observarse de una forma directa, lo que sí que se puede observar son sus efectos, especialmente dentro del campo de la percepción: la gente oye, ve, y se da cuenta de menos de lo que está sucediendo en su situación a medida que aumenta su ansiedad. Otro conjunto de efectos son los diversos tipos de comportamiento de desahogo que la gente utiliza para reducir y para evitar una mayor ansiedad. Uno de los primeros pasos que se da en el control de la ansiedad, consiste en reconocerla enorme molestia que va relacionada con ello, ser capaz también de reconocer y describirlo, es decir, el poder decir que yo estoy

ansioso o estoy preocupado, y después tratar de establecer cuales son las conexiones que existen entre la molestia, entre los comportamientos, por la reducción de ansiedad de uno y lo que parece ser da lugar a la ansiedad.

Parece ser que las enfermeras pueden ayudar a los pacientes especialmente en los pacientes psiquiátricos para que puedan reconocer y aprender a controlar su propia ansiedad. Los controles internos, en parte, están dentro del comportamiento de los pacientes al adquirir este tipo de ansiedad. Los pacientes psiquiátricos tienen lo que puede ser denominado sistemas de ansiedad internos, es decir, formas en las cuales se mantienen en una situación de ansiedad; generalmente suelen presentar muchos comportamientos de alivio, de los cuales no se dan cuenta y utilizan de forma automática, es decir, sin pensar una y otra vez.

La mayor parte de los pacientes psiquiátricos también tienen trastornos de pensamiento y lenguaje que pueden comprobarse en base a sus verbalizaciones en las entrevistas con las enfermeras y para las cuales se puede emplear enfoques de enfermería correctivos. Sin embargo, para poder avanzar en el trabajo constructivo, estas dos condiciones siguientes deben satisfacerse: la enfermera debe controlar su propia ansiedad y el contenido de su discurso, y en segundo lugar, la percepción que tiene el paciente de la ansiedad cuando la experimenta.

La enfermería evolucionó en base a una tradición muy antigua de ayuda entre las enfermeras. Con demasiada frecuencia esto se tradujo en hacer algo para otros, sin embargo, lo que parece ser que fun-

ciona mucho mejor en la Enfermería Psiquiátrica es un enfoque de tipo investigativo.

Con respecto a los problemas de los pacientes, basados en el principio de que aquel que hace o realiza el trabajo es el que se convierte en competente, en base a este principio lo que deberían estar haciendo las enfermeras psiquiátricas en los trabajos terapéuticos y en los contactos diarios con los pacientes, es utilizar la palabra de una manera asertiva que reconduzca a los pacientes a trabajar para poder llegar a comprender cuales son sus dilemas. Esto significa que las enfermeras en Salud Mental deber ser expertas en comunicación, es decir, utilizando las palabras de una forma sencilla, directa y clara, tratar a la vez de no dar órdenes, de no prohibir o cosas parecidas.

A finales de 1940 había un mayor interés en las teorías del desarrollo de la personalidad en las ciencias sociales, en la enfermería psiquiátrica el esfuerzo consistió en examinar en qué forma se podrían utilizar estas teorías en la práctica de enfermería.

A principios de los años 50 un grupo de estudiantes diplomados investigó la literatura de psiquiatría y psicología, y llegaron a desarrollar una síntesis o resumen de las teorías de personalidad que había disponibles; lo llamaron una descripción de herramientas y tareas. La descripción consideraba al desarrollo de la personalidad como un proceso que comenzaba en la infancia y que pasaba por una serie de secuencias tales como la niñez, la época juvenil, y la adolescencia. En cada una de las fases se daban unas tareas de desarrollo importantes que la persona tenía que llegar a conseguir, haciendo uso de las

herramientas o de las capacidades que aparecían en cada etapa del desarrollo de la personalidad.

La idea era la de que la descripción serviría como instrumento para la evaluación del comportamiento del paciente, para identificar las tareas que no habían sido completadas y para identificar las herramientas sin desarrollar. Estos descubrimientos podrían definir en parte el trabajo que tenían que hacer los pacientes con la ayuda de las enfermeras para poder tratar, para poder completar su crecimiento y su desarrollo de la personalidad. Por supuesto hay mucha más información ahora y muchos temas nuevos con respecto al desarrollo de la personalidad.

Sin embargo, las ideas básicas fueron útiles: las enfermeras que desarrollan instrumentos para la valoración, la idea de que los procesos humanos es un área de interés teórico y la idea de que las enfermeras tienen capacidad de evaluación para sus planes. Las teorías sobre los procesos humanos se consideraban como una cosa importante para el estudio de la enfermería psiquiátrica. Se pudo observar que en los pacientes psiquiátricos a menudo se enfrentaban a muchas dificultades al llegar al momento de centrar y mantener su atención tal y como queda demostrado en el llamado vuelo de ideas, o fuga de ideas, o en la observación de que muchos pacientes raramente contestaban a las preguntas que se les hacían directamente.

Las estructuras teóricas que definían de qué forma los procesos tales como la atención, la percepción, y la disociación funcionan, y de qué forma están influenciados estos procesos por la ansiedad, todos

ellos fueron incluidos en el currículum de los postgraduados. Las estructuras teóricas más útiles son aquellas que describen o que definen las diferentes dimensiones de un proceso, es decir, qué es, de qué es lo que se trata, cómo funciona, la secuencia de patrones o de regularidades de su operación, las disfunciones que se dan y la forma en que se manifiestan, etc...

Es en base a estas estructuras explicativas por medio de las cuales las enfermeras pueden llegar a saber como serían de útiles las prácticas de enfermería para aquellos pacientes que tienen dificultades relacionadas con la atención.

Hay otros procesos con respecto a los cuales las enfermeras precisan tener una comprensión teórica. El autosistema, una derivada de la socialización, es una cosa muy importante en las dificultades de los pacientes psiquiátricos; tales pacientes a menudo tienen opiniones de sí mismos que suelen ser de naturaleza desahogatoria, tienen una muy baja autoestima, unas tendencias autodestructivas. Estos son unos factores muy comunes.

Los pacientes no nacen con este tipo de autovisión tan negativa. Una estructura teórica que describe o define la forma en que se inicia, desarrolla y mantiene el autosistema, como proceso humano, resulta absolutamente fundamental para aquellas enfermeras que trabajen en el campo de la psiquiatría.

Las enfermeras en su trabajo no ayudarán a los pacientes psiquiátricos a menos que tengan una buena comprensión de las auto

presentaciones de los pacientes y de la forma en que las respuestas de las enfermeras suelen ser correctivas o reforzadoras de las autovisiones disfuncionales. También hay una serie de procesos psicopatológicos para los cuales las enfermeras precisan de una comprensión teórica, para poder hacer uno de los enfoques constructivos al presentarse estos fenómenos en las relaciones enfermera-paciente.

Las alucinaciones, por ejemplo, se detectan de una forma muy frecuente en los pacientes psiquiátricos hospitalizados; las respuestas de víctimas y las muertes son otros de los procesos que quedan descritos en la literatura de enfermería.

La aplicación de una estructura teórica de un proceso en particular, tal como el de las alucinaciones les permite a las enfermeras determinar la fase del proceso que está experimentando un paciente, entonces las intervenciones pueden ser específicas en cuanto a fases, es decir, sacados en cuanto a lo que se conoce teóricamente con respecto a esta fase de ese proceso en particular.

En su trabajo las enfermeras de salud mental también están tratando de ayudar a los pacientes psiquiátricos a reconocer y a cambiar esos patrones de su comportamiento que interfieren con su vida dentro de la comunidad. En estos casos son las diversas acciones por parte del paciente, es decir, variaciones del patrón que se convierten en el centro de atención del trabajo entre la enfermera y el paciente. Un patrón es un modo característico de comportamiento, es decir, un conjunto de acciones separadas que tienen el mismo tema, el mismo objetivo o la misma intención.

En los pacientes psiquiátricos lo que se suele ver por lo general son unos pocos patrones problemáticos, cada uno de ellos teniendo bastantes variaciones. El patrón se refiere a la constancia de un tema; las variaciones son comportamientos que de alguna forma expresan ese tema. Los pacientes psiquiátricos demotan muchas variantes de este tipo de patrones problemáticos de comportamiento, tales como la dependencia, la intimidación, el poner a una persona contra otra, violencia y otras cosas parecidas. Todos estos factores hacen que la vida en sociedad sea muy difícil tanto para el paciente y para los otros con los que se encuentre dentro de la comunidad.

Los patrones están compuestos por pensamientos, acciones y sentimientos que van unidos como una especie de conjunto; son intrapersonales, es decir, dentro de la propia persona que interacciona con otras personas, y también se da una serie de fenómenos de sistema.

En los pacientes psiquiátricos los patrones de comportamiento tienden a presentar unos largos antecedentes y por lo tanto caen en recidivas, son repetitivos y se utilizan sin pensar en ellos, es decir, automáticamente. A menudo sirven como comportamientos para la reducción o la huida de la ansiedad, en vez de para la expresión o para la comunicación de las ideas innovadoras, son hábitos.

Para que los pacientes puedan convertir los patrones problemáticos en comportamientos dirigidos por el pensamiento y por la capacidad de selección, se precisa de la ayuda de las enfermeras psiquiátricas. El desarrollo de la percepción de alguno de los actos separados, relacionados con un patrón, es uno de los primeros pasos a dar, sin

embargo, la tendencia de los pacientes consiste en buscar a otras personas que enciegan o ayuden a mantener y por lo tanto reforzar su patrón problemático ya existente de comportamiento. Los miembros de la familia, el personal de un hospital y otros pacientes a menudo sirven para la finalidad del paciente de retener comportamientos que resultan familiares y que funcionan para disminuir o reducir y para evitar más ansiedad, es decir, pánico; sin embargo, estas integraciones son autoeliminantes, perpetúan las dificultades del paciente. Por otra parte, esta perpetuación puede denominarse como mantenimiento de la enfermedad, es decir, justamente lo contrario de lo que trata la asistencia sanitaria.

Hay que ayudar a las enfermeras de Salud Mental; ésta es una de las principales metas de la Educación de las enfermeras en la actualidad. Las que se han descrito ahora son algunas de las pautas más relevantes del desarrollo de la Enfermería Psiquiátrica en base a mi experiencia, como profesor de Diplomados; por supuesto hay mucho más para decir sobre el tema. El alcance de la teoría, es decir, los conceptos y los procesos enseñados a las enfermeras o enfermeras psiquiátricas en las últimas dos décadas han aumentado de una forma considerable.

Las teorías derivadas de la investigación en las ciencias sociales han sido aplicadas al enriquecimiento de la práctica de la enfermería psiquiátrica, por ejem.: la teoría de los sistemas, el concepto de la doble aglutinación, la teoría de la atribución y otras cosas parecidas. Si yo estuviera trabajando en el desarrollo de una formación de enfer-

mería postbásica de las enfermeras en salud mental hoy día, como ustedes están haciendo en su país, desde luego consideraría alguno de los puntos citados en este informe para su inclusión en un programa educativo.

Los estudios de relación a largo plazo sería uno de los puntos que yo relendería, estudiaría los libros de texto de enfermería psiquiátrica, ahora hay muchos en el mercado, pero también, trataría de buscar entre la literatura de ciencias sociales y entre las publicaciones de las demás profesiones de Salud Mental para poder llegar a encontrar las estructuras teóricas que serían capaces de proporcionar los hechos o nuevas explicaciones para el fenómeno tan viejo que guarda relación con la enfermedad mental.

El desarrollo de la práctica de enfermería en Salud Mental va a estar ayudado por una clara definición de la enfermería. Quizás ustedes ya tengan una definición de este tipo en su país. En el material que se les proporciona para esta conferencia tienen una traducción de una definición de la enfermería que ha sido presentada por la Asociación Americana de Enfermeras (A. N. A.). Me gustaría comentar brevemente sobre esta definición que dice, y cito textualmente: «que la enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud actuales y potenciales»... Esta definición también aparece en algunas de las leyes de prácticas de enfermería de los EE. UU.

La definición dice, y esto aparece en la última hoja de su carpeta, que el punto de arranque para la práctica de enfermería no consiste en

preguntar que es lo que hacen las enfermeras, sino que el punto de arranque consiste en preguntar que es lo que las enfermeras fijan, corrigen, mejoran, etc..., el punto de arranque es el de los fenómenos, es decir, las respuestas humanas ante un problema de salud, las necesidades diagnósticas, las dificultades, las preocupaciones y los problemas del paciente que caen dentro del campo de la práctica denominada enfermería.

El segundo paso consiste en aplicar la teoría para poder comprender estos dilemas diagnosticados y en base a esta teoría lo que hay que hacer es determinar las acciones de enfermería más útiles a emplear para poder producir al cabo de un tiempo un efecto beneficioso en la vida y en la salud del paciente y, por último, pero lo que resulta igualmente importante, es el evaluar el efecto, es decir, el preguntar cuáles han sido los resultados de las acciones de enfermería con respecto a los problemas diagnosticados. No estoy aquí para convencerles a ustedes para que acepten la definición A.N.A., sin embargo, lo que si que les pediría es que lo piensen, piensen en ello, que lo estudien y consideren si presenta algún mérito, alguna cosa de valia para sus propios fines. Lo que es nuevo con respecto a la definición A.N.A. es que por primera vez dentro de la historia de la enfermería, dice qué tipo de fenómenos son diagnosticados y tratados por las enfermeras. Todas las demás profesiones tienen este tipo de enfoque para sus prácticas directas con sus pacientes.

El enfoque de la Medicina es el de la enfermedad, el enfoque de la Ley es el de la justicia, el enfoque de la Teología es el alma y la relación

que tiene el individuo con Dios; como profesionales de la Enfermería nos corresponde a nosotros decir, cuál es el enfoque central del campo de la enfermería, qué es lo que las enfermeras diagnostican y tratan. En resumen, hay varias formas para poder desarrollar teorías para la práctica de enfermería psiquiátrica y de salud mental. Las observaciones clínicas y los problemas de enfermería diagnosticados sugieren que hay una serie de fenómenos para los cuales se precisa de una serie de teorías explicativas.

Se pueden buscar teorías en muchas direcciones diferentes. Los datos clínicos recogidos de varios casos que presentan los mismos problemas o problemas similares pueden ser resumidos y analizados y se pueden sacar una serie de hipótesis, estas hipótesis pueden estar en la forma de ensayo de investigación o bien pueden ser descripciones tentativas de la naturaleza de un fenómeno para un ensayo empírico en práctica clínica. La búsqueda de la literatura resulta de una enorme utilidad, especialmente cuando las publicaciones de los conceptos teóricos son revisados para el método que ha sido utilizado para la consecución de este tipo de teorías.

Los métodos de investigación controlados proporcionan estructuras mucho más fiables que los estudios de casos o los informes anecdóticos. Las publicaciones de enfermería de Salud Mental o Psiquiatría en las revistas suelen informar sobre las teorías de desarrollo recientes, mucho más que los libros de texto aunque este tipo de libros por supuesto también son útiles, especialmente para las teorías establecidas. La literatura de todas las ciencias básicas también es de

ayuda, especialmente para poder detectar aquellas publicaciones que proponen las explicaciones de los aspectos del comportamiento humano; los hechos también son importantes, resulta útil tener información sobre los patrones y los diferentes caminos seguidos por las culturas y grupos étnicos, también hechos sobre las etiologías, sobre aquellas aplicaciones que pueden surgir como efectos de medicaciones y cosas parecidas, dicho de otra forma, las enfermeras de Salud Mental y Psiquiatría no solamente precisan tener muchos conocimientos e información para poder practicar de una forma correcta o eficaz, sino que tienen que estar al tanto de los nuevos desarrollos que se dan dentro de su campo de trabajo.

Ahora me gustaría pasar a comentar algunas de las direcciones a seguir en el futuro para la Enfermería de la Salud Mental. Siempre resulta muy arriesgado establecer predicciones con respecto a los trabajos profesionales. Las profesiones se establecen para satisfacer las necesidades sociales que suelen cambiar en relación con los cambios que se dan en las circunstancias sociales. En la Enfermería Psiquiátrica hay una serie de tendencias y desarrollos que sugieren que hay unas predicciones razonablemente seguras con respecto a direcciones a seguir en el futuro.

En primer lugar, la tendencia a nivel mundial consiste en tener Escuelas de Enfermería con base en Universidades y en Colegios; esta tendencia sugiere que la práctica de Enfermería que históricamente ha sido una ocupación orientada hacia la actividad, sugiere que se está convirtiendo en una práctica profesional orientada o dirigida hacia

la teoría, el arte de la enfermería está siendo enriquecido por la añadidura de una ciencia de enfermería. Esta tendencia va a seguir adelante y se va a fortalecer.

En segundo lugar, y desde los años 50 ha habido un enorme aumento en el conocimiento de todos los campos científicos, incluyendo el de las ciencias sociales, que presentan una importancia especial para la enfermería psiquiátrica. Las teorías que aparecen en la ciencia de enfermería proceden de dos fuentes: una de ellas son los resultados de la investigación de enfermería, y en segundo lugar, de los conceptos derivados de la investigación científica publicada, en especial de las ciencias sociales.

El contenido del currículum de las enfermería básicas y post-básicas Psiquiátricas y de Salud Mental se están sacando de estas dos fuentes y están ampliándose en todas sus dimensiones.

Los conocimientos que hay disponibles para poder alcanzar una mejor comprensión de la naturaleza de los componentes de la enfermedad mental y de los problemas psicosociales están aumentando. A medida que son utilizados más conocimientos por parte de las enfermeras de Salud Mental, es más probable que su trabajo tenga un mayor alcance y se convierta en una cosa más compleja. La especialización de nivel avanzado se va a convertir en una cosa totalmente necesaria; los especialistas en Salud Mental en algunos países occidentales ya han llegado a crear una amplia variedad de papeles de práctica de enfermería innovadores, tanto directos como indirectos

en la enfermería psiquiátrica; entre éstas se incluyen: la práctica privada, las consultas en hospitales con enfermeras pertenecientes al personal y también muchas formas de prácticas, tales como la modificación de comportamiento, el PAE, feed-back y la gestión de stress.

Otros servicios altamente especializados de las enfermeras de Salud Mental incluyen trabajos con los pacientes químicamente dependientes, víctimas de violaciones, niños maltratados, esposas y la persona de la tercera edad, pacientes de SIDA, pacientes y familiares en los cuales hay problemas, tales como defectos de conocimientos, cáncer y otros traumas. Los servicios de Salud para los pacientes psiquiátricos están saliendo del hospital para pasar a muchos tipos diferentes de servicios de Salud Mental basados en la comunidad.

Los conocimientos que adquieren las enfermeras deben ser utilizados para trabajar en cualquier tipo de marco. Los problemas de los pacientes tienden a ser diferentes, en cuanto a su naturaleza según se encuentren en la comunidad y en unidades de hospitalización.

En cuarto lugar, hasta ahora se ha publicado muy poco por parte de las enfermeras en Salud Mental con respecto a qué es lo que se puede hacer para evitar la enfermedad mental o para detectar y para proporcionar una intervención rápida o temprana, por ejemplo a través de las prácticas de las enfermeras bajo enseñanza. Las enfermeras deben corregir esto lo antes posible.

En quinto lugar, existe una tendencia con respecto al diagnóstico de enfermería.

La Asociación Americana de Enfermeras y otros grupos están trabajando para poder conseguir un sistema de clasificación de los fenómenos que diagnostican y tratan las enfermeras. Los problemas relacionados con las enfermedades mentales y también con las dificultades psicosociales de las personas dentro del campo de la práctica de enfermería, llegarán a ser incluidos dentro del sistema A.N.A. Se está iniciando ahora un esfuerzo para poder incluir los diagnósticos de enfermería dentro de la clasificación internacional de enfermedad, es decir, el I.C.D.

En sexto lugar, hay dos temas urgentes que están siendo estudiados por las enfermeras: en primer lugar, las necesidades de unos estudios específicos, una investigación de enfermería con respecto a los efectos que tienen las intervenciones de enfermería con respecto al diagnóstico de los problemas de los pacientes, y en segundo lugar, la necesidad que tienen las enfermeras de llegar a conocer y llegar a tener una presencia o participación activa en la elaboración de políticas de planificación en relación con los servicios de Salud a nivel local, regional y nacional e internacional.

Existe una tendencia en esta dirección en todo el mundo, pero no lo es tanto en términos de los servicios relacionados con la Salud Mental y por último, pero que no tiene menor importancia, es el hecho de que hay una tendencia de un desarrollo muy rápido que va hacia la biomedicalización de la psiquiatría. Se está llevando a cabo una enorme cantidad de investigación de tipo médico y de otro tipo, dentro de los campos de neurociencia, de funcionamiento del cerebro, bioquímica,

psicoinmunología, genética, etc...

Se está utilizando una tecnología sofisticada para la medición de las disfunciones orgánicas que se piensan que están relacionadas con las diversas formas de enfermedades mentales. Hay ahora disponibles fármacos mucho más eficaces o mucho más fuertes, algunos de los cuales son específicos para disfunciones bioquímicas, las cuales se piensa guardan relación con la enfermedad mental.

Es probable que estas tendencias sigan expandiéndose y que lleguen a nuevas formas de tratamientos biomédicos de los pacientes mentales. Este desarrollo sugiere que en un futuro próximo las enfermeras de Salud Mental, en especial aquellas que trabajan en Hospitales en los cuales tales programas de tratamientos biomédicos están establecidos y expandiéndose tendrán tres alternativas diferentes:

- *Primera: Se podrán convertir en ayudantes de los médicos en los tratamientos biomédicos.*
- *Segunda: Podrán mantener y aumentar sus actuales prácticas de enfermería, orientadas hacia la psicoterapia.*
- *Tercera: Pueden definir y desarrollar un papel de enfermería en Salud Mental, que incluye estos dos elementos.*

La discusión de este tema debería comenzar lo antes posible entre las enfermeras, para que se pueda hacer una elección final, para poder darle una dirección a la educación post-básica para la Enfermería Psiquiátrica en Salud Mental.



CONFERENCIA:

**Autocuidado y Salud Mental.
Una perspectiva de la Enfermería.**

Dorothea E. Orem

**Centenario de los
Hospitales Psiquiátricos
de San Luis y San Juan de Dios**

PALENCIA - 1989



Dorothea E. Orem

AUTOCUIDADO Y SALUD MENTAL. UNA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERIA

Dorothea E. Orem, M.S.N.Ed.

La sección de la ponencia sobre «Salud Mental, una perspectiva para la Enfermería» es un empeño realizado en conjunto con Evelyn Vardiman, R.N.M.S.N. (Candidato a Doctorado, Universidad de George Mason), Director de Tratamiento de Día, Hospital de Arlington, Arlington, Virginia, EE.UU.

El título de esta presentación incita a preguntarse cuál es la relación entre el autocuidado y la salud mental. Aunque los miembros de las profesiones relacionadas con la salud utilizan estos dos términos de autocuidado y salud mental, los significantes de ambos términos resultan el mismo frecuentemente. Es necesario aclarar los significantes y los significados de autocuidado y salud mental si se va a explicar la relación que existe entre ellos.

Como punto de partida se postula que el autocuidado es un tipo de acción humana deliberada que regula el funcionamiento y desarrollo del hombre y por lo tanto contribuye a mantener la vida, a la mejora de la salud y al bienestar del hombre. Se postula que la salud es una condición del buen estado físico y del vigor del hombre, la mujer y el niño. La salud con sus dimensiones somáticas y psíquicas son la manera de una persona de manifestar su existencia y las circunstan-

cias bajo las que existe.

Por ejemplo, la afirmación de que al Sr. Tal solo le funciona un pulmón revela una circunstancia bajo la cual vive ese Sr. Tal Pero éste deliberadamente su nivel de actividad física y de gasto de energía para mantenerlo de acuerdo con su capacidad de producción de energía, entonces se ha comprometido con el autocuidado. Este compromiso en acciones específicas de autocuidado es un comportamiento o un conjunto de comportamientos de los cuales podemos sacar información sobre su salud mental y sobre su autoestima: funciona dentro de una estructura verdadera de referencia; acepta su papel de autocuidado.

Una relación es un tipo de orden entré dos entidades u objetos diferentes. La pregunta de cómo se relaciona el autocuidado con la salud mental, o viceversa, cómo se relaciona la salud mental con el autocuidado, es una pregunta relacionada con el estado de salud, energía y vigor de una persona y la necesidad de que esa persona se comprometa con el autocuidado.

Es una pregunta relacionada con el estado de estar sano o entero (salud mental) y el compromiso con un tipo particular de empeño del hombre (autocuidado). Esta relación debe explicarse en la teoría general de la enfermería conocida como teoría de enfermería de déficit de autocuidado. Esta teoría se compone de un sistema de teoría de enfermería que abarca una teoría del autocuidado.

La ponencia se desarrolla en tres partes. La primera parte es una

explicación descriptiva de la teoría del autocuidado en la que se incluye la historia de este desarrollo y los efectos de los estados de la salud de las personas sobre sus necesidades y limitaciones a la hora de proporcionarse su propio autocuidado. La segunda parte expresa una perspectiva humana de la salud mental. La ponencia concluye conceptualizaciones de la teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería en su relación con el personal al que compete, los aspectos humanos de la salud mental (tal y como se desarrollaron en la segunda parte) y los aspectos somáticos y psíquicos específicos de los estados de salud de los individuos.

El autocuidado conceptualizado

Empleé por primera vez el término de autocuidado dentro de un contexto de enfermería en 1956 en una definición de enfermería (Orem, 1956). El siguiente uso del término se dio en 1958 cuando buscaba la respuesta a la pregunta de por qué las personas necesitan la enfermería y qué condición humana existe cuando se juzga la enfermería como un servicio de salud esencial para tal o cual persona.

La respuesta se expresaba en la generalización siguiente: las limitaciones de acción, presentes o futuras asociadas con la salud que tienen los individuos para proporcionarse la clase y cantidad de cuidado personal, o cuidado de sí mismos, que se requiere en una continuidad para mantener la vida, esto es, mantener o mejorar las salud y la fuerza o mejorar el bienestar de la persona. Acepté el colectivo de personas con limitaciones de autocuidado relacionadas con la salud y más tarde lo aceptaron también mis colegas, como el objetivo propio,

el enfoque de la enfermería en la sociedad humana. La formalización del objetivo propio de cada ciencia o de cada campo de esfuerzo se considera una fuerza unificadora.

Formalización del concepto

En 1959 describí la enfermería como una «dar una asistencia directa a una persona cuando se requiera por las incapacidades de su autocuidado que son resultado de una situación de su salud personal. El cuidado (...) puede ser continuo o periódico.» (Orem, 1959, pág. 5). El significado atribuido al término de autocuidado era «el cuidado que todas las personas requieren cada día. Es el cuidado personal que los adultos se proporcionan a sí mismos, en el que incluye la asistencia a los requerimientos de la salud y el seguimiento de las directivas médicas de sus doctores. La enfermería puede ser requerida por personas de cualquier grupo de edad pero la condición de la salud y no las demencias que aparecen a causa de la edad y el estado de desarrollo es la que inicia el requerimiento de la enfermería. (Orem, 1959, pág. 5-6).

Inicié el proceso de formalización del concepto de autocuidado en los albores de la década de 1960 y lo terminé con la ayuda de mis colegas en 1965, trabajando en primer lugar en el Comité de Modelos de Enfermería, en la Universidad Católica de América y después en el Grupo de la Conferencia sobre el Desarrollo de la Enfermería. Se revisaron, analizaron, repasaron y ampliaron cuatro grupos de proposiciones sobre el autocuidado que yo había desarrollado. El resultado fueron dos premisas sobre el autocuidado y tres grupos de proposicio-

nes (Grupo de la Conferencia sobre el desarrollo de la Enfermería, 1973 pág. 97-102; 1979, pág. 131-135).

La primera premisa específica que el autocuidado es conducta. Es una actividad aprendida, aprendida a través de relaciones y comunicaciones interpersonales y de experiencias de la vida. La segunda premisa específica que cada persona adulta tiene el derecho y la responsabilidad de cuidarse para mantener una vida racional y una salud física, mental y emocional. La premisa específica que los individuos pueden tener estas responsabilidades para otras personas. El cuidado a los recién nacidos y a los niños, el cuidado a los mayores, la dirección y el cuidado a los adolescentes se comprenden mejor en un sentido más global pero debe quedar claro que incluye la entrega, es decir la atención o la supervisión del autocuidado de otro.

El primer grupo revisado de proposiciones iba dirigido a factores que condicionan positiva o negativamente el compromiso del individuo con el autocuidado, como por ejemplo, un autoconcepto del individuo, el nivel de madurez, los objetivos y las prácticas derivadas de la cultura, el conocimiento de la salud derivado de la ciencia, el entorno social así como las acciones del autocuidado que los individuos eligen o se niegan a realizar y la presencia y naturaleza de las limitaciones relacionadas con el compromiso con el autocuidado.

El segundo grupo de proposiciones revisadas tienen que ver con el autocuidado en los estados de salud positiva y en las desviaciones de la salud. La primera proposición del grupo sostiene que «el autocuidado contribuye y es necesario para la integridad de la perso-

na como organismo psicofisiológico con una vida racional». Las proposiciones subsiguientes van dirigidas a la necesidad que tiene el individuo de realizar o haber realizado acciones adicionales si se debe mantener y mejorar la salud y otras acciones adicionales en el caso de que haya desviaciones desde estados de salud positivos. El requerimiento específica que los individuos tienen conocimiento científico sobre objetivos y prácticas del cuidado de la salud así como técnicas y hábitos relacionados con esto si deben mantener y mejorar la salud. La proposición final del grupo específica que las limitaciones del autocuidado así como las medidas de cuidado especializado están asociadas con los males físicos y mentales que los individuos experimentan en el ciclo vital.

El tercer grupo de proposiciones revisadas desarrolla las demandas de comportamiento y de recursos del autocuidado. La primera proposición específica el requerimiento que tienen los individuos para adquirir un conocimiento general relacionado con el autocuidado y las prácticas y el conocimiento empírico de las condiciones existentes en uno mismo y en el medio ambiente así como el reflejo de la intuición y las motivaciones. La búsqueda y la participación en el cuidado médico y la consecución de las directrices prescritas por el médico del individuo se consideran parte del autocuidado.

Las acciones del autocuidado se describen como orientadas internamente al control del comportamiento de la persona; y orientadas externamente a controlar los factores del entorno, para establecer contacto y comunicación con otros y asegurar y utilizar los recursos. La

última proposición de este tercer grupo identifica la variedad de tipos de recursos que se requieren para el autocuidado. Esta variedad cubre las condiciones del entorno, el agua, el alimento y la medicación y los aparatos artificiales y prótesis que facilitan el funcionamiento.

Los grupos de proposiciones hacen explícito o implican 1) que el autocuidado están a favor del mantenimiento de la vida y de la condición de la salud, de la mejora de la salud y del desarrollo humano y de la prevención o regularización o control de las desviaciones de la salud y sus efectos y 2) que la salud pobre y los daños físicos así como una serie de factores internos y externos limitan lo que los individuos pueden hacer y harán para cuidarse a sí mismos o a los miembros de su familia que dependan de él.

Requisitos del autocuidado

Durante el proceso de formalización del concepto del autocuidado, se formalizó el concepto del requisito de autocuidado. Un requisito de autocuidado se entiende como una expresión de un requerimiento humano de regulación del funcionamiento o desarrollo que debe ser satisfecho por o para el individuo durante el discurso de su vida diaria. Un requisito de autocuidado específica la naturaleza de la acción orientada a propósito de un objetivo que debe ser llevada a cabo por o para el individuo en interés de su salud o y bienestar, por ejemplo, mantener una toma suficiente de agua. Este requisito se hará de manera particular a los individuos reemplazando el término suficiente con la cantidad de agua que se juzgue suficiente en relación con las condiciones del entorno interno y externo y el nivel de actividad del individuo.

Se identifican tres tipos de requisitos de autocuidado: requisitos que requieren los hombres, las mujeres y los niños universalmente, sin tener en cuenta la edad, el estado de desarrollo o el estado de salud; aquellos asociados con la presencia de procesos o males patológicos o de desorden incluidos sus efectos y con medidas de diagnóstico y terapia médica asociadas; y aquellos que producen y mantienen condiciones de vida que apoyan los procesos de la vida y mejoran el desarrollo humano dirigido a la maduración durante las etapas específicas del ciclo vital y previenen o superan los efectos o condiciones nocivas que impiden el desarrollo humano. Se identifican como tipo de requisitos de autocuidado universales, de desviación de la salud y de desarrollo.

El autocuidado y los requisitos del autocuidado no son sinónimos de actividades de la vida diaria o necesidades humanas básicas. Las actividades reconocidas de la vida diaria como el comer y el vestirse son actividades esenciales para satisfacer los requisitos específicos del autocuidado; por ejemplo, comer es una actividad que las personas sanas realizan para satisfacer su requisito de autocuidado de mantener una ingesta suficiente de alimento. Pero la selección de la comida es otra. La declaración de un requisito no específica cómo debe satisfacerse. Las condiciones y circunstancias predominantes afectarán a la selección de los métodos y medios que pueden y deben usarse. Por ejemplo, los métodos de alimentación varían con la edad y la etapa de desarrollo.

Los requisitos de autocuidado universales y los requisitos de autocuidado de desarrollo reflejan, aunque no son lo mismo, las ex-

presiones tradicionales de necesidades humanas básicas. Las necesidades se expresan generalmente en términos de substancias o condiciones de vida o tipos de relaciones humanas requeridas, por ejemplo, aire, agua, alimentos, cariño, etc. Los requisitos de autocuidado se expresan como acciones que deben ser tomadas por o para los individuos a favor de la vida, la salud o el bienestar.

La distinción de las similitudes y diferencias entre las actividades de la vida diaria, el autocuidado y los requisitos del autocuidado y las necesidades humanas básicas es un ejercicio importante para la comprensión del autocuidado.

Resumen

El autocuidado se entiende como una conducta, como una acción deliberada, como el comportamiento de los individuos procesado por el ego. Es un comportamiento aprendido. Es una acción práctica orientada a un objetivo. Su realización requiere conocimiento general y empírico, la toma de juicios, la reflexión, la toma de decisiones, la aplicación de métodos y el uso de recursos.

El autocuidado se explica descriptivamente como una función humana regulatoria. Como una función es la tarea propia de personas maduras o en proceso de maduración en el momento en el que se comprometen en la satisfacción de sus propios requisitos de tipo universal, de desviación de la salud y de desarrollo particularizados. También es la tarea propia de las personas maduras o en proceso de maduración el asegurar la satisfacción de estos tipos de requisitos a los que

dependan de ellos. El conocimiento y la satisfacción de los requisitos de autocuidado de recién nacidos, niños, ancianos o enfermos o incapacitados de la familia se ha dado en llamar cuidado dependiente.

Las acciones que constituyen el autocuidado y el cuidado dependiente se realizan dentro del contexto de la vida diaria de los individuos y las familias. El reconocimiento del autocuidado y el cuidado dependiente como funciones humanas reguladoras análogas pero diferentes de la regulación neuroendocrina es el primer paso hacia la comprensión de sus funciones. La exploración y desarrollo continuos de esta idea deben ser de mucha ayuda para los enfermeros y otros profesionales de la salud a la hora de modelar el concepto del autocuidado por ellos mismos y para empezar a emplearlo para guiar la práctica y para estructurar el conocimiento y para considerar los datos de la salud dentro de las situaciones del autocuidado.

El cuerpo en desarrollo del conocimiento del autocuidado no solo es relevante sino que es esencial para los enfermeros. Elementos de este campo de conocimiento en desarrollo son relevantes para otros profesionales de la salud y algunos elementos deberían ser del dominio público y se deberían emplear en el hogar y en el colegio. El conocimiento es esencial para ayudar a los individuos y sus familias a cumplir las responsabilidades de su papel personal para su cuidado continuo y el de los que dependen de él. Los adultos tienen a veces visiones claras de sus papeles, por ejemplo, los papeles ocupacionales pero no tienen o tienen poca intuición con respecto a los demás. La responsabilidad del papel de una persona para el cuidado de sí mismo se

desconoce o se rechaza a menudo. Las personas deberían desarrollar dentro del concepto de sí mismos un concepto del yo como agente del autocuidado.

Propiedades de las personas que se comprometen con el autocuidado.

Se conceptualizan tres propiedades esenciales de las personas maduras o en proceso de maduración que se comprometen con el autocuidado o el cuidado dependiente. Estas propiedades son:

- 1) tener requerimientos particulares para el autocuidado o para conocer los requerimientos del autocuidado de otra persona,*
- 2) haber desarrollado o desarrollarla aptitud de conocer continuamente en detalle y satisfacer estos requerimientos reguladores y*
- 3) la capacidad de manejarse dentro de entornos estables o en cambio. Los nombres que se asocian a estas propiedades son: demanda de autocuidado terapéutico; mediación de autocuidado; y aptitud para manejarse. Cada propiedad se describe y explica como mínimo descriptivamente. Las características distintivas de cada propiedad están influidas por el estado de la salud así como otros factores.*

Demanda de autocuidado terapéutico.

El concepto de demanda de autocuidado terapéutico es una expresión de algo que se puede realizar. Es una composición estructurada de conocimiento práctico y teórico que expresa:

1) *la particularización de los requisitos de autocuidado de tipo universal y de desarrollo para individuos así como requisitos de tipo de desviación de la salud particularizados existentes o emergentes*

2) *las interferencias a superar*

3) *los recursos que se necesitan y los métodos y medios que pueden y deben utilizarse para satisfacer cada requisito particularizado y*

4) *los conjuntos de acciones o secuencias de acciones que se requieren para asegurar los recursos y para emplear los métodos seleccionados para satisfacer cada requisito de autocuidado particularizado.*

Por ejemplo, para desarrollar el requisito universal de autocuidado de mantener una ingesta suficiente de alimentos como componente de una demanda terapéutica del autocuidado de un individuo hay preguntas que hacer y responder. ¿Qué es alimento suficiente para una persona en su situación de tiempo-lugar con su nivel de gasto de energía? ¿Cuál debe ser la forma de la comida: sólida, semi-sólida, líquida? ¿Qué método de ingesta es en el válido y en el que podamos confiar? ¿Qué recursos se requieren? ¿Es un recurso el de ayuda o asistencia para la preparación? ¿Para el consumo? Las respuestas a estas preguntas permiten la disposición de conjuntos de acciones o secuencias de acciones por las que el requisito particularizado se satisfaría si puede satisfacerse. Cuando se han investigado y analizado de esta manera todos los requisitos de autocuidado identificados, el resultado se conoce como demanda de autocuidado terapéutico.

Cuando se calculan las demandas de autocuidado terapéutico

son expresiones de demandas de acción que deben realizarse en individuos para que tengan autocuidado que es regulador de manera positiva del funcionamiento y el desarrollo humanos. Este es el sentido en el que se usa la terapia.

El cálculo de las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos requiere tanto el conocimiento como la habilidad de las personas que proporcionan su propio autocuidado o satisfacen los requisitos de autocuidado de los que dependen de ella. Que los enfermeros determinen los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico de sus pacientes es un aspecto de la práctica de la enfermería. Por ejemplo, Patricia Underwood, de la Universidad de California, San Francisco, ha concentrado su atención y su interés en la enfermería para las personas con enfermedades mentales crónicas.

Su decisión de trabajar dentro de la estructura de referencia de la enfermería del autocuidado se basaba en los fallos de los enfermeros a la hora de conocer y satisfacer los requisitos de autocuidado universales y de desarrollo de personas con enfermedades mentales crónicas.

Las características de la condición o el estado de salud de una persona es el mayor condicionante de las partes que componen las demandas de autocuidado terapéutico de esa persona. Los factores del estado de salud afectan a la valoración del tiempo específico de los requisitos de tipo universal y de desarrollo. La condición de que una persona sufra de diabetes afecta a la calidad y a la cantidad de ingesta de alimentos. La condición de una persona que tiene una depresión profunda afecta a la selección de métodos válidos para satisfacer una

ingesta suficiente de alimentos, para mantener el equilibrio entre la soledad y la interacción social y entre la actividad y el descanso. Si los requisitos pueden llegar a satisfacerse es otra cuestión. La edad, la etapa de desarrollo y las características de seguir un sistema de cuidado médico como una forma particular de terapia pueden afectar a o no a todos los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico de un individuo. Las prácticas de autocuidado que habitualmente emplean las personas afectarán su interés y su deseo de cambiar sus prácticas antiguas o de admitir nuevas prácticas en su repertorio.

Acción de autocuidado.

El nombre de la propiedad de la acción de autocuidado refleja la naturaleza de acción deliberada que tiene el autocuidado. Las personas que se comprometen con cualquier tipo de acción deliberada, tocar una melodía en un piano, jugar al tenis, seleccionar la comida de un menú, son referidas dentro de una teoría de acción como agentes, personas que buscan un objetivo y actúan para lograrlo.

Así, las personas que se comprometen con el autocuidado se denominan agentes del autocuidado y su capacidad de saber y de satisfacer sus propias demandas de autocuidado terapéutico se denominan acción de autocuidado, una capacidad de acción compleja.

La capacidad de comprometerse con el autocuidado tiene su fundamento en las capacidades y disposiciones humanas básicas para llevar a cabo cualquier tipo de acción deliberada. Estas capacidades incluyen la atención, la percepción, la memoria, la regulación central

de los procesos motivacionales y emocionales, así como las facultades de acción racional, conocimiento operativo y desarrollo de técnicas. Las disposiciones que afectan a los objetivos que persiguen los individuos así como su orientación hacia sí mismos y los demás, jerarquías de valores, intereses y preocupaciones y hábitos afectarán a su deseo de comprometerse con acciones orientadas al objetivo específico, incluido el autocuidado los factores genéticos, de desarrollo y de estado de salud afectan a la presencia, ausencia o valores particulares de las denominadas capacidades fundacionales. Estos factores, así como los factores sociales, la cultura y la experiencia de la vida influirán en las orientaciones de las personas a disposiciones y decisiones relacionadas con el compromiso de acciones deliberadas en particular (Grupo de la Conferencia del Desarrollo de la Enfermería, 1979, pág. 211-231).

El compromiso con el autocuidado requiere no solo capacidades desarrolladas y de operación para comprometerse con la acción deliberada sino también capacidades específicas para el autocuidado. La acción es específica en términos del fin que se busca. Las capacidades para desarrollar el autocuidado se identifican en términos de operaciones de autocuidado:

- 1) operaciones de investigación y estimativas que dan como resultado el conocimiento y la particularización de los requisitos del autocuidado y de los métodos para satisfacerlos*
- 2) operaciones de reflexión y de toma de decisiones que dan como resultado decisiones sobre la satisfacción de requisitos de autocuidado de una forma particular y la decisión última de comprometerse o no*

comprometerse con el autocuidado

3) *operaciones de realización de las secuencias de acciones calculadas para satisfacer requisitos particularizados del autocuidado.*

El compromiso con las operaciones de autocuidado requiere, por ejemplo, que las personas tengan y hagan uso de un conocimiento teórico y empírico específico del autocuidado, que ejerciten una serie de técnicas desarrolladas, que razonen dentro de la estructura de referencia del autocuidado, que sean capaces de tomar decisiones sobre el cuidado de sí mismos y de llevar a cabo estas decisiones.

Estas son algunas de las facultades que permiten la racionalización de las tres operaciones del autocuidado. Los poderes de la facultad de capacitación son los movimientos de capacidades básicas aunque generales, como la capacidad de ejercitar la atención voluntaria a una condición de especificidad del autocuidado, como el componente de la facultad denominado «capacidad de mantenerla atención y ejercitar la vigilancia del requisito con respecto a:

- a) *uno mismo como agente del autocuidado y*
- b) *las condiciones y factores internos y externos que tengan significado en relación con el autocuidado» (Grupo de la Conferencia del Desarrollo de la Enfermería, 1979, pág. 195).*

Los factores del estado de la salud, los factores de desarrollo y la cultura afectan tanto al desarrollo como a la capacidad de operación de los componentes de la facultad de la acción del autocuidado. El

valor de estos tres componentes de la facultad afecta al compromiso de las personas con una o más de una de las operaciones del autocuidado. Por ejemplo, algunas personas se comprometen con las operaciones de reflexión y de toma de decisiones por los efectos condicionantes de una serie de factores internos y externos en los que están incluidos sus capacidades de reflexión y de toma de decisiones.

Manejo de uno mismo.

La capacidad de las personas de manejarse a sí mismas dentro de entornos estables o en cambio, con sus características físicas, biológicas y sociales distintas es esencial para el compromiso con el autocuidado. Esta capacidad es necesaria para el compromiso en formas diferentes de acciones deliberadas, no solo el autocuidado. El autocontrol requiere: la capacidad de regular la posición y el movimiento del cuerpo y de sus partes; la capacidad de trabajar, esto es, gastar energía en las empresas humanas; la capacidad de investigar las condiciones del entorno y darles significado; la capacidad de comunicarse con otras personas y la capacidad de controlar y manejar relaciones entre uno y las condiciones, objetos o personas del entorno exterior.

La condición de salud de una persona así como su experiencia y sus técnicas desarrolladas afectan a sus capacidades de automanejo. Las personas incapacitadas cuyos movimientos de un lado a otro están afectados, o que tienen debilitadas las capacidades sensoras, que tienen percepciones falsas de la realidad o que tienen las técnicas de la comunicación u otra técnica social poco desarrolladas, tendrán limitaciones en su autocontrol que puede afectar adversamente al cuidado

de ella misma o de las personas que dependan de ellas así como otras empresas humanas.

Resumen

Los tres atributos o propiedades de la persona madura o en proceso de maduración identificados, esenciales para su compromiso con el autocuidado (o el cuidado dependiente) no son estables e inmutables. Son dinámicos en lo que se refiere a que sus valores cambian con cambios de los individuos, sus entornos y las condiciones de vida.

La demanda de autocuidado terapéutico es esencialmente una expresión, una proyección realizada con la cantidad y el tipo de trabajo a ser realizado por y para los individuos que serán reguladores en una base continua o periódica de su funcionamiento y desarrollo.

La cantidad de este trabajo de regulación puede aumentar o disminuir; puede complicarse más; los valores de los componentes pueden cambiar minuto a minuto con requerimientos relacionados con el conocimiento y las técnicas especializados.

Conocer y satisfacer una demanda de autocuidado terapéutico de un individuo puede consumir cada vez más tiempo y cada vez más recursos e infringir o eliminarse su compromiso en otras áreas de la vida diaria. El trabajo puede hacerse tan agobiante que una persona puede negarse a satisfacer algunos componentes de su demanda de autocuidado terapéutico. Puede complicarse tanto que se requiera la ayuda profesional en forma de enfermería.

Las características de las demandas de autocuidado terapéutico de las personas pueden dar como resultado la relación de la inadecuación entre la demanda del autocuidado terapéutico y sus facultades desarrolladas de acción de autocuidado. Las limitaciones del autocuidado asociadas con las relaciones de inadecuación incluyen las limitaciones de conocimiento y de técnicas.

La acción de autocuidado se entiende como una propiedad de los individuos que se desarrolla a través del aprendizaje y la experiencia en grupos sociales. La acción del autocuidado se desarrolla idealmente en la adolescencia y primera madurez pero no se estabiliza a causa de la aparición de nuevos requisitos de autocuidado porque continúan los procesos de desarrollo y porque las condiciones nuevas o cambiantes del entorno afectan a la particularización del requisito universal y de desarrollo.

La acción del autocuidado puede imaginarse como si tuviera varias etapas de desarrollo con respecto a los componentes del conocimiento y la satisfacción de la demanda de autocuidado terapéutico a través de la realización de operaciones de investigación y estimativas, operaciones de toma de decisiones y operaciones de producción.

Las capacidades de acción desarrolladas para el autocuidado pueden llegar a ser inoperantes o parcialmente operativas al darse cambios en los estados de salud de las personas. Por ejemplo, las capacidades desarrolladas para el autocuidado no pueden ser llevadas a cabo por personas que están en un estado de miedo o nerviosismo o no son cromatosas. Los descensos del autocuidado dan como resultado rela-

ciones de inadecuación con la demanda de autocuidado terapéutico.

Las capacidades de automanejo pueden aumentar o disminuir en número y clase con los factores de estado de salud tales como la debilidad (un estado general) o los daños que afectan al movimiento o con terapias médicas prescritas que restrinjan el movimiento.

Las limitaciones de automanejo afectan a que las personas puedan activar algunas o todas las facultades de acción de autocuidado desarrolladas.

Se debe tener presente en el uso de la teoría del autocuidado que es la persona quien investiga, reflexiona, juzga, decide y procede a comprometerse o no comprometerse a aceptar o no aceptar la ayuda de la familia, de los enfermeros o de otras personas. Las tres propiedades descritas son cualidades caracterizadoras que identifican:

- 1) lo que las personas deberían hacer idealmente en materia de autocuidado en este momento y bajo estas condiciones y*
- 2) sus capacidades de comprometerse con el autocuidado y el autocontrol.*

SALUD MENTAL, UNA PERSPECTIVA PARA LA ENFERMERÍA

Una búsqueda de criterios.

La salud mental positiva es una preocupación de los profesionales de la salud en muchas partes del mundo. Es cuestionable, sin embargo, si los aspectos positivos de la salud mental se comprenden y se

hacen operativos en el campo de la práctica de enfermería u otros campos de la salud. La enfermedad mental, en sus variadas modalidades descritas se reconoce no solo en el campo de la salud mental psiquiátrica sino también en comunidades extendidas por todo el mundo. Las enfermedades mentales se describen, se les da nombre y se clasifican.

El impacto de las enfermedades mentales en los individuos, las familias y las comunidades está reconocido. Los profesionales de la salud y los miembros de comunidades tienen menos claras las manifestaciones exteriores de la salud mental positiva. Esto, en parte, se debe a las diferentes psicologías que se desarrollan y los diferentes puntos de vista de los seres humanos que guían el pensamiento de personas que tratan cuestiones de salud y enfermedades mentales.

La salud mental de los individuos desde la perspectiva de la enfermería es de suma importancia porque la salud determina no solo lo que las personas puedan hacer y harán por el autocuidado en este u otro momento y en general a lo largo del tiempo sino que también determina su deseo y su potencial de desarrollo como agentes del autocuidado.

Las personas que describen la salud mental lo hacen con respecto a los procesos de desarrollo y la personalidad. Los entendidos en esta materia sugieren que los criterios de salud mental expresados en estas estructuras son difíciles de aplicar en situaciones reales. Los criterios referidos son muchos y se incluyen estos: «funcionamiento armonioso y adecuado en todas las situaciones de la vida»; «aceptación con seguri-

dad del yo de la persona, de su cuerpo, de sus dones, de sus defectos»; «actualización de cualquier potencial que una persona pueda poseer en muchos aspectos de la vida»; o la teoría de Erickson sobre el desarrollo psicosocial y su modelo de normalidad y tipos sanos de funcionamiento (Escalona, 1962, pág. 44-45).

Dejando aparte las cuestiones de aplicación, los criterios anteriores sugieren que la salud mental positiva es una condición del hombre, la mujer y el niño como individuos que se desarrollan y funcionan como personas que son miembros de grupos sociales que viven en un mundo que se comprende en términos de sus dimensiones física, social, económica, biológica y psicológica.

Los individuos revelan sus estados de salud mental al seguir su conducta para lograr una serie de fines y objetivos y luchar por mantenerse en el devenir de la vida diaria.

Una posición sobre la salud mental.

Se sugiere que la salud mental es un estado de la persona en el que es consciente de sí mismo y de lo que él mismo se permite ser y hacer. La salud mental se expresa o se revela a las personas por los modelos de funcionamiento humanos esenciales en su vida diaria. Una búsqueda de las formas en que la persona revela los aspectos positivos de su estado de salud mental procede de:

1) un estudio de lo que los filósofos, psicólogos, psicólogos clínicos, psiquiatras y entendidos del comportamiento humano identifican como cualidades humanas esenciales; y

2) del conocimiento de los comportamientos con los que las personas con enfermedades mentales no se comprometen, totalmente o en parte, o solo con dificultad y con la ayuda de otros. Treinta y nueve comportamientos se identifican y se agrupan en conjuntos que expresan cinco modalidades diferentes del comportamiento humano dentro de grupos sociales. Los comportamientos se expresan como generalidades con referencia a la conducta de los individuos en situaciones de la vida.

Los cinco conjuntos se identifican como:

- 1. Funcionamiento dentro de una estructura de referencia verídica (que coincide con la realidad)*
- 2. Funcionamiento que produce y mantiene orden en la vida diaria*
- 3. Funcionamiento con integridad y autoconciencia*
- 4. Funcionamiento como persona en una comunidad*
- 5. Funcionamiento con un entendimiento creciente de la humanidad de uno mismo.*

Tanto los comportamientos como los nombres de los conjuntos se presentan como una tentativa de primer paso a presentar un sistema de acción para que los enfermeros comprendan la salud mental.

Los componentes en estos conjuntos se expresan en primera persona: qué tipo de acción tomo. El yo se sobreentiende pero no se expresa en las definiciones del comportamiento, como en (yo) «investigo nue-

vas condiciones y circunstancias y los sucesos habituales que se dan dentro de la persona y del entorno».

Los comportamientos también se pueden expresar como juicios sobre acciones con las que el individuo se ha comprometido a lo largo del tiempo, por ejemplo, «investigar nuevas condiciones». Estos tipos de expresiones son juicios que requieren la observación de la conducta de otros individuos en el tiempo.

El modo de expresión de los comportamientos en los cinco conjuntos pueden considerarse de dos maneras a las que podemos referirnos como respuestas a la pregunta: ¿Cómo me comporto? o como preceptos o principios que empleo para dirigir mi conducta en la vida diaria.

Funcionamiento dentro de una estructura de referencia verídica. Este conjunto incluye cinco comportamientos o principios que guían la conducta.

- 1. Investigar nuevas condiciones y circunstancias y sucesos habituales que se dan dentro de la persona o del entorno.*
- 2. Buscar la verificación de la validez de mis percepciones y perspectivas de sucesos y condiciones internos y externos a mí.*
- 3. Reconocer los errores en las concepciones y presentaciones de los aspectos de mi estructura corporal o mi funcionamiento mental y manejar los efectos de dichos errores en mí y en los demás.*
- 4. Investigar y reflexionar sobre la información que tengo sobre las situaciones de la vida para identificar qué y qué no está abierto al*

cambio a través del esfuerzo práctico que llevo a cabo yo mismo o los demás.

5. Evaluar la adecuación de mi conocimiento y la validez y seguridad de mis técnicas para el logro de las tareas en situaciones de la vida individual y familiar, o situaciones de trabajo o de juego.

Los cinco comportamientos de este conjunto se refieren a un conocimiento consciente del hombre, la mujer y el niño que «quiere comprender, aprender las unidades y correlaciones inteligibles, saber lo que ocurre y donde se encuentra» (Lonegan, 1967, págs. 322-324).

Funcionamiento para producir o mantener el orden en la vida diaria.

Los cinco comportamientos o principios del comportamiento se refieren al compromiso de las personas con la búsqueda y el logro de empresas de la vida diaria que incluyen el autocuidado y el cuidado dependiente así como otras empresas.

- 1. Ordenar y dar prioridad a actividades habituales y nuevas comprometidas que se dan dentro de situaciones de la vida diaria hacia el logro de las responsabilidades de mi papel con un sentido de cumplimiento y satisfacción.*
- 2. Ser creativo y pedir la ayuda necesaria para desarrollar y emplear un plan que ordene y priorice las actividades de la vida diaria cuando se tomen responsabilidades de un nuevo papel o en situaciones que no son familiares.*

3. Ayudaría los miembros de mi familia a desarrollar y utilizar planes para ordenar y priorizar actividades de la vida diaria cuando sus facultades y procesos de toma de decisiones se estén desarrollando o cuando dichas facultades y procesos estén interferidos por condiciones y factores internos y externos.

4. Buscar el desarrollo, mantenimiento y modificación de hábitos y rutinas que aseguren que las tareas de la vida diaria se cumplan de acuerdo con las responsabilidades de mi papel con el conocimiento de los requisitos y con el uso eficaz y económico de los recursos.

5. Mantener o producir maneras de responder y actuar de acuerdo con las características y demandas de las situaciones de la vida diaria y su significado para mi propia vida, salud y bienestar y de los demás.

El propósito de este conjunto es actuar dentro de «un campo de conocimiento consciente, empírico, inteligente y racional» (Lomergan, 1967, pág. 324).

Funcionamiento con integridad y autoconciencia.

Ocho comportamientos se identifican en este conjunto.

1. Mantenerla conciencia de mi propia historia a través del recuerdo y la reflexión.

2. Mantener el pasado histórico separado del presente de la existencia.

3. Mantener la separación y las relaciones apropiadas con otras

personas, objetos y sucesos externos. No involucrarse en sucesos y asuntos más allá de los propósitos objetivos o de la realidad de estos sucesos y asuntos.

4. Desarrollar y mantenerse uno mismo como individuo que no le incumben o no depende de las identidades de los demás.

5. Mantener períodos de silencio con el propósito de reflexión consigo mismo para mejorar la autoconciencia y el conocimiento de uno mismo.

6. Atender e interesarse por mis propios procesos mentales.

7. Mantenerla observación de mis propios comportamientos y los de las personas con las que interactúo en las situaciones cotidianas dar significado a estos comportamientos.

8. Utilizar el humor y la risa para abrir el camino para lograr opiniones de las realidades de uno mismo y los demás.

El enfoque aquí es sobre la persona como individuo que tiene una vida interior y una mente que usa (Weiss, 1980, pág. 226-227).

Funcionamiento como persona en la comunidad.

Los comportamientos en este conjunto tienen que ver con la integridad en las relaciones sociales.

1. Mantenerme como una persona de la (s) comunidad (es) de la (s) que soy miembro.

2. *Conocer mi (s) posición (es) en la (s) comunidad (es) de la (s) que soy miembro y las responsabilidades que acompañan a esta (s) posición (es).*
3. *Usar mi (s) posición (es) en la comunidad de forma que contribuya a la vida de la comunidad y como medio de satisfacer las necesidades de uno mismo y los demás.*
4. *Mantener las relaciones continuas y mutuamente satisfactorias en contactos recurrentes con otras personas en situaciones cotidianas incluyendo situaciones en el hogar, en el trabajo, en el ocio, etc.*
5. *Mantener la atención hacia personas y asuntos de interés para el desarrollo de la concentración con el propósito de llegar a ser capaz de amar.*
6. *Entrar y aceptar las responsabilidades del papel de relaciones de cariño con otras personas en la infancia y en la madurez.*
7. *Evitar el uso de las demás personas como meros instrumentos para lograr objetivos personales.*
8. *Evitar el mero uso instrumental de uno mismo por parte de otros para el logro de sus objetivos.*
9. *Conocer y expresar el reconocimiento de la contribución de los demás hacia mi propia vida, salud y bienestar.*
10. *Comunicarse uno mismo con los demás a través de acciones expresivas interpersonales en las que se incluyan el recuento de necesi-*

- dades, sentimientos, y estados del sentimiento.*
- Los diez comportamientos hacen énfasis en las relaciones de amistad y en las relaciones de carácter contractual y niega las relaciones coactivas.*
- Funcionamiento con comprensión en aumento de la humanidad de cada uno.*
- Los diez comportamientos de este conjunto están enfocados a diversos aspectos de la condición humana.*
1. *Disfrutar de los éxitos.*
 2. *Desarrollar la comprensión de la felicidad como expresión de mi humanidad para lograr ordenen mí mismo y en el entorno, en el orden de mi relación con los demás y de la fe, la esperanza y la caridad que me mantienen consciente y me relacionan con el Ser supremo.*
 3. *Soportar el sufrimiento en aquellas situaciones de la vida de las que no podemos escapar, son inevitables o no podemos cambiar, pero siempre en congruencia con las características de la realidad de estas situaciones y su significado en relación con mi vida, salud y bienestar o su significado para los demás.*
 4. *Buscar la comprensión del sufrimiento como proceso por el que llega la comprensión de las relaciones con uno mismo, las relaciones con los demás y las relaciones con Dios.*
 5. *Buscarla comprensión de la enfermedad y de otras pérdidas*

dentro del contexto de mi humanidad.

6. *Reflexionar sobre mi vida y los valores y significados que surjan.*

7. *Reconocer situaciones donde hay necesidad de desarrollo de control emocional o de otros cambios del comportamiento dirigido al cumplimiento de tareas así como mi bienestar y el de los demás.*

8. *Investigar y reflexionar sobre los valores que doy a los sucesos, condiciones y circunstancias específicas.*

9. *Identificar y dar significado a las situaciones cotidianas en las que tomo acción para participar o por las que evito.*

10. *Revisar y valorar las propiedades de mi jerarquía o sistema de valores (moral, económico, ascético, material, social) que dan color a los juicios y constituyen fuerzas motivadoras en la toma de decisiones y en la acción.*

Resumen

La posición tomada es que la salud mental es una condición, en estado de desarrollo de las personas que se revela en su conducta en sus asuntos diarios. La salud mental no es un estado general tan sencillo como ser consciente o inconsciente, sino que es una condición, un estado complejo, que se revela por medio de la dinámica de la vida diaria de los individuos en grupos sociales. Las personas bajo el cuidado de los enfermeros revelan su salud mental en su conducta relevante a las características sociales, interpersonales y clínicas de la enfermería y la

situación de cuidado de la salud que más abarque dentro de la estructura de las características más amplias de su vida cotidiana.

LA RELACIÓN DE LA SALUD MENTAL CON EL AUTOCUIDADO

Estado de salud como factor condicionante.

La teoría del autocuidado relaciona los estados de salud de las personas con las demandas de autocuidado terapéutico y con su acción de autocuidado.

Los estados de salud de los hombres, mujeres y niños pueden generar nuevos requisitos de autocuidado, producir cambios e imponer nuevas condiciones para satisfacer los requisitos del autocuidado existentes. Por esta razón en la teoría del autocuidado, es estado de salud se conceptualiza como factor condicionante básico con respecto a las demandas de autocuidado terapéutico.

En estas estructuras los enfermeros razonan desde el conocimiento de aspectos revelados de los estados de la salud de las personas para emitir juicios sobre componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico; por ejemplo, por medir el funcionamiento cardíaco tendemos juicios sobre la disponibilidad de energía, o por la verbalización de intentos de suicidio por parte de la persona tendremos el requerimiento de que los enfermeros presten una atención especializada a los requisitos universales de autocuidado para prevenir riesgos y comportarse de manera normal.

Los enfermeros tienen suficiente conocimiento científico y conoci-

miento experimental de situaciones de enfermería como para comprometerse en el tipo de razonamiento de «si esto, entonces aquello».

La teoría del autocuidado también especifica el estado de salud como un factor condicionante que afecta a la facultad de las personas de la acción del autocuidado. La operabilidad de las capacidades de las personas, desarrolladas para el compromiso con el autocuidado, o su desarrollo de capacidades adicionales puede ser afectada positiva o negativamente. Por ejemplo, un adulto en un estado de coma no puede ejercitar sus capacidades desarrolladas para el compromiso con el autocuidado o desarrollar nuevas capacidades mientras está en coma.

Las personas que están en coma dentro de la estructura de la teoría de enfermería tendrán un déficit completo de autocuidado porque su acción de autocuidado no es operativa y está en una relación deficitaria para la demanda de autocuidado terapéutico.

La figura 3 identifica tres relaciones posibles entre la propiedad humana adquirida de la acción del autocuidado y la propiedad humana de tener una demanda de autocuidado terapéutico, Las relaciones posibles son: menos que (una relación déficit), igual a o más que.

Estas relaciones son específicas en el tiempo por lo que se indican con los símbolos T-O, T-1, T-2: la figura muestra el estado de la salud como un factor condicionante básico paralelo a la edad, al estado de desarrollo y la cultura. Hay, por supuesto, otros factores condicionantes básicos. Una parte del trabajo de los enfermeros es la investigación y el uso del conocimiento científico para juzgar qué factores son estables y

cuáles son condicionantes activos de las demandas del autocuidado terapéutico de la acción del autocuidado de las propiedades. Las relaciones deficitarias entre la acción del autocuidado y la demanda del autocuidado terapéutico de un individuo puede surgir a partir de los valores comunes de cada propiedad o del valor corriente de ambos.

La Teoría de déficit de Autocuidado.

La teoría de déficit de autocuidado. (la segunda estructura de la teoría de enfermería de déficit de autocuidado) identifica por qué los individuos requieren y pueden ser ayudados a través de la enfermería. Las personas que necesitan la enfermería son personas cuya acción de autocuidado no es la adecuada para el conocimiento continuo y la satisfacción de todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico.

La teoría específica que tales personas tienen limitaciones existentes o que surgen para realizar uno o más de uno de los tres tipos de operaciones consistente y eficazmente. Las tres operaciones de autocuidado identificadas previamente son:

- 1. Investigación de los factores humanos y del entorno en la situación de la vida y estimaciones de lo que puede y debe hacerse con respecto al autocuidado.*
- 2. Tomar decisiones sobre lo que se va a hacer.*
- 3. Tomar acción productiva para satisfacer los requisitos de autocuidado y desarrollar o regular el uso de la acción del autocuidado.*

Las limitaciones del compromiso eficaz con una, dos o tres de estas operaciones hace surgir las relaciones de déficit entre la acción del autocuidado de las propiedades y la demanda del autocuidado terapéutico.

Las limitaciones de acción para el autocuidado deben verse como factores causales con respecto a la existencia o no existencia de relaciones de déficit entre las facultades de acción de autocuidado de las personas y sus demandas de autocuidado terapéutico.

Las limitaciones de autocuidado se clasifican por tipos de operaciones de autocuidado como limitaciones de conocimiento, limitación para tomar decisiones y emitir juicios y limitaciones en el compromiso de modos de acción para alcanzar resultados.

Por ejemplo, un tipo de limitación de conocimiento se asocia con el «deterioro del funcionamiento sensorial de percepción y de memoria que interfiere en la adquisición de conocimiento empírico o en la actualización del conocimiento». Otro tipo es «perturbaciones del funcionamiento humano integrado que afecta adversamente a la conciencia empírica, al funcionamiento cognitivo y a la racionalidad» (Orem, 1985, págs. 125-130).

Los individuos con déficits de autocuidado asociados con la salud o las personas que actúan para ellos idealmente:

1) reconocen las limitaciones de autocuidado o de cuidado dependiente existentes o que puedan surgir

- 2) identifican que la enfermería es un servicio necesario y*
- 3) buscan y aceptan la enfermería.*

La aceptación de la enfermería implica:

- 1) un acuerdo entre las personas con déficits de autocuidado y los enfermeros que tomen y lleven a cabo sus papeles y responsabilidades*
- 2) inicio y desarrollo de una relación interpersonal que permita la comunicación y*
- 3) se mueve hacia una unidad interpersonal que implica la independencia implícita en cualquier diferenciación de papeles y responsabilidades.*

La Teoría del Sistema de Enfermería.

Las personas que buscan y aceptan la enfermería y los enfermeros que proporcionan la enfermería de manera gradual forman unidades interpersonales localizadas de tiempo y espacio. El papel del enfermero se describe frecuentemente como un papel de cuidado y ayuda. Tiene, sin embargo, una característica más unificadora.

El enfermero es el que está junto a la persona que recibe la enfermería, le informa de las posibilidades de acción de autocuidado entre las que elegir, apoya y dirige a la persona en la acción de autocuidado, en la aceptación del cuidado realizado por enfermeros u otras personas. Los enfermeros actúan para ayudar a las personas que requieren la enfermería a ser conscientes de la presencia del enfermero, a aceptar

al enfermo y a buscar ayuda del enfermero. Esta es a veces una tarea difícil y que lleva un tiempo considerable.

Son personas quienes aceptan y reciben el cuidado de otras. Son personas cualificadas como enfermeros quienes proporcionan la enfermería a otros a través del uso de métodos válidos de ayuda. Son personas quienes tienen y aceptan papeles y responsabilidades.

Son la madurez personal de los enfermeros y los estados de salud mental los que afectan a su aceptación de las responsabilidades del papel de enfermero en las situaciones prácticas y el sentido de obligación que lleva al desarrollo de dichas responsabilidades.

Los enfermeros actúan para aprender cómo sus pacientes han satisfecho o están satisfaciendo sus requisitos de autocuidado, para calcular las demandas de autocuidado terapéutico, para saber si y cómo las facultades de los pacientes para comprometerse con la acción deliberada están limitadas o restringidas, para seleccionar métodos de asistencia apropiados a las limitaciones del paciente para el autocuidado y para desarrollar responsabilidades del papel para satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico y para regular el ejercicio o desarrollo de sus facultades de acción de autocuidado.

Las capacidades de los enfermeros de llevar a cabo estas acciones se denomina acción de enfermería. La acción de enfermería es una propiedad de los enfermeros que se sitúa en relación con las demandas de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de los pacientes. Desde una perspectiva abstracta y teórica estas propiedades juntas

en su relación mutua constituyen un modelo conceptual de enfermería. Ver figura 4.

Las limitaciones de autocuidado deberían entenderse en términos de que las personas en este momento y lugar no pueden hacer nada, por conocer y satisfacer sus demandas de cuidado terapéutico. Las limitaciones de acción se asocian con desviaciones y desórdenes revelados del funcionamiento somático y psíquico en los que se incluye la sintomatología de las enfermedades mentales.

Los síntomas de enfermedades mentales tal y como los revelan los pacientes y entendidos como enfermeros capacitados pueden llevar a los enfermeros a deducir cómo puede afectarse el compromiso en alguna o todas las formas de acción deliberada incluido el autocuidado.

Comprender las limitaciones de autocuidado de las personas y otras formas de acción deliberada es la base de la selección por parte de los enfermeros de modos apropiados de ayuda - hacer, dirigir y ayudar a otro física y psicológicamente, proporcionando un entorno que mejore el desarrollo personal, por medio de la enseñanza (Orem, 1985, págs. 138-143). La selección de los enfermeros de un modo de ayuda o de una combinación de ellos para un paciente individual:

- 1) *especifica las responsabilidades del papel de los enfermeros y sus pacientes para saber y satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico de los pacientes y para regular el ejercicio o desarrollo de las facultades de los pacientes en relación con la acción de autocuidado*

2) *da forma al sistema de cuidados de enfermería.*

Enfermería, Salud Mental y Autocuidado.

Al acabar el siglo XX, las profesiones de la salud y los gobiernos de diferentes países se enfrentan a los altos costos de los sistemas de cuidado de la salud ante el fracaso de la satisfacción de los requisitos de mantenimiento de la salud de las poblaciones a las que sirven. El énfasis repetido sobre el desarrollo del mantenimiento de la salud y los programas de mejora de la salud se ve como un paso necesario para el recorte de presupuestos dentro de sistemas de cuidado de la salud institucionalizados.

Algunos gobiernos han identificado el autocuidado como acercamiento a la solución de los problemas de los costos. La información sobre la naturaleza y las propiedades humanas requeridas para el autocuidado eficaz está en orden si la conducta del autocuidado por parte de los miembros de las poblaciones llega a ser un medio eficaz de mantenimiento de la salud y mejora de la salud en todos los países del mundo. Los requisitos de recursos humanos y materiales para el autocuidado no debe mirarse por encima.

Enfermería y Educación del Autocuidado.

En la sociedad occidental el énfasis en la educación de la salud ha sido continuo como aprendizaje de medidas de cuidado y desarrollo de hábitos que prevengan enfermedades o proporcionen condiciones necesarias para la salud positiva. Las medidas válidas de cuidado y de confianza para las personas en un lugar y en un momento determi-

nado requieren un ajuste ya que las personas crecen y se desarrollan al cambiar su entorno y por los descubrimientos científicos. Un énfasis en las medidas de cuidado, las cosas que hay que hacer, sin un énfasis en las capacidades y limitaciones de los individuos para emplear las medidas de cuidado, de vigilancia de los resultados y la incorporación de medidas de cuidado en el contexto de la vida diaria no es un acercamiento válido para los enfermos ni para los sanos.

El autocuidado se ha descrito como un comportamiento aprendido, como conducta, que es un comportamiento procesado por el ego. El autocuidado se entiende como una función del yo. El yo es completamente privado para los individuos (Weiss, 1980, pág. 140) y el yo puede o no incluir dentro de los papeles el papel de agente del autocuidado y los modelos de funcionamiento asociados con él. Los niños han sido ayudados para desarrollar dentro de sus conceptos de sí mismos sus papeles de agentes del autocuidado.

Los enfermos han demostrado que los niños discapacitados y enfermos crónicos quieren aprender y aprenden de hecho con ayuda de los adultos a hacerse responsables de llevar a cabo las medidas de cuidado terapéutico dentro de sus complicadas medidas de autocuidado terapéutico en casa y en el colegio.

Los enfermeros o los padres continúan siendo responsables de calificar las demandas de autocuidado terapéutico de los niños. Se puede lanzar la hipótesis de que el compromiso controlado del autocuidado por parte de los niños contribuye a una salud mental positiva. Esta es una cuestión para la investigación.

Los enfermeros ayudan a los individuos y las familias a proporcionar autocuidado y cuidado dependiente desde una amplia gama de condiciones. Los enfermeros que algunos adultos retrasados mentales pueden aprender sus requisitos particulares de autocuidado y las necesidades de cuidado asociadas a ellos siguiendo la existencia de sucesos adversos como el infarto de miocardio.

Estos adultos están motivados a ser responsables de su propio cuidado y con instrucciones y dirección de los enfermeros en su modo de funcionamiento cognitivo se desarrollan como agentes de autocuidado eficaces. Los adultos que no han gozado de una educación que piensan concretamente y no pueden tratar con abstracciones pueden aprender, por ejemplo, un sistema de control de autocuidado de su condición de diabetes. Algunos lo perciben como un desarrollo de sí mismos, lo que en realidad es. El deseo de los humanos de conocer es ilimitado. Se debería reconocer en la enfermería y en otros campos de la salud.

Autocuidado y Valores

Los enfermeros saben que los valores de las personas influyen en sus decisiones y en su deseo de integrarse en su propio autocuidado. Consideremos el caso del Señor K. El Sr. K. con una historia de diez años de sufrimiento de diabetes fue admitido en un hospital de la Administración para Veteranos con su condición de diabetes incontrolada y con un absceso submandibular. La condición de diabético del Sr. K. se diagnosticó cuando era militar activo. Antes de darle de baja se le instruyó de su condición de diabético y cómo debía cuidarse.

El Sr. K. provenía de un estado rural del oeste. Su madre y su esposa tomaron la responsabilidad de cuidarlo. Su esposa expresó al enfermero del Sr. K. la extrema frustración que tenía por el fracaso del Sr. K. al asumir la responsabilidad por sí mismo. Afirmaba «he llegado a darme cuenta de que es un adulto y que tiene que cuidarse él mismo. No puedo hacerlo por él ni hacerle que lo haga». El Sr. K. sabía cómo cuidarse para regular su condición de diabético pero no se proporcionaba el autocuidado regulatorio completa o eficazmente.

Tras mejorar el estado de salud del Sr. K. con enfermeros en el papel de cuidadores, se procedió a dar un curso de enfermería a la Sra. K. que se volvió más energética en estructurar y llevar a cabo los sistemas de autocuidado y cuidado dependiente que satisfacían sus propias demandas, las del Sr. K. y las de sus hijos.

Tras un período de dos semanas en casa, el Sr. K. volvió a la clínica con un nivel aceptable de glucosa en la sangre y con una claridad y alerta que antes no tenía. El enfermero expresó que la percepción del Sr. K. de cómo se sentía y el darse cuenta de que su condición estaba bajo su control podían haberle llevado a un autocuidado mayor y efectivo y a la Sra. K. a buscar el cuidado de salud apropiado a su familia.

Los enfermeros del Sr. K. identificaron su caso como una acción de autocuidado no desarrollada. Sin embargo, hay otros aspectos del caso del Sr. K. quien se identificaba como «absorbido por el trabajo». El Sr. K. no dudaba en valorar el tiempo que pasaba en su trabajo como mecánico por encima del cuidado por mantener su propio bien-

estar y su salud o la de su familia. Se podía decir también que el Sr. K. probablemente no incluyera en su concepto de sí mismo el concepto de «yo» como agente del autocuidado. Su historia del fracaso de la responsabilidad de su autocuidado continuo no hay duda que se asociaba 1) con los papeles y valores tradicionales fuertes de la comunidad rural donde el vivía donde la mujer y la madre son agentes del cuidado y 2) con su vida militar (Orem y Taylor, 1986, pág. 59-68).

Estados de Salud y Sistemas de Enfermería.

En las situaciones de la práctica de la enfermería los enfermeros deben emitir juicios y tomar decisiones sobre sus propios papeles y los papeles de sus pacientes para conocer y satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico de sus pacientes inmediatamente y en una base continua.

Los requisitos universales del autocuidado deben satisfacerse continuamente y la acción de satisfacer un requisito universal o más debe tener alta prioridad bajo circunstancias predominantes para mantener la vida y la salud. Los enfermeros deben incorporar los requisitos de autocuidado asociados con los síntomas de los pacientes, las aberraciones de comportamiento o patologías diagnosticadas médicamente y las medidas terapéuticas o de diagnóstico médico prescritas para las demandas de autocuidado terapéutico de los pacientes.

Deben proporcionarse las condiciones que mejoran el desarrollo humano. Una estructura realista de referencia sobre lo que los pacientes pueden hacer, no pueden hacer, no deben hacer y pueden aprender

a hacer para el autocuidado contribuye a satisfacer los requisitos del autocuidado de desarrollo de los pacientes dentro de situaciones de enfermería incluida la mejora de la salud mental positiva.

Un aspecto crítico de la enfermería es el empleo de información por parte de los enfermeros de cómo los pacientes revelan su salud y fuerza mental o la falta de éstas para emitir juicios de enfermería sobre las capacidades de automanejo y autocuidado de los pacientes. Esta información sobre los pacientes puede provenir de una variedad de fuentes.

Los pacientes expresan juicios sobre sus estados de salud, lo que pueden y no pueden hacer, lo que hacen con dificultad, los obstáculos que deben superar, las formas en que van satisfaciendo requisitos específicos de autocuidado. Los enfermeros observan los comportamientos de los pacientes bajo condiciones y circunstancias estables o en cambio. Los informes de los médicos y terapéutas y los informes de laboratorio de una variedad de tipos son otra fuente de información.

Los enfermeros emiten juicios generales o globales al igual que juicios específicos o puntuales sobre la acción del autocuidado de los pacientes y sus capacidades de automanejo. Por ejemplo, los niveles de conciencia que interfieren en la atención y percepción como estados de alta emoción o depresión profunda o coma, niveles de energía bajos, incapacidad total de controlar la posición o el movimiento del cuerpo en el espacio impiden el compromiso con todas o algunas de las tres operaciones de autocuidado. El conocimiento de interferencia menos globales como un modo concreto de pensar o la inmovilidad de una

extremidad permite a los enfermeros 1) juzgar como los pacientes estarán ocupados en el autocuidado y el automanejo, identificar los métodos de ayuda apropiados para ayudarles y 2) definir los papeles de los pacientes y los papeles de los enfermeros.

Los enfermeros en ocasiones pasan por alto la importancia de las observaciones de los pacientes, fracasan en obtener información o fracasan en utilizarlos como base para emitir juicios y tomar decisiones de enfermería. Las observaciones hechas y reveladas por personas que sufren enfermedades mentales crónicas que estaban en un centro de día en un gran hospital psiquiátrico revelan la importancia de las opiniones de los pacientes. Los especialistas de salud mental psiquiátrica a cargo del centro tomaron y clasificaron los juicios expresados por los pacientes (E. Vardiman).

Las observaciones expresadas se clasificaron según el estado de salud, las limitaciones de acción y los requisitos de autocuidado asociados. Los efectos de terapia con drogas se expresaban o estaban implícitos en algunas afirmaciones.

Las siguientes muestras indican que los miembros del centro de día realizaban parte de las operaciones de investigación y estimación del autocuidado en relación con: sus propios estados de salud, la satisfacción o no satisfacción de sus requisitos universales de autocuidado, obstáculos en la acción, así como capacidades de acción y limitaciones.

La primera muestra se relaciona con juicios sobre estados de sa-

lud y tipos de limitaciones de acción de los que se pueden sacar conclusiones sobre requisitos del autocuidado. Las afirmaciones se expresan las palabras de los miembros del centro de día.

Creo que me estoy poniendo enfermo otra vez.

Estoy oyendo voces. Estoy irritable.

Me enfado fácilmente.

Mi pensamiento va espacio.

Estoy demasiado cansado como para pensar.

No parece que puede planificar nada con antelación para solucionar un problema.

Volver la cabeza para ver las cosas me resulta difícil.

No respondo con velocidad suficiente para evitar objetos en mi camino. Camino demasiado despacio para no hacerme daño en mi camino.

Doy pasos demasiado cortos.

Estoy torpe y descoordinado.

Tropiezo con más frecuencia.

Se me caen las cosas.

Me quemó cuando fumo.

Estas observaciones revelan la necesidad de evaluar los síntomas psiquiátricos, la revisión neurológica, para revisar la terapia así como para prestar una evaluación especial al requisito universal del autocuidado de prevención de riesgos (E. Vardiman).

La segunda muestra esta relacionada con factores de estado de salud e interferencias y prácticas para satisfacer el requisito universal de autocuidado de «mantener una ingesta suficiente de alimentos».

Factores e Interferencias de los Estados de Salud.

He perdido peso. He perdido el gusto. Raramente tengo hambre. Tengo dificultad para llevar la comida hasta la boca. Me cuesta tragar. Me ahogo con la comida. Tengo miedo a ahogarme. No puedo cortar la carne.

Prácticas de Autocuidado (Selección de Alimentos).

Solo como comida blanda. Elijo las comidas que no requieran masticar. Como comidas especiales o diferentes a las de antes. Mi comida requiere mucha sal y pimienta.

Este conjunto de observaciones revela las necesidades de evaluación de la nutrición, la investigación sobre la ingesta de alimentos y la superación de los obstáculos en la comida y en el tragar.

Estas muestras que revelan las observaciones y juicios de los pacientes debieran indicar a los enfermos que solo el paciente del enfermero tiene y puede revelar algunas informaciones que son necesarias para que los enfermeros emitan juicios sobre las demandas de

autocuidado terapéutico de los pacientes, su acción de autocuidado, sus capacidades de automanejo y su condición de salud.

Los enfermeros deberían ser o hacerse capaces de reconocer: los modos esencialmente humanos de funcionamiento que los pacientes revelan en las situaciones de la práctica de enfermería que se sugieren como indicadores de salud mental positiva; los deseos de los pacientes de funcionar en estos modos; y los obstáculos que les previenen o limitan en lo que desean hacer. A veces las personas que funcionan dentro de una estructura verídica de referencia y con integridad y autoconciencia se identifican como insuavisos, que les falta motivación, que no quieren aprender, o contrariados, que se ordenan a sí mismo.

Un hombre de sesenta y ocho años, el Señor R. Y que sufría los efectos de una enfermedad pulmonar y cardíaca, durante la hospitalización por un segundo infarto de miocardio recibió la entrevista de un especialista de enfermería de cuidados agudos. Tras leer el informe del Sr. R. Y. y antes de la entrevista, el enfermero escribió: «Mi impresión era que el Sr. R. Y. era insuavisio.

No tenía motivación ni capacidad para aprender a tratar su estado de salud y posiblemente está contrariado». Tras la entrevista, el enfermero escribió: «Todo lo anterior es un error. El Sr. R. Y. era realmente muy creativo al tratar con su estado de salud por medio del autocuidado».

Un incidente que el Sr. R. Y. citaba estaba relacionado con haber

abandonado la terapia física que era parte del programa de rehabilitación cardíaca. El psicoterapeuta hizo una anotación indicando que el paciente no estaba motivado para progresar en el programa. El Sr. R. Y dijo que se retiró del programa de rehabilitación porque «querían que hiciera más de lo que he sido capaz de hacer durante los últimos cinco años a causa de mis pulmones».

El enfermero especialista en cuidados críticos indicó en una serie de afirmaciones concluyentes en su informe de su entrevista que el uso de las vías de la teoría de enfermería de déficit de autocuidado que habían emitido los enfermeros que cuidaban al Sr. R. Y habían facilitado el desarrollo de un plan de cuidado individualizado que había disminuido el estrés del Sr. R.

Y durante su primera hospitalización y tras darle el alta; también había proporcionado información esencial para los fisioterapeutas y los terapeutas especialistas en dietas que informaron que el Sr. R. Y «necesita conocerse de que la dieta le ayudará». (McEwen, L., 1986. Un Estudio Retrospectivo para Identificar el Significado de la Estructura de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado en el Proceso de Diagnóstico, Prescripción y Diseño de Cuidado de Enfermería para R. Y).

Los enfermeros cuyas asignaciones de casos incluyen personas con enfermedades mentales, patológicas orgánicas o aberraciones de comportamiento deben saber cómo particularizar los requisitos universales de autocuidado y de desarrollo, no solo en términos de edad, estado de desarrollo, efectos de desórdenes de la salud y cultura, sino también

en términos de resultados y efectos de los desórdenes de la salud que las personas sufren y de los resultados y efectos de diagnósticos médicos y medidas de tratamiento. Los enfermeros deben formular y expresar los requisitos de autocuidado del tipo de desviación de la salud que tienen sus orígenes en estados de mala salud y en diagnósticos y medidas de tratamiento prescritos por los médicos.

En la enfermería para personas que sufren enfermedades mentales los enfermeros deben ser capaces de enfocar y ayudar a los pacientes a enfocar programas cotidianos a los que se incorporan actividades para conocer y satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y para regular el ejercicio y desarrollo de su acción de autocuidado y sus capacidades de automanejo.

El ejemplo que sigue sobre un acercamiento general a la formulación de los requisitos de autocuidado de mala salud para personas que sufren enfermedad mental crónica se presenta para que se tome en consideración y como base para un desarrollo continuo.

Requisitos de Autocuidado de Desviación de la Salud.

Un Modelo General.

1. Manejarse en un entorno estable o en cambio mientras se experimenta una combinación de síntomas psiquiátricos.
 - a. Prevenir el daño a uno mismo y a los demás.
 - b. Mantener la propia identidad.

c. Mantener un enfoque y una búsqueda de condiciones del entorno y recursos que son necesarios para mantener la integridad en la vida diaria y en algún respecto del bienestar.

2. Manejar síntomas psiquiátricos específicos de acuerdo con sus características definitorias y su subjetividad de control o regulación.

3. Conocer y participar en el régimen terapéutico descrito.

a. Aceptar o poseer un yo con un estado de funcionamiento establecido objetiva y subjetivamente y con una necesidad de manualidades de tratamiento particular.

b. Aprender y llevar a cabo las responsabilidades de un papel personal con respecto a cada modalidad de tratamiento.

c. Usar los tipos de advertencias y atención que permitirán el conocimiento y la participación en cada modalidad de tratamiento.

d. Aprender los resultados deseados y desfavorables de cada modalidad de tratamiento o mantenerse alerta por su posible aparición.

e. Buscar un ajuste en las terapias si se percibe necesidad de ello.

4. Ajustar cada requisito universal del autocuidado siempre que haga falta el ajuste para asegurar los resultados deseados de una modalidad de tratamiento o para compensar sus resultados desfavorables.

Para las personas que sufren enfermedades mentales todos los requisitos universales de autocuidado o alguno de ellos requerirá atención y ajuste especializado. Los requisitos que necesitan atención especializada de enfermeros incluyen aquellos referidos a: mantener una ingesta suficiente de alimentos y de agua, mantener un equilibrio entre la soledad y la interacción social, mantener un equilibrio entre el descanso y la actividad, prevenir riesgos para la vida y la salud, mantener y mejorarla normalidad. Lo que sigue es un ejemplo de particularización del requisito de mantener un equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Interacción Social.

1. Buscar y mantener una red de contactos sociales prioritarios.

2. Actuar para ayudar a otros a comprender el significado del comportamiento alterado que se tenga.

3. Luchar por ajustarse a nuevos contactos sociales.

4. Regular el comportamiento en situaciones interpersonales y en grupo para regular el bien para uno mismo, otros y el grupo.

Soledad

1. Buscar oportunidades para la soledad que reduzcan los estímulos externos.

2. Usar la soledad con propósitos de reflexión sobre la situación de la vida propia.

3. *Usar la soledad para perseguir actividades constructivas de acuerdo con los talentos que se posean.*

Los ejemplos precedentes de lo que hacen los enfermeros hacen en situaciones de práctica de la enfermería indica que el uso de la teoría de enfermería de déficit de autocuidado que hacen los enfermeros man- tiene el enfoque de los enfermeros sobre las personas que tienen déficits de autocuidado relacionados con el autocuidado.

Lleva a los enfermeros a utilizar métodos de ayuda que tienen validez y a formular sus propios papeles y los de los de los pacientes en concordancia con las limitaciones y capacidades de autocuidado de sus pacientes. La teoría de enfermería es un teoría general y es útil para los enfermeros en todo tipo de situaciones de práctica de la enfermería para conocer y satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico de los pacientes y para regular el desarrollo o el ejercicio de la acción de autocuidado.

Resumen

Los enfermeros hacen una importante contribución a la salud y bienestar de los individuos y familias a través de los sistemas de cuidado de enfermería que diseñan y producen. Los enfermeros y la enfermería se enfrentan frecuentemente con los resultados no deseados y no deseables de las decisiones sobre los sistemas de cuidado de la salud que hacen los funcionarios de los gobiernos, los médicos y otros colectivos en los que los enfermeros no tienen voz. La importancia de la enfermería en el mantenimiento y mejora de la salud debe estar repre-

sentada real y agresivamente por los enfermeros en todas las comunidades del mundo. Los enfermeros, además, deben o deberían representar la naturaleza y esencia del autocuidado y el cuidado dependiente y los requisitos humanos y materiales del compromiso eficaz con el autocuidado y el cuidado dependiente.

REFERENCIAS

- Escalona, S. (1962). Conceptos de salud mental y sus efectos en la práctica profesional. Integración de los conceptos de salud mental en las profesiones de las relaciones humanas. Nueva York: Bank Street College of Education.*
- Lonegan, 8 JF (1965). Opinión. Londres: Longmans, Green and Co. Ltd.*
- Grupo de la Conferencia para el desarrollo de la enfermería. (1973, 1979). Formalización del concepto de la enfermería: Proceso y producto. Boston: Little, Brown.*
- Orem D.E. (1956). Servicio de enfermería de hospital, un análisis. Indianápolis, Indiana: División de servicios hospital e institucionales de la corporación de salud del estado de Indiana.*
- Orem D.E. (1959). Guías para el desarrollo curricular de la educación de los enfermeros prácticos. Washington D.C. Oficina del gobierno de EE.UU..*
- Orem D.E. (1985). Enfermería: Conceptos de la práctica. St. Louis: C.V. Mosby.*

Orem D. E. y S. G. Taylor (1986). Teoría general de enfermería por Orem. De P. Winstead-Fry, Ed., Estudios de casos de la teoría de enfermería. Nueva York: Liga nacional de enfermería.

Weiss, P. (1980). Tú, yo y los demás. Londres y Amsterdam. Feffer y Simons, Inc.





**Aportaciones teóricas de
dos maestras de los Cuidados**

H. Peplau y D. Orem

20 años trabajando
mejorando
1982 - 2002

ANM
ASOCIACIÓN NACIONAL DE
ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL