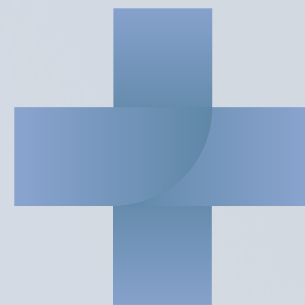


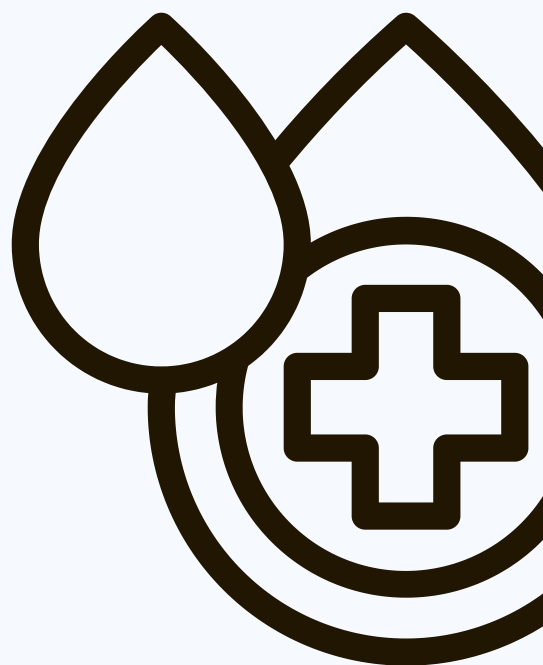
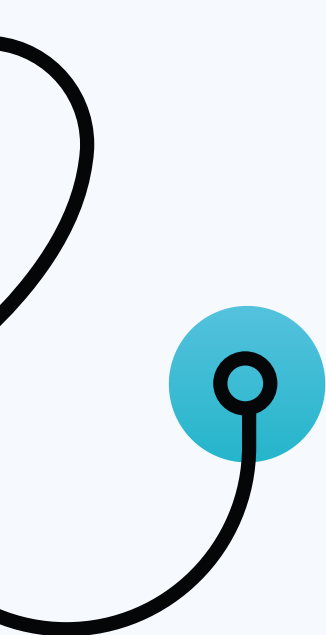
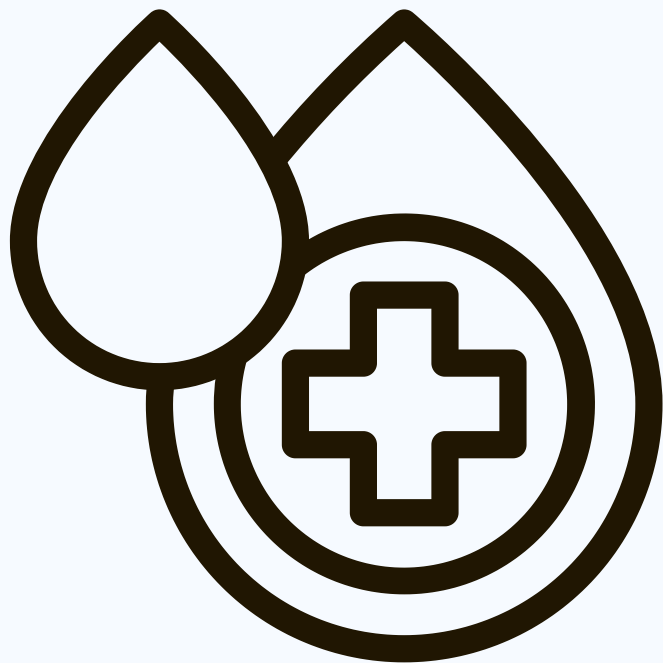
Análisis de teorías **EN ENFERMERÍA**



Coordinador

Miriam Gaxiola Flores







AUTORES

ANÁLISIS DE TEORÍAS EN ENFERMERÍA

Verónica Guadalupe Jiménez Barraza

veronicagpe.jimenez@uas.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0003-3856-2466>

Francisca Gutiérrez Ruiz

franciscagutierrezruiz33@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0006-8704-9043>

Leticia Yoshoky Cordero Corona

leticia_10@ms.uas.edu.mx
<https://orcid.org/0009-0001-2706-4800>

Alexia Gabriela Aguirre Zazueta

alexia.aguirre@uas.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0002-0686-4294>

Jesus Roberto Garay Nuñez

jesusgaray@uas.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0002-0868-1344>

Paola Karely Avendaño Zamora

Paolaavendano1923@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-6176-135X>

David Christopher Angulo Ramírez

Davidch95@ms.uas.edu.mx
<https://orcid.org/0009-0003-4444-0884>

Christian Paul Beltrán Báez

christianpaulbeltranbaez@gmail.com.mx
<https://orcid.org/0000-0002-2840-6796>

Miguel Alejandro Emmanuel Castro Romero

ariol.castror1@ms.uas.edu.mx
<https://orcid.org/0009-0002-0460-2992>

Mario Enrique Medina Gamez

ario.gamez@uas.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0001-8470-4782>

Roberto Joel Tirado Reyes

robertoajt@uas.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0002-1492-7507>

María Isabel Santos Quintero

mariasantos@uas.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0002-5069-9951>

Maria Paola Padilla Ordóñez

paolapadilla.maor@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-8110-5538>

Miriam Gaxiola Flores

miriamgaxiola@uas.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0003-3378-7404>

Maria del Carmen Beltran Montenegro

carmelitalbeltran1954@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-6882-5437>

Humberto Aguilar Sánchez

zhasz30@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-1928-5530>

Emma Consuelo Armenta Lindoro

emmaconsueloarmentalindoro@gmail.com.mx
<https://orcid.org/0009-0000-2707-2870>

Diana Yaretzy Castañeda Zazueta

Dianazta99@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-1372-9146>

Jesica Guadalupe Ahumada Cortes

ario.ahumada.cortez@uas.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0003-0092-0221>

Maria Isabel Acosta Rios

mariaacosta@uas.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0001-5551-5712>

ANÁLISIS DE TEORÍAS EN ENFERMERÍA

*Esta obra es editada por la Universidad Tecnocientífica del Pacífico S.C.
Calle Morelos, 377 Pte. Col. Centro, CP: 63000. Tepic, Nayarit, México.
Tel. (311) 441-3492.*

<https://libros-utp.com/index.php/editorialutp/index>.

<https://www.editorial-utp.com/>.

Derechos Reservados © Octubre 2023. Primera Edición digital.

ISBN:

978-607-8759-76-7

DOI:

10.58299/utp.246

La distribución de este libro es bajo Licencia de Reconocimiento- No Comercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0). La cual permite compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato, adaptar, remezclar, transformar y crear a partir de los documentos publicados por la revista siempre dando reconocimiento de autoría y sin fines comerciales.

Este libro es resultado de actividades relacionadas con la investigación, el desarrollo de la ciencia, la tecnología y la innovación en México y en el mundo.



RENIECYT

Registro Nacional de Instituciones y
Empresas Científicas y Tecnológicas

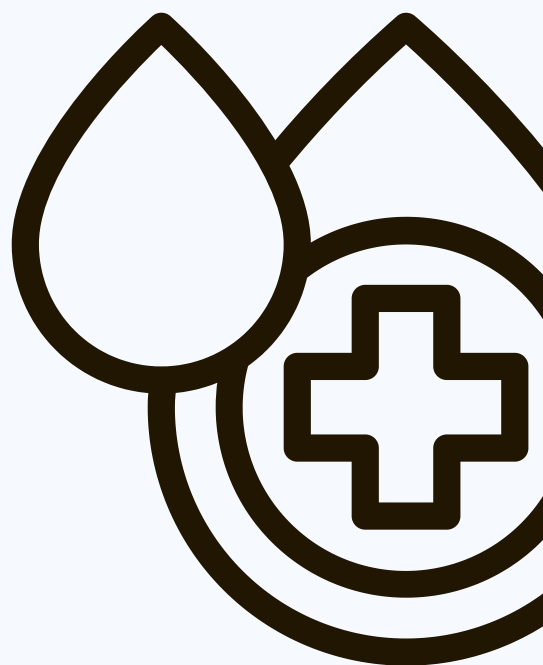
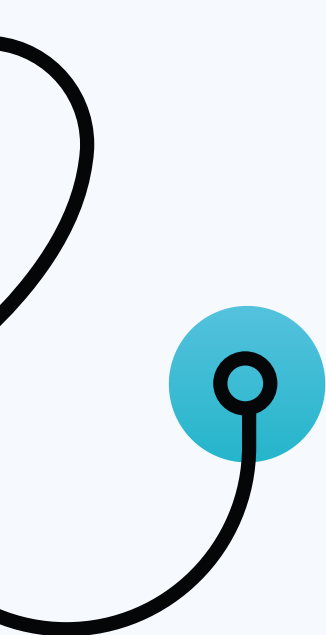
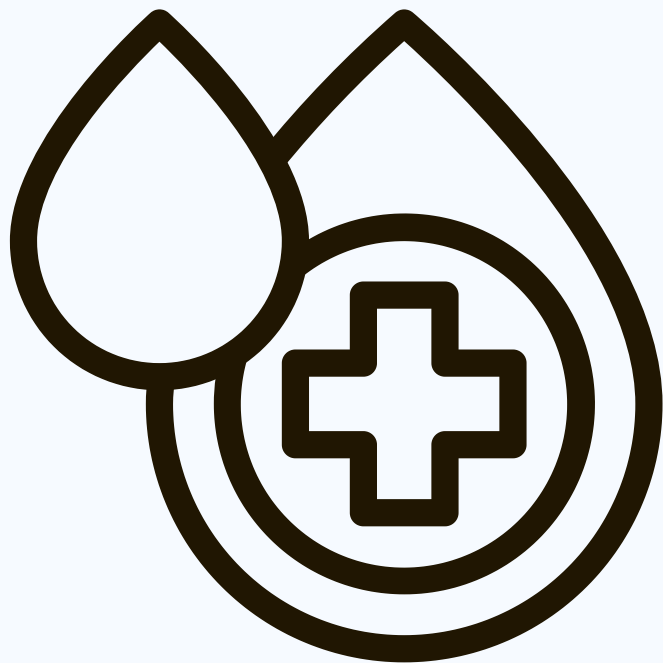
Registro RENIECYT: 1701267



CERTIFICA

Se extiende el presente **certificado**, a los **20** días del mes de febrero del año 2025.







12

Introducción

14 - 41

Análisis de teoría del Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy

17 - 18

1. Orígenes de la teoría

19 - 21

2. Significado de la teoría

22

3. Adecuación lógica de la teoría

23 - 34

4. Utilidad de la teoría

35

5. Generalización y parsimonia de la teoría

36 - 37

6. Capacidad de prueba de la teoría

42 - 55

Análisis de teoría del Modelo de la Marea, Phil Barker

45

1. Orígenes de la teoría

46 - 50

2. Significado de la teoría

51 - 52

3. Adecuación lógica de la teoría

53

4. Utilidad de la teoría

54

5. Generalización y parsimonia de la teoría

54

6. Capacidad de prueba de la teoría



56 - 78

Análisis de la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad de Merle H. Mishel

60

1. Orígenes de la teoría

61 - 69

2. Significado de la teoría

70

3. Adecuación lógica de la teoría

71 - 75

4. Utilidad de la teoría

76

5. Generalización y parsimonia de la teoría

76

6. Capacidad de prueba de la teoría

79 - 93

Análisis de teoría del Rol Materno de Ramona Mercer

83 - 85

1. Orígenes de la teoría

86 - 87

2. Significado de la teoría

88

3. Adecuación lógica de la teoría

89 - 90

4. Utilidad de la teoría

91

5. Generalización y parsimonia de la teoría

92

6. Capacidad de prueba de la teoría



94 - 106

Análisis de teoría Anne Boykin y Savina O. Schoenhofer: la teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica

97

1. Orígenes de la teoría

98 - 99

2. Significado de la teoría

100

3. Adecuación lógica de la teoría

101- 102

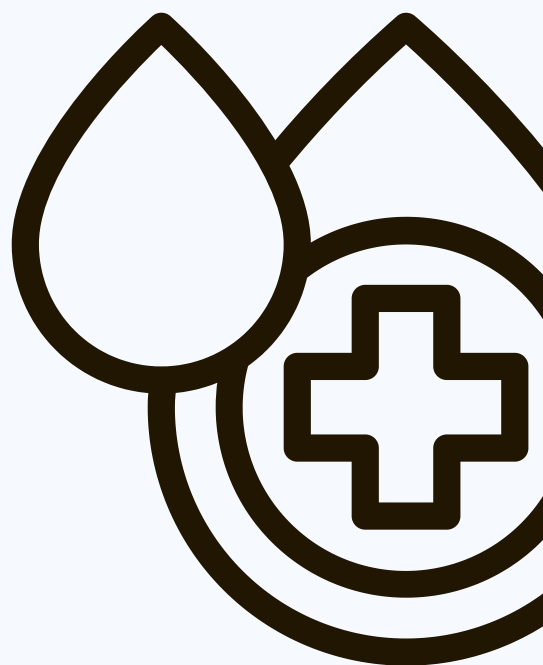
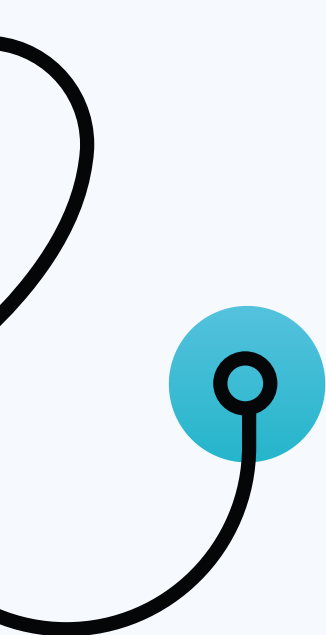
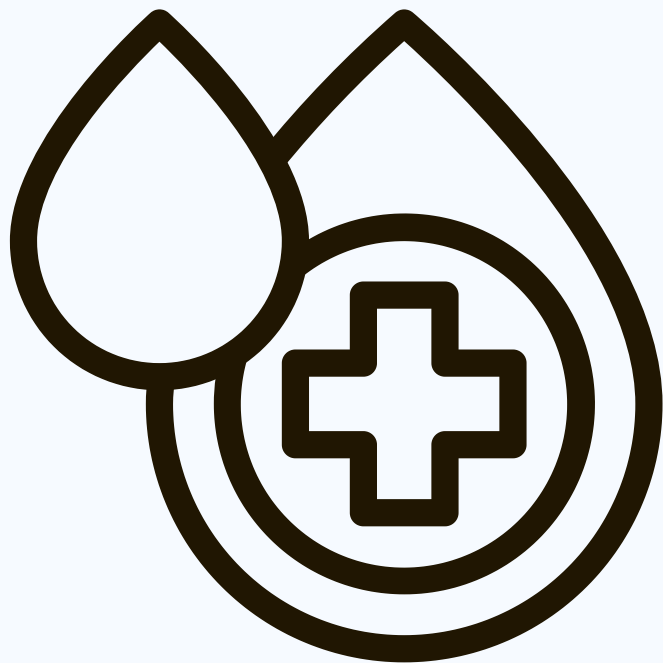
4. Utilidad de la teoría

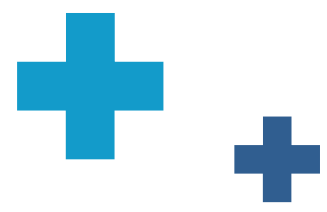
103

5. Generalización y parsimonia de la teoría

104

6. Capacidad de prueba de la teoría





RESUMEN

Las teorías están siendo objeto de análisis y revisión en los últimos años, siendo una tendencia alentadora debido a que revela la naturaleza del desarrollo en la ciencia de enfermería a través de procesos de estudio ontológico y epistemológico; develando filosofías, modelos conceptuales y teorías. El propósito del presente libro se basa en comprender el origen de su concepción heurística. Cada una de las teorías proporcionará una evidencia para la práctica de enfermería determinadas en capítulos, en primer lugar, se abordará la teoría del Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy, en segundo lugar, la teoría del Modelo de la Marea de Phil Barker, posteriormente la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad de Merle H. Mishel, seguidamente la teoría del Rol Materno de Ramona Mercer y finalmente enfermería como cuidado por Anne Boykin y Savina O. Schoenhofer, alentando a los investigadores, enfermeros, y estudiantes, el cuál brindará una pauta para su crecimiento personal y profesional.

Palabras clave: Análisis; Teorías; Enfermería.

ABSTRACT

Theories are being analyzed and reviewed in recent years, being an encouraging trend because it reveals the nature of development in nursing science through ontological and epistemological study processes; developing philosophies, conceptual models and theories. The purpose of this book is based on understanding the origin of its heuristic conception. Each of the theories will provide evidence for nursing practice determined in chapters, firstly, the theory of the Adaptation Model of Sister Callista Roy will be addressed, secondly, the theory of the Tidal Model of Phil Barker, subsequently. The theory of uncertainty in the face of illness by Merle H. Mishel, followed by the theory of the Maternal Role by Ramona Mercer and finally nursing as care by Anne Boykin and Savina O. Schoenhofer, encouraging researchers, nurses, and students, which will provide a pause for your personal and professional growth.

Keywords: Analysis; Theories; Nursing.





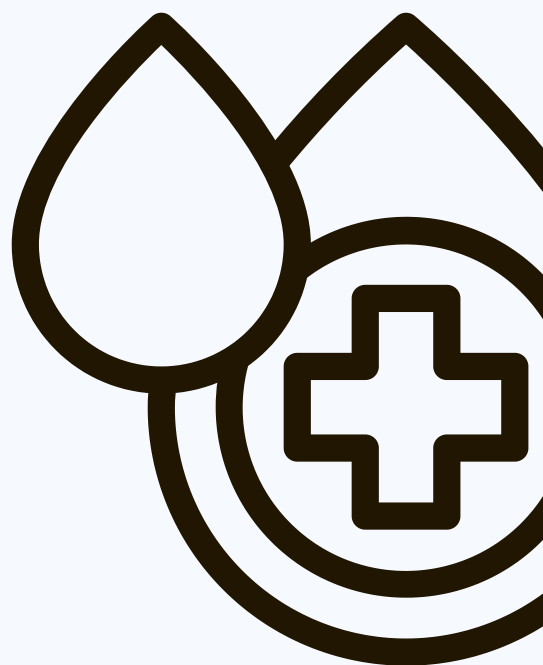
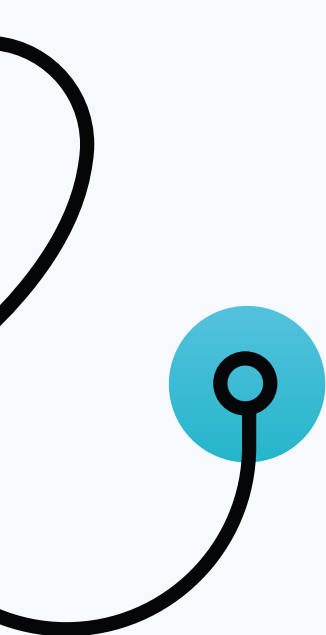
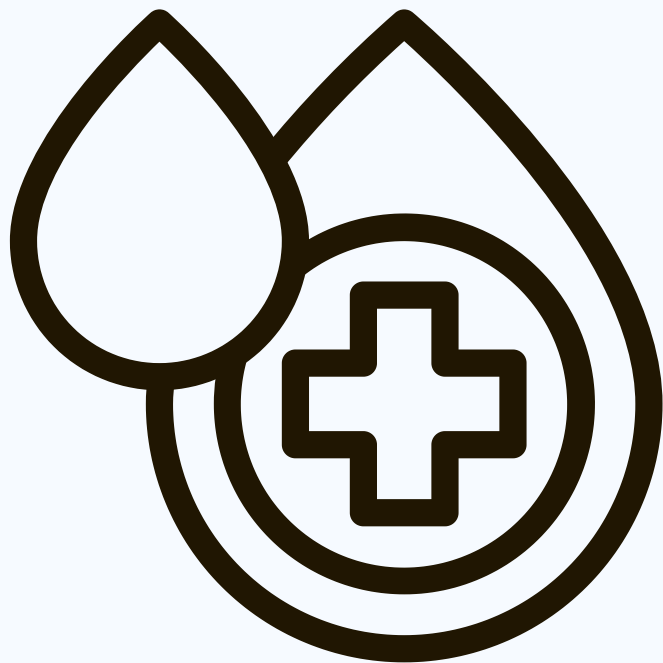
INTRODUCCIÓN

Las teorías están siendo objeto de análisis y revisión en los últimos años, es una tendencia alentadora debido a que revela la naturaleza rápida del desarrollo de la ciencia de enfermería a través de procesos de estudio ontológico y epistemológico; develando las Filosofías, modelos conceptuales y teorías de rango medio ya que cada uno de los componentes se identifican en la estructura del conocimiento, que es un todo en sí mismo y que a su vez forman parte de una totalidad que es el conocimiento de enfermería; Fawcett en el (2005) planteo que estos elementos, constitúan una holarquia estructural del conocimiento, los cuales se han organizado según su nivel de abstracción, lo cual proporciona a la disciplina una rica fuente de conocimiento potencial sobre cómo funciona la enfermería y que tan efectiva y eficiente es el cuidado.

El análisis de teoría en enfermería surge de un proceso hermenéutico minucioso, el cual brinda al lector la capacidad de comprender el origen de su concepción heurística a través de la evidencia empírica contrastándolo a la actividad de los profesionales de enfermería en cualquiera de funciones como lo son la investigación, docencia, investigación y administración, el cual son utilizadas para generar y probar teorías. Debido a que son la mejor fuente de evidencia para la práctica, e identificamos cinco tipos de teorías empíricas estéticas, éticas, de conocimiento personal y sociopolíticas. Cada uno de estos tipos de teorías proporciona un tipo diferente de evidencia para la práctica de enfermería; aunque asignamos igual valor a cada tipo de teoría, en este y en todos los demás capítulos de este libro, nos centraremos en los contenidos de los informes de investigación empírica completa que fue diseñada para generar o para probar teorías empíricas.

Alentamos a los investigadores, enfermeras, personal de enfermería y estudiantes la práctica avanzada para examinar cualquier teoría que pretendan enseñar o usar en la práctica, para asegurarse de que es una teoría válida y confiable en su descripción, explicación, predicción y prescripción o control.





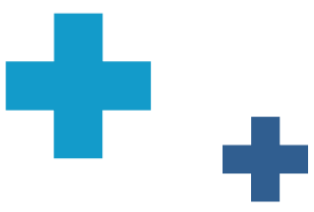
Análisis de teoría: Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy



1

10.58299/utp.246.c789

Lic. Enf. Alexia Gabriela Aguirre Zazueta
Lic. Enf. Diana Yaretzy Castañeda Zazueta
Dr. Jesús Roberto Garay Núñez
Dr. Roberto Joel Tirado Reyes



Resumen

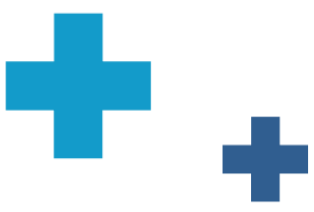
Este capítulo proporciona una introducción a la teoría enfermera, con discusiones sobre su historia, importancia y análisis principios filosóficos y científicos que sustentan el modelo, donde se abordarán conceptos como sistema adaptativo humano, ambiente, estímulos y mecanismos de afrontamiento, orientados en el cuidado, llevando la autodeterminación, permitiendo un acercamiento a los seres humanos tanto individual, como colectivamente. Su propósito radica en identificar el proceso de afrontamiento y adaptación de los seres humanos a través de procesos de aprendizaje adquiridos, por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, reaccionado a los cambios presentes dentro de su entorno, activando subsistemas de cognición y reguladores.

Palabras clave: Cuidado; Adaptación; Afrontamiento; Estímulos.

Abstract

This chapter provides an introduction to nursing theory, with discussions about its history, importance and analysis of philosophical and scientific principles that support the model, where concepts such as the human adaptive system, environment, stimuli and coping mechanisms will be addressed, oriented towards care, leading to self-determination, allowing an approach to human beings both individually and collectively. Its purpose lies in identifying the coping and adaptation process of human beings through acquired learning processes. For this reason, the nurse must consider the person as a unique, dignified, autonomous and free being, reacting to the changes present within their environment, activating cognition and regulatory subsystems.

Keywords: Careful; Adaptation; Coping; Stimuli.

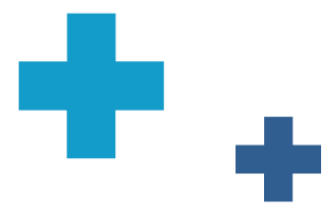


Introducción

El análisis de teoría permite resaltar tanto las fortalezas y las debilidades de una teoría o un modelo, que en este trabajo se hace referencia al Modelo de adaptación de Sor Callista Roy, además el de determinar la necesidad de un desarrollo o refinamiento adicional de la teoría original. Es por esto que su propósito radica en describir la creación del modelo y analizarlo desde sus orígenes hasta la adecuación lógica que tiene.

Durante el transcurso de los últimos años el modelo de Callista Roy ha tenido un gran progreso gracias a la implementación que ha hecho la autora en el ámbito humano, social e investigativo. La influencia de diferentes teóricos de enfermería como Harry Helson, Martha Rogers, Margaret Newman entre otros, sirvieron de inspiración a la autora para la creación de su modelo.

El modelo de adaptación de Roy, fue desarrollado por una enfermera y socióloga en el año 1964 donde refiere al ser humano como un ente con capacidades y recursos para alcanzar una adaptación ante una situación que un individuo se enfrenta cuando ocurren cambios en relación a su entorno y su proceso salud-enfermedad. Su modelo se fundamenta en dos cimientos teóricos que son la adaptación y los sistemas humanos, ella propone que la persona llegue a su mayor nivel de adaptación y evolución considerando cuatro modos adaptativos los cuales son: Función fisiológica, auto concepto, función del rol e interdependencia; entrelazándolos con los mecanismos de afrontamiento: regulador y cognitivo.



1. Orígenes de la teoría

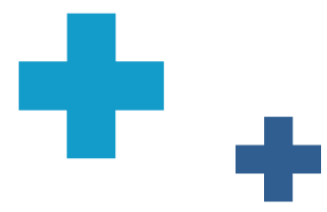
En razón a Sor Callista Roy fundadora del Modelo de Adaptación, nació el 14 de octubre de 1939 en los Ángeles California, fue enfermera, socióloga y además miembro de las Hermanas de San José primero obtuvo su título de grado en enfermería en el año de 1963, tres años más tarde en 1966 obtuvo su máster en la Universidad de California. Después de sus estudios en enfermería se formó como socióloga llegando al grado de Doctorado en la misma disciplina en el año de 1977. Su mayor sustento fue del trabajo de la teoría de adaptación de Harry Helson rescatando los estímulos del entorno interno como del externo. Las coautoras Driever y Martínez y Sato le atribuyeron gran aporte a su teoría por haber señalado las subdivisiones de la integridad de un individuo e identificado los estímulos comunes y primarios que influyen en el modo de vivir (Raile & Marriner, 2011).

El modelo de adaptación fue presentado por primera vez por Sor Callista Roy en el año de 1970 en un artículo que se publicó en la Nursing Outlook. Es considerada como una macro-teoría y es tanto deductiva por el hecho de que retoma la teoría psicofísica de Helson como inductiva porque ella misma formulo sus cuatro modos de adaptación fundamentado por investigaciones y experiencias tanto de ella misma, de aporte de sus colaboradores como de sus estudiantes al estar ejerciendo la profesión.

Roy comenzó a desarrollar los conceptos básicos de su teoría mientras estudiaba en la Universidad de California, su interés para desarrollar un modelo conceptual para enfermería empieza cuando mientras ejercía como enfermera pediátrica, ella observo la gran capacidad que tenían los niños de recuperarse, adaptándose de manera considerable a todos los cambios físicos y psicológicos que se les presentaban a lo largo de su estancia hospitalaria, es por ello que en 1968 empezó con su modelo adoptando el marco de adaptación como base filosófica para la formación enfermera.

A finales de la década de 1900, se dio continuidad al desarrollo del modelo haciendo un análisis y critica de los primeros 25 años de investigación basado en el RAM, así como también la redefinición de la adaptación y sus niveles (Raile & Marriner, 2011).

Los supuestos que ella desarrollo los divide en dos, el científico se compone de la teoría de sistemas y la teoría del nivel adaptación y por otro lado están los supuestos filosóficos los cuales Roy los unió con los supuestos del humanismo y el de la verdad (Raile & Marriner, 2011).



Como supuestos científicos están los siguientes:

- Los sistemas de materia y energía progresan hacia niveles más complejos de auto organización.
- La conciencia y el significado son constitutivos de la persona y la integración del entorno.
- La conciencia de la existencia de uno mismo y del entorno se basa en el hecho de pensar y de sentir.
- Con sus decisiones, los seres humanos son responsables de la integración de los procesos creadores.
- El hecho de pensar y de sentir media en la acción humana.
- El sistema de las relaciones incluye la aceptación, la protección y el fomento de la interdependencia.
- Las personas y el mundo siguen modelos comunes y tienen relaciones integrales.
- Las transformaciones de la persona y su entorno se crean en la conciencia humana.
- La integración de los significados de la existencia humana y del entorno es el resultado de la adaptación.

Por otro lado, en los supuestos filosóficos están:

- Las personas se relacionan a la vez con el mundo y con Dios.
- El significado de la existencia humana se basa en un punto de convergencia del universo.
- En los últimos tiempos, se ha descubierto a Dios en la diversidad de la creación, y éste constituye el destino común.
- Las personas usan la capacidad humana creadora de conciencia, tolerancia y fe.
- Las personas son responsables de los procesos del origen, preservación y transformación del universo.

2. Significado de la teoría

La expresión “Modelo de adaptación” engloba en el uso técnico de la práctica enfermera; además de una ambigüedad que conviene analizar para entender adecuadamente el modelo propuesto por Roy. Los amplios conceptos planteados derivan de teorías de disciplinas como la psicología, fisiología, sociología y enfermería. Es por eso que la información empírica fundamenta la base teórica (Raile & Marriner, 2011).

En primer lugar, cabe mencionar el concepto base de esta teoría, de acuerdo a Roy, la adaptación se refiere al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno. Seguido por los demás conceptos que se consideran principales acerca de este modelo:

Nivel de adaptación: el cual representa la condición de los procesos de vida descritos en los tres niveles como; integrado, compensatorio y comprometido.

En razón a Roy (2011) realizó un estudio y analizó 500 tipos de comportamientos que las enfermeras tenían en su registro y a través de ese análisis extrajo y creó los cuatro modos de adaptación del hombre (necesidades fisiológicas, autoestima, función de rol e interdependencia) a continuación, se presentan de manera específica:

En primer lugar, **el modo fisiológico**: está relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos.

En segundo lugar, **el modo de adaptación físico**: es la manera con la que el sistema de adaptación humano manifiesta su adaptación con relación a las fuentes básicas operativas, a los participantes, a la capacidad física y a las fuentes económicas.

En continuidad, **el modo de adaptación del auto concepto del grupo**: es uno de los tres modos de adaptación psicosociales centrado en particularmente, en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano.

Seguidamente, el Auto concepto: se define como el conjunto de creencias y sentimientos personales en un momento determinado, se forma por la percepción de las reacciones de los demás individuos.

Consecutivamente el modo de adaptación de función de rol: es uno de los dos modos de adaptación social y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad.



Sucesivamente, el rol: se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra.

Por otra parte, el modo de adaptación de la interdependencia: se centra en las relaciones de las personas, ya sea como individuos o como parte de un colectivo.

Así también, la percepción: es la interpretación de un estímulo y su valoración consciente.

Luego del problema de adaptación: son áreas amplias de interés que están relacionadas con la adaptación. Estas describen las dificultades que presentan los indicadores de la adaptación positiva.

También el estímulo focal: es el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema humano.

Luego de estímulos contextuales: son otros estímulos que están presentes en la situación y que contribuyen al efecto que origina el estímulo focal. Hacen referencia a todos los factores del entorno que se le presentan a la persona, tanto de modo interno como externo, aunque no ocupan el centro de atención de la persona ni de la energía.

Consiguiente, a estímulos residuales: son factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano que provocan unos efectos no muy definidos en la situación del momento. Procesos de afrontamiento: son modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno.

Posteriormente, los mecanismos de afrontamiento: procesos innatos o adquiridos que una persona utiliza para enfrentarse a estímulos ambientales.

Finalmente, los mecanismos de afrontamiento adquiridos: se crean por medio de métodos, como el de aprendizaje. Las experiencias vividas contribuyen a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares.

Además de los conceptos descritos anteriormente también incluye dos subconceptos:

En principio, el subsistema regulador: proceso de afrontamiento importante en el que entran en juego el sistema neuronal, el químico y el endocrino.

En segundo lugar, el subsistema relacionado con el proceso de afrontamiento importante en el que entran en juego cuatro canales cognitivos y emotivos: el canal perceptivo, el del procesamiento de la información, el de aprendizaje, el juicio personal y las emociones.

En tercer lugar, las respuestas de adaptación: fomentan la integridad en función de los objetivos que tiene el sistema humano.

En continuidad, con las respuestas ineficaces: son las que no contribuyen en la integridad en función de los objetivos del sistema humano.



Por consiguiente, el proceso vital integrado: nivel de adaptación en el que trabajan las estructuras y las funciones del proceso vital por entero, con el fin de cubrir las necesidades humanas.

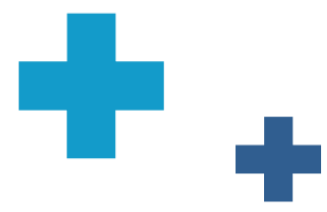
Si bien es importante recalcar que las teorías en enfermería al igual que los modelos describen el fenómeno de la práctica enfermera y así mismo la base y el sustento de la disciplina se conformado de cuatro metaparadigmas (persona, entorno, enfermería y salud) los cuales Roy los define en relación a su modelo de adaptación de la siguiente manera:

Enfermería: una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir, y da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general.

Persona: Son sistemas holísticos y adaptables. Y como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito en concreto.

Salud: estado y proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno.

Entorno: conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la Tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales (Raile & Marriner, 2011).



3. Adecuación lógica de la teoría

Uno de los principales retos del modelo que se identifica es el apego de Roy de ver a la persona y el entorno desde una visión holística, las cuales se conceptualizan como dos entidades distintas pero que afectan entre sí. Un claro ejemplo es que un cambio en el entorno ya sea interno o externo (estimulo) produce una respuesta (se adapta como un todo).

Esta perspectiva de Roy coincide con teorías como la psiconeuroinmunología y la psiconeuroendocrinología. Roy reconoce la naturaleza holística de los individuos que viven dentro de un universo los cuales avanzan con una estructura compleja; por lo que más que tratarse de un sistema que se mantiene a si mismo se transforma con la finalidad de la existencia humana de su universo (Raile & Marriner, 2011).

Como anteriormente se menciona, este modelo incluye los cuatro conceptos base de la disciplina: enfermería, persona, salud y entorno de tal manera que los conceptos principales y subconceptos son afirmaciones relacionales complejas hasta que se aprende el modelo. El modelo de Roy se puede extrapolar a todas las áreas de enfermería, pero su objetivo principal está dirigido a la adaptación persona-entorno por lo que su amplio alcance es una ventaja ya que puede utilizarse para que surjan nuevas teorías ya sea de bajo o alto rango (Raile & Marriner, 2011).

Así mismo la autora explica un sin fin de proposiciones significativas, teoremas y axiomas que pueden servir para el constructo y desarrollo de teorías de rango medio, la naturaleza de estos procesos de adaptación, tanto fisiológicos como psicosociales resulta útil para los investigadores que muestran interés sobre este enfoque de modelo. En razón a ello el modelo ha servido de influencia para investigaciones enfermeras y estudios de investigación con enfoque cuantitativo y cualitativo, así mismo ha inspirado a teorías enfermeras intermedias y con ello el desarrollo de instrumentos de adaptación. La autora aún continúa perfeccionando el modelo de adaptación, para la educación, investigación y practica enfermera (Raile & Marriner, 2011).

4. Utilidad de la teoría

El modelo de adaptación de Roy, es un marco conceptual que se ha usado con mucha frecuencia, además guía la práctica, la formación y la investigación de enfermería siendo útil para las intervenciones adecuadas hacia el paciente (Raile y Marriner, 2011).

Aunado a lo anterior, es importante recalcar que los modelos de enfermería proporcionan una vista general de nuestras creencias sobre la enfermería, las cuales también son una clara representación de la realidad, contribuyen a la base fundamental del cuidado y mejora de la salud, asimismo permiten una mejor interacción entre enfermera y paciente (Roy, 2012).

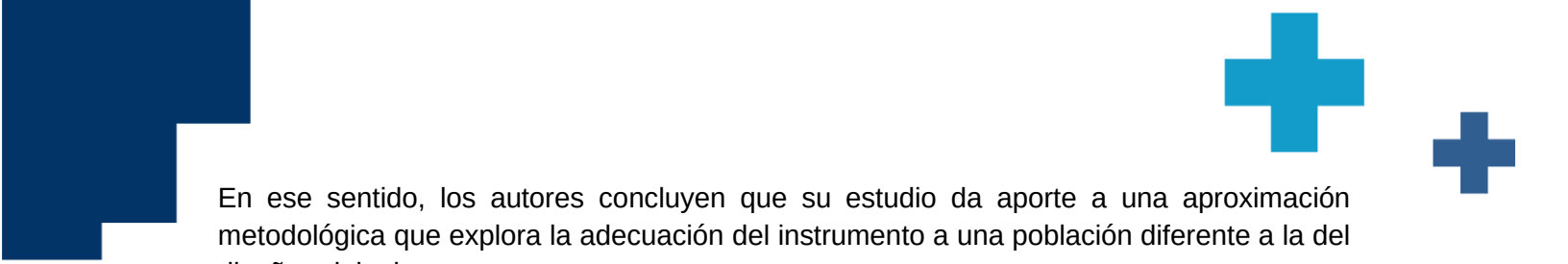
Se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos en donde se encontraron diversas publicaciones que retomaron el modelo de adaptación de Callista Roy en diferentes ámbitos de la profesión de enfermería, de los cuales se recopilaron los más relevantes y de mayor importancia que demuestran su uso científico para la práctica enfermera.

El primer artículo analizado se titula “Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2” de los autores Lazcano-Ortiz, Margarita; Salazar-González, Bertha Cecilia y Gómez-Meza, Marco Vinicio, realizado en la Universidad de la Sabana Cundinamarca, Colombia el 1 de abril de 2008; con el objetivo de valorar las propiedades psicométricas de la escala de afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en población mexicana. Utilizaron como instrumento la escala de afrontamiento y proceso de adaptación aplicado (CAPS) que consta de 47 reactivos con cinco dimensiones de acuerdo con Roy.

El patrón de respuesta es de cuatro puntos, que va desde 1 = nunca, a 4 = siempre. El puntaje puede oscilar entre 47 a 188 puntos, a mayor puntaje significa un uso más consistente de estrategias de afrontamiento. La puntuación total de CAPS se obtiene invirtiendo los valores de las preguntas negativas 5, 8, 11, 13, 15, 20, 23, 24, 33, 35, 39, 42, 43, 45, 47. El instrumento fue elaborado por Callista Roy, con la finalidad de identificar las estrategias que la persona utiliza para afrontar situaciones difíciles.

La escala se aplicó a 200 participantes con diabetes mellitus tipo 2. Se realizó la extracción de factores con componentes principales y rotación Varimax, con Eigenvalores para validar el constructo por arriba de 1 y cargas de factor mayores a ,30. Teniendo como resultado que seis reactivos se eliminaron por mostrar correlación negativa con la correlación total de la escala. Se revelaron nueve factores con en análisis de componentes con una variación explicada de 65,29%.

A pesar de eso, no se consideraron tres factores por contener cada uno de ellos solamente un reactivo. Por lo que, la escala final se acepta con 38 reactivos. El coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach fue de 93.



En ese sentido, los autores concluyen que su estudio da aporte a una aproximación metodológica que explora la adecuación del instrumento a una población diferente a la del diseño original.

Refieren que la escala tiene consistencia interna y validez de constructo, sin embargo, consideran conveniente revisar de nuevo los reactivos y adecuarlos a cierta cultura en particular y posterior probar la escala en pacientes con enfermedades crónicas-degenerativas con el fin de contar con instrumentos culturalmente similares (Lazcano *et al.*, 2008).

Continuando con otro de los estudios que se encontraron y analizaron se continua con el llamado: “Instrumentos utilizados en la adaptación de Roy una investigación basada en modelos”, fue un artículo realizado en el año de 2008 por los siguientes autores: Stacey H. Barone, Callista L. Roy y Keville C. Frederickson. El presente análisis de teoría se realizó con la finalidad de identificar, analizar y señalar acerca de los instrumentos más utilizados para medir conceptos del modelo de adaptación de Roy.

Del mismo modo, los métodos que se utilizaron fue el involucrar la selección de la muestra de instrumentos, el desarrollo de criterios para juzgar la utilidad de los instrumentos y la realización de la evaluación por parte de los jueces. Como muestra se identificaron los instrumentos utilizados con mayor frecuencia en los estudios ya realizados, se tabulo la frecuencia con la que se utilizó cada herramienta de medición específica para medir un concepto de modelo, dando como resultado el recuento de instrumentos utilizados para conceptos de modelos particulares, los resultados tomando de referencia los 4 modos de adaptación son: modo fisiológico (26), modo de auto concepto (19), modo de función de rol (10) modo de interdependencia (33), múltiples modos adaptativos (20) y procesamiento (15).

Todo esto dando como resultado un total de 123 instrumentos, pero de todos ellos los investigadores definieron el más frecuentemente como un instrumento utilizado en algún estudio en 3 o más estudios. Finalmente, la muestra quedo en un total de 21 instrumentos para analizar. Como instrumentos para el modo fisiológico (The symptom Distress Scale, McGill Pain Questionnaire y Visual Analog Scale) para los instrumentos del modo de autoconcepto (Speilberger State-Trait Anxiety Inventory, Beck Depression Scale, Coopersmith Self-Esteem Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, Self Consistency Scale y Visual Analog Scale for self-esteem, body image), continuando con los instrumentos del modo de función de rol (The inventory of functional Status after Childbirth Scale), los instrumentos para el modo de interdependencia (Revised UCLA Loneliness Scale, Dyadic Adjustment Scale, Personal Resource Questionnaire y The Norbeck Social Support Questionnaire), como instrumentos para usar con multiples modos adaptativos (Psychosocial Adaptation to Illness Survey, Affects Balance Scale y Sickness Impact Profile) y por último los instrumentos para los procesamientos cognitivos (revised jalowice coping scale, the coping and adaptation processing scale, the health related hardiness scale y the mini-mental health status examination).



Finalmente se llegó a la conclusión de que el uso de instrumentos basados en modelos y en otras categorías de alta utilidad en la investigación basada en el modelo puede aumentar la validez de la medición, y, por lo tanto, el desarrollo y aporte de nuevos conocimientos (Barón *et al.*, 2023).

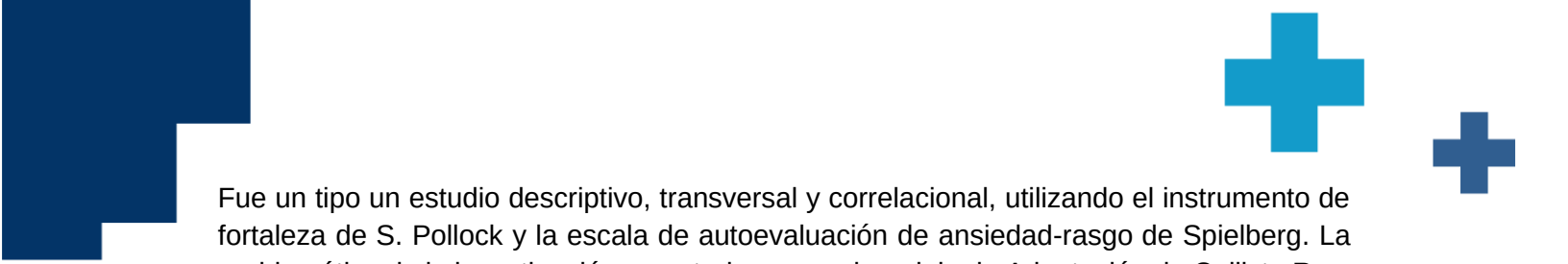
Por estas razones, se trata de un estudio teórico-reflexivo titulado “Teleconsulta como práctica avanzada de enfermería durante la pandemia de COVID-19 basada en Roy y Chick-Meleis”, en el cuidado de los adultos mayores con enfermedades crónicas realizada en San Paulo Brasil por los autores Rodríguez, María; Serra, Ana; Rizzo, Juliana; Chávez, Juliana; Biaggio Aline; Geraldo, Ángela y Ferreira, Rosimere dicha investigación surge con base a la problemática mundial sobre el brote del virus SARS-CoV-2 el cual se convirtió en una emergencia de salud junto con el aumento de casos y su rápida propagación y en relación a eso la atención a la población requeriría un cambio urgente.

Por otra parte, los cambios antes mencionados se ajustan al concepto adaptativo de Roy que consiste y sugiere que las enfermeras enfatizan la promoción de la adaptación en los individuos de cuatro maneras: fisiológico-física, identidad del auto concepto, interdependencia y función del rol, también hace mención que si se mantienen en equilibrio esas las cuatro esferas las personas podrán adaptarse.

Dicho estudio plantea una reflexión en las teorías de enfermería y el enfrentamiento al COVID-19 y las formas de adaptación a los nuevos modelos basados en las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación). Entrelazando el Modelo de Adaptación de Roy y la problemática de pandemia los autores lo describen mediante los estímulos comenzando con el estímulo focal, el cual se enfoca en el desarrollo de síntomas de infección y la orientación del cuidado de enfermería, en cuanto a la presencia de enfermedades/comorbilidades preexistentes se adentra al estímulo contextual y finalmente los factores como estrés por riesgo de transmisión o en relación al trabajo, y escasez de equipos de protección personal abarcan al estímulo residual.

Los autores concluyen su investigación mencionando que la pandemia requirió una adaptación en la atención de salud y sus estrategias para los servicios para atender las altas demandas de consultas de enfermería, donde incluye la tele salud, que a su vez puede servir como instrumento de APN al permitir la aplicación del proceso de enfermería adultos mayores con enfermedades crónicas mediante el uso de las TIC (Rodríguez *et al.*, 2022).

Otro de los artículos encontrado en la búsqueda del uso del modelo, es el denominado “La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica” realizado por los autores María del Refugio Zavala Rodríguez y Martha V. Whetsell, en Chía, Colombia en el año de 2007. Dicho estudio tuvo como objetivo principal el determinar el grado de correlación entre los niveles de fortaleza para la salud y de ansiedad-rasgo.



Fue un tipo un estudio descriptivo, transversal y correlacional, utilizando el instrumento de fortaleza de S. Pollock y la escala de autoevaluación de ansiedad-rasgo de Spielberg. La problemática de la investigación se entrelaza con el modelo de Adaptación de Callista Roy, ya que identifican a la ansiedad y las enfermedades crónicas como el estímulo focal que puede ser el generador de los estímulos contextuales que pueden afectar en los modos de adaptación de la persona, repercutiendo de esta manera en la calidad de vida de manera positiva o negativa.

Finalmente, como resultados principales del estudio, se menciona que existe una relación de manera estadísticamente importante entre la fortaleza y la ansiedad, así como se menciona que datos como la edad, el género y los años del padecimiento no llegan a influir en la misma relación (Zavala *et al.*, 2007).

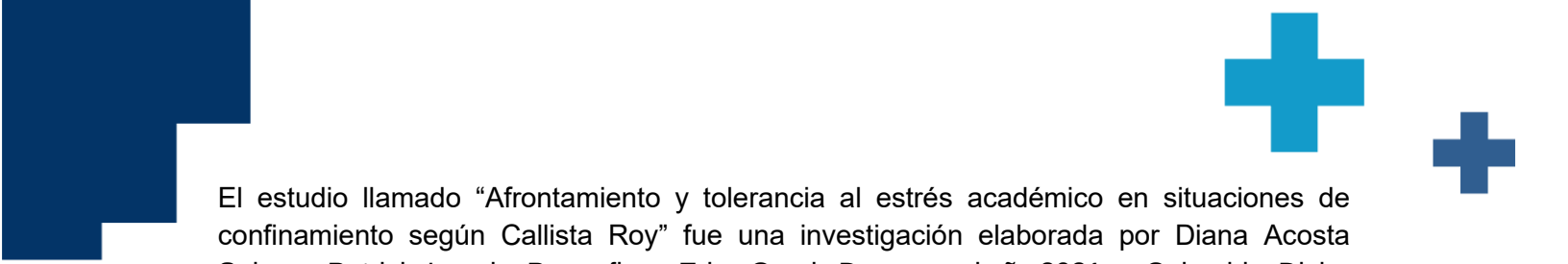
Continuando con otra de las investigaciones encontradas en la búsqueda, fue la investigación denominada “Afrontamiento y adaptación del adulto con cáncer: el arte del cuidado de enfermería”, realizada en el año de 2022 en Chía, Colombia, los autores fueron Lina Marcela Cepeda Trujillo, Jesús Miguel Mosquera Aguirre, Daniela Yurani Rojas Atehortua y Alix Yaneth Perdomo Romero, fue un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, retoman Roy ya que define a la capacidad de afrontamiento como una habilidad innata o adquirida para poder generar una respuesta, utilizando nuevas estrategias para poder adaptarse de manera eficaz a los cambios desafiantes que se les presenten a las persona.

Como instrumento se utilizó la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (ESCAPS) creada y desarrollada por Callista Roy. Como resultados principales se encontró y análisis que el 53% de los pacientes estudiados poseen una capacidad de afrontamiento y de adaptación alta, por otra parte, el 40% obtuvo una capacidad de afrontamiento media y finalmente el 7% una capacidad baja (Cepeda-Trujillo *et al.*, 2022).

Otro de los artículos que encontramos fue el estudio realizado en el año 2019 en Bucaramanga, Colombia, por los autores Fernando José Cárdenas Martínez y Olga Roció Gómez Ortega, su estudio fue llamado “Análisis de situación de enfermería: cuidando a la familia desde el modelo de adaptación de Roy”, su propósito era articular las necesidades de cuidado que llegan a experimentar las familias con hijos adolescentes con los postulados en el modelo de Roy, con el objetivo de establecer el rol profesional de enfermería.

Para la realización del estudio se abordó el análisis de una situación de enfermería construida desde la vivencia del cuidador familiar, buscando identificar en ella la expresión de conocimientos disciplinares fundamentado del quehacer enfermero a partir de un referente teórico, que en este estudio es el caso de Callista Roy.

Finalmente, como resultados finales se identificó que la falta de comunicación asertiva y la vivencia en contextos de vulnerabilidad como estímulos focales y contextuales que dificultaban el uso adecuados de mecanismos de afrontamiento y condicionantes de una mala adaptación se expresa de manera negativa a través de cambios en el auto concepto y las relaciones interpersonales según los modos de adaptación enfocados en la familia (Cárdenas-Maertínez *et al.*, 2019).



El estudio llamado “Afrontamiento y tolerancia al estrés académico en situaciones de confinamiento según Callista Roy” fue una investigación elaborada por Diana Acosta Salazar, Patricia Lapeira Panneflex y Edna Osorio Duran en el año 2021 en Colombia. Dicho estudio fue de tipo cualitativo, fenomenológico, cuyo objetivo principal fue el de describir la adaptación que tiene al estrés académico, basándose en el modelo de adaptación de Roy en los estudiantes del área básica en programas de enfermería en una universidad pública.

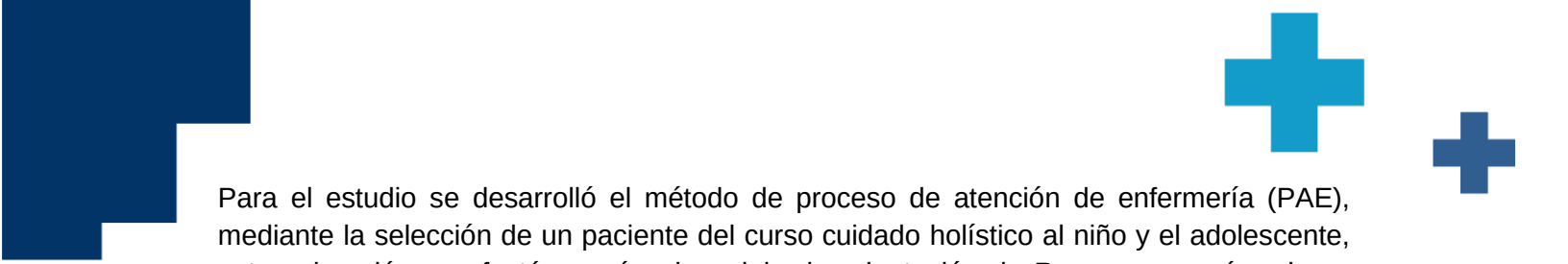
La técnica que tomaron para la recolección de la información fue la entrevista semiestructurada y los resultados principales se demostraron relacionados a el uso de los cuatro modos de adaptación definidos por Roy (fisiológico, función de rol, interdependencia y auto concepto) en el modo fisiológico los estudiantes presentaron trastornos del sueño y preocupación, en el modo de auto concepto sobresale el hecho de que establecen mecanismos de ayuda ante situaciones difíciles, en el modo de función de rol realizan función de estudiante e hijo y en el último que es el modo de interdependencia se nota que afianzaron sus creencias para obtener fortalecimiento (Acosta-Salazar *et al.*, 2021).

Continuando con otro de los estudios encontrados en la búsqueda en las bases de datos fue el estudio llamado “Afrontamiento y adaptación en cuidadores principales de niños hospitalizados, según el modelo de Callista Roy” realizado en Colombia en el año de 2021, realizado por los autores Dora Isabel Giraldo Montoya, Libia María Rodríguez Padilla, María del Pilar Vargas Betancur, Mariana Suárez Yepes, Lucy Neira Trujillo Bedoya, Carolina Rodríguez Obando y Salomé Cardona López.

Por tal razón, el objetivo de dicho estudio fue el de identificar el nivel de afrontamiento y adaptación de los cuidadores principales de niños hospitalizados en Pediatría, según el modelo de Sor Callista Roy. Fue un estudio de tipo transversal descriptivo y se incluyeron en el madres biológicas o cuidadoras principales de los niños hospitalizados en los servicios de pediatría en las dos instituciones que fueran mayores de dieciocho años.

Se utilizó una encuesta sociodemográfica y también la Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación, versión en español (EsCAPS), las variables cualitativas se presentan en frecuencias absolutas y relativas y las cuantitativas con mediana y rango intercuartilico. Finalmente se llegó a la conclusión que los cuidadores tienen un grado bajo de afrontamiento y es por ello que se requiere el fortalecimiento de los planes de cuidado para mejorar el bienestar de los cuidadores (Giraldo *et al.*, 2021).

Por otro lado, con el estudio elaborado por Shirley Brighthy Portilla-Ordoñez, Andrés Felipe Villareal-Peñaloza y Pilar Abreu-Peralta en Colombia en 2016 que lleva por nombre “Proceso de atención de enfermería a lactante con enfermedad huérfana, bajo el modelo de Callista Roy”. dicho estudio se realizó con la finalidad brindar cuidado holístico de enfermería a lactante con enfermedad huérfana.



Para el estudio se desarrolló el método de proceso de atención de enfermería (PAE), mediante la selección de un paciente del curso cuidado holístico al niño y el adolescente, esta valoración se efectúa según el modelo de adaptación de Roy porque así se logra reconocer las respuestas ineficaces prioritarios del sujeto de estudio, seguido de las acciones para la realización de diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones con la ayuda de las herramientas taxonómicas, las cuales son las siguientes: North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing interventions classification (NIC).

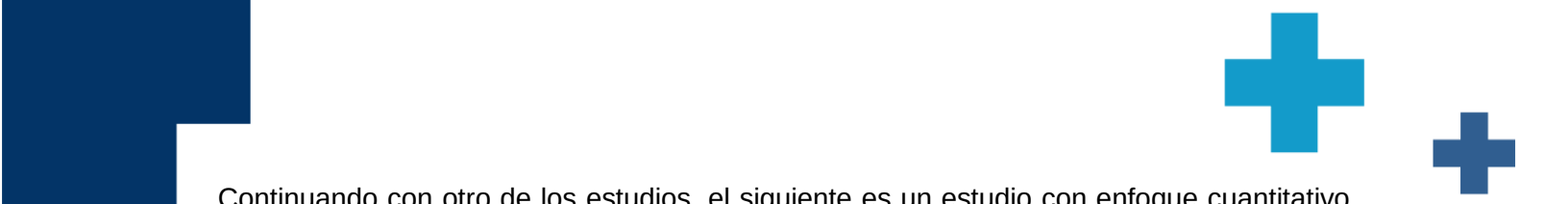
Como conclusión se hace mención que el modelo de Callista Roy permite describir, pronosticar y controlar de alguna manera las situaciones de la práctica de enfermería tanto en la prestación de cuidados a la población pediátrica, la atención integral y el seguimiento de los sujetos de estudio en el cuidado de su estado de salud o enfermedad y enfocados en el sujeto de estudio de la investigación los niños con enfermedades huérfanas requieren de un abordaje que incluya un enfoque multidisciplinario, de actuación y de seguimiento de enfermería, con el fin de disminuir los riesgos y por ende la mortalidad de los pacientes (Portilla-Ordoñez *et al.*, 2016).

La investigación titulada; “Afrontamientos de enfermeras al asumir la gerencia escolar: una mirada desde la teoría de Roy” realizado por Mariana Olizbeth Salinas Alvirde, Danelia Gómez Torres y Vianey Méndez Salazar en Rio de Janeiro, Brasil en el año de 2012, fue un estudio cualitativo de corte histórico social sustentado por la teoría de adaptación de Roy cuyo objetivo fue el delimitar los mecanismos de afrontamiento y modos adaptativos al iniciar la gestión en el entorno académico.

Los sujetos de estudio de dicha investigación fueron las profesoras que primero ocuparon el puesto de dirección en escuelas universitarias de la disciplina de enfermería. Para la recolección de datos, el instrumento utilizado fue una guía de entrevista estructurada, la cual llevaba incluido la ficha de identificación y seis preguntas, el instrumento se desarrolló bajo cuatro categorías denominadas roles.

Para el procesamiento de los datos se organizaron los datos que se recolectaron con las entrevistas, se capturaron los testimonios y después de su lectura, se trabajó la técnica colorimétrica que llegó a facilitar la selección de las unidades de análisis más sobresalientes, con el fin de obtener datos que dieran a conocer sus antecedentes académicos durante el paso a su gestión.

Finalmente, con dicho estudio se llegó una conclusión en la que hacen referencia a que los esfuerzos que hacen las directoras enfermeras para ejercer las funciones acordes a la reforma educativa, requiere una orientación única y un nivel alto de preparación educativa con la finalidad de desarrollar nuevos conocimientos y habilidades en un sentido amplio para adaptarse a las necesidades que se les presenten y ejercer el rol de gerencia de una manera eficiente e excepcional (Ávila & Luna, 201).



Continuando con otro de los estudios, el siguiente es un estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal, titulado “Afrontamiento y adaptación de cuidadores de niños y niñas con cáncer” realizado en el año de 2016 cuyo objetivo fue identificar la capacidad de afrontamiento y adaptación de cuidadores de niños y niñas con cáncer como referente el modelo de adaptación de Callista Roy.

La muestra estuvo constituida por 23 cuidadoras principales, para la recolección de la información se utilizó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y adaptación de Callista Roy versión abreviada en español. Como conclusión las características del cuidador y las estrategias utilizadas para conseguir respuestas adaptativas, deben ser aprovechadas por enfermería para promover un modelo de cuidado integral donde se aborde no solamente al niño o niña, sino también a su familia y entorno, con el fin de posibilitar un afrontamiento integrado (Campiño-Valderrama & Duque, 2016).

Otro de los estudios es el titulado “Estímulos, afrontamiento y adaptación en padres de recién nacidos hospitalizados en unidades de cuidado intensivo neonatal”. Fue realizado por Natalia Tobo Medina, Paula Betancur Mesa y Carol de la Cruz Enríquez en Colombia en el año de 2017. Su objetivo fue identificar en padres de neonatos hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo neonatal el afrontamiento, la adaptación y el grado en que experimentaron estresantes estímulos focales y contextuales.

Fue un tipo de estudio de tipo descriptivo- transversal, se seleccionaron a 60 padres y se utilizó la Coping Adaptation Processing Scale, el instrumento nivel de estrés experimentado frente a estímulos focales y contextuales. Se utilizó estadística descriptiva para las variables cualitativas, al igual que la media, desviación estándar y rango, para las cuantitativas. Finalmente, como resultados seis de nueve estímulos contextuales se experimentaron con alto nivel de estrés por el 67% de padres. Como conclusión es necesario desarrollar estrategias de cuidado para favorecer mejores condiciones de adaptación y reducir el nivel de estrés en los padres (Tobo *et al.*, 2017, p.162).

Siguiendo con otro de los estudios el siguiente es el titulado “Funcionamiento familiar y nivel de ansiedad en adolescentes primigestas. Centro materno infantil el bosque-Trujillo”. Realizado por Ávila Calderon Kathleen Soraida y Luna Vásquez Diana en Trujillo, Perú, en el año de 2018. Su objetivo fue el determinar la relación entre funcionamiento familiar y nivel de ansiedad en adolescentes primigestas.

La muestra estuvo constituida por 30 adolescentes primigestas. Para la recolección de datos se utilizaron los instrumentos: escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar de Olson, Portner, Bell y el Test de GADI de Alonso Fernández, asimismo, la investigación se fundamenta con el Modelo de afrontamiento y adaptación de Callista Roy. Finalmente, como conclusiones al mostrarse que existe relación significativa estadísticamente entre las variables investigadas, se demuestra que cuando el funcionamiento familiar es alto el nivel de ansiedad es bajo (Ávila & Luna, 2018, p.27).



Otro de los estudios es el titulado “Afrontamiento y adaptación de cuidadores familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos”. Realizado por Yiseth Rojas-Picón, Amparo Astrid Montalvo-Prieto y Adriano Agatón Díaz-Gómez en Colombia el año 2008. Su objetivo era determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación de los Cuidadores Principales Familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos.

Fue un estudio descriptivo-transversal. Se utilizó una encuesta sociodemográfica y la escala de Medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy, versión en español abreviada y los datos se analizaron mediante el proceso de estadística descriptiva. Se llegó a la conclusión que los cuidadores familiares principales presentaron una baja y mediana capacidad de afrontamiento y adaptación, condición que les impide comprender el estrés al que están sometidos, responder de manera adecuada a los estímulos, facilitar la recuperación y rehabilitación de la enfermedad (Rojas-Picón *et al.*, 2018).

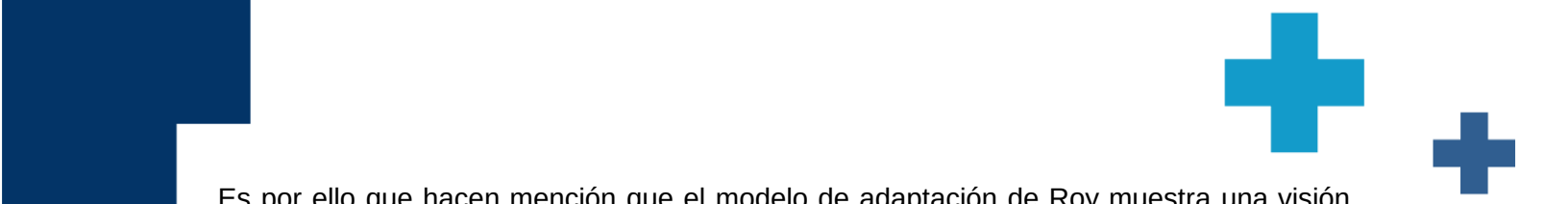
Continuando con otro de los estudios encontrados fue el que lleva por nombre “Estrategias de afrontamiento del personal de enfermería ante la muerte del paciente pediátrico”. Realizado por los autores Liliana H. Escobar, Stella M. Fernández, Olga I. Montenegro, Daisy Avalos y Oscar A. Medina en el año 2020.

Su objetivo principal fue el describir las estrategias de afrontamiento del personal de enfermería ante la muerte del paciente pediátrico en los Servicios de Cuidados Críticos y Hemato-Oncología, estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, participaron 32 enfermeros a los que se les aplicó el cuestionario basado en la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy.

Como conclusiones principales se observó que el personal de enfermería posee alto grado de capacidad de afrontamiento ante la muerte del paciente pediátrico de un hospital pediátrico público de corrientes (Escobar *et al.*, 2020).

El siguiente estudio fue un estudio titulado “Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo”, un estudio descriptivo realizado en Chía, Colombia en el año de 2011 por los siguientes autores Inna Elida Flórez-Torres, Eliana Herrera-Alarcón, Estafany Carpio- Jiménez, María A. Veccino-Amador, Diana Zambrano-Barrios, Yoleidis Reyes- Narváez y Sandra Torres-Contreras. Su objetivo principal fue el de describir la capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo de la ciudad de Cartagena, Colombia.

La población la conformaron pacientes egresados de cinco unidades de cuidados intensivos de la ciudad de Cartagena, la muestra estuvo constituida de 171 pacientes seleccionados a través de un muestreo estratificado. Se empleó la Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (CAPS) de Callista Roy, basada en una teoría de rango medio enfocado en dicho proceso. Como conclusiones los hallazgos permiten reconocer que la investigación de enfermería basada en el conocimiento propio fortalece la autonomía de la profesión de enfermería y favorece a mejorar la calidad de la aplicación de cuidados ofrecido en los distintos contextos.



Es por ello que hacen mención que el modelo de adaptación de Roy muestra una visión particular de la práctica sustentada en el estudio de los procesos de afrontamiento y adaptación, así como también facilita la aplicación del cuidado en los pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos favoreciendo a su pronta recuperación y adaptación.

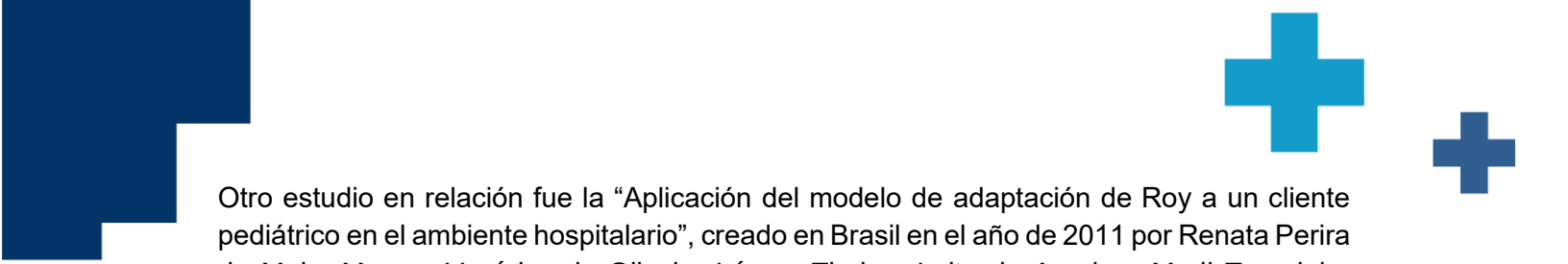
Como conclusión se hace la recomendación a continuar con la visión de seguir realizando investigaciones centradas en este tema de gran interés para la disciplina para que con la obtención de nuevos conocimientos se permita establecer una relación entre las diferentes variables sociodemográficas, el tipo de enfermedad y la capacidad de afrontamiento y adaptación que tienen los pacientes, así como también crear planes de cuidados orientados específicamente en identificar estrategias de afrontamiento, con el objetivo de favorecer la adaptación de los pacientes en UCI (Flórez-Torres *et al.*, 2011).

Por otra parte, en Chía, Colombia, en agosto de 2013 los autores Vivian Fernández Jiménez- Ocampo, Lina Shirley Zapata-Gutiérrez y Leticia Díaz-Suarez, realizaron la investigación que llevo por título “Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo”. El cual tuvo como objetivo identificar la capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la clínica Universidad de La Sabana.

Fue un estudio cuantitativo descriptivo transversal. Se aplicó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy, se obtuvo una participación en el estudio de 61 familiares de algunos de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de la clínica. Como resultados del estudio de comparación entre la capacidad de afrontamiento y adaptación y las variables sociodemográficas se identificó en el estudio que no existe diferencia entre estas.

En virtud de lo estudiado, como conclusión se mostró que los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo presentaron una alta capacidad de afrontamiento y adaptación, observándose notablemente que las estrategias de afrontamiento que más utilizan son dirigidas a la solución de problemas para hacerle frente desde el inicio.

Además, se señala la importancia de que el personal de enfermería brinde un buen cuidado holístico con base al conocimiento del subsistema cognitivo, ya que de esta manera se permite identificar respuestas en cada individuo que estimule o desarrollen su proceso de adaptación. Finalmente, como últimas opiniones de los autores, mencionan que la aplicación de teorías de medio rango, como lo es el de Roy, contribuye de manera significativa al desarrollo del conocimiento disciplinar y, por ende, a mejorar las intervenciones de cuidado de los sujetos de cuidado en sus procesos de salud- enfermedad (Jiménez-Ocampo *et al.*, 2013).



Otro estudio en relación fue la “Aplicación del modelo de adaptación de Roy a un cliente pediátrico en el ambiente hospitalario”, creado en Brasil en el año de 2011 por Renata Perira de Melo, Marcos Venícios de Oliveira López, Thelma Leite de Araujo y Marli Teresinha Giménez Galvao, estudio cuyo objetivo fue el evaluar la aplicación del modelo de adaptación de Roy en el cuidado de un niño ingresado en un hospital.

Para la realización de la investigación se le hizo compañía al infante diariamente durante el periodo correspondiente a su hospitalización, en el segundo día de seguimiento se realizó el examen físico y la evaluación de primer nivel o de comportamiento del niño con el fin de establecer el estado basal, identificar sus posibles problemas de adaptación y acompañar su evolución diaria.

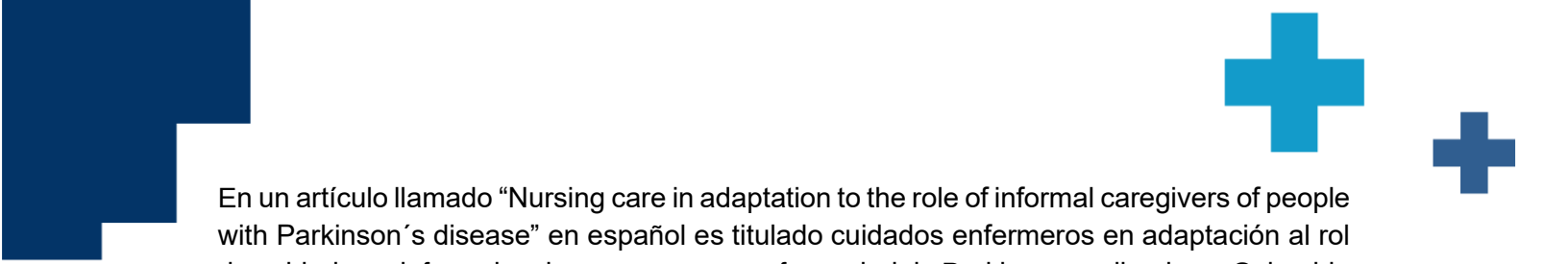
Continuando con lo anterior mencionado se realizaron evaluaciones de los estímulos (ambientales, externos o internos) del niño, para ello se utilizaron los diagnósticos de enfermería equivalentes a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), el siguiente paso fue que se establecieron en conjunto con el niño y el responsable las metas del plan de cuidados los cuales se implementaron basados en el Nursing Interventions Classification (NIC).

Finalmente, del estudio realizado y analizado se consideró como posible dificultad en el uso de este modelo la limitación del niño en comprender del todo las interrogantes que se le realizaban y expresar verbalmente las necesidades (Pereira *et al.*, 2011).

Por otro lado, otro de los estudios encontrados fue el realizado por Correa-Valenzuela y García-Campo en Guanajuato en el año de 2015 titulado “Proceso enfermero a recién nacido con hiperbilirrubinemia basado en el modelo de adaptación de Roy”. Fue un estudio cuyo objetivo se centraba en que se requiere que el profesional que labora dentro de los servicios de cuidados neonatales tenga siempre una inmediata y oportuna atención ante este grupo de pacientes, esto con el objetivo de limitarle daño al mismo, favorecer su pronta recuperación, la reunión del binomio y la posterior integración del recién nacido a la dinámica familiar.

El trabajo se consideró como fundamento el modelo de adaptación de Sor Callista Roy (MAR), en el que se propone un proceso de enfermería desarrollado en seis pasos, basado directamente en la perspectiva del ser humano visto como un ser adaptativo de acuerdo a su entorno. Gracias al estudio se pudo verificar que la pertinencia del proceso de atención de enfermería fundamentado por el MAR, con las intervenciones seleccionadas se logró la reducción y el control de estímulos negativos que afectaban el modo fisiológico en este caso de uno de los neonatos.

Además, se expone que la aplicación de los supuestos científicos, filosóficos y culturales del MAR resulta efectiva en la atención de pacientes pediátricas por eso se recomienda su uso lo cual contribuye al campo de acción en el que se centra todo el objeto de estudio de la disciplina de enfermería el cual es el cuidado (Correa-Valenzuela & García-Campos, 2015).



En un artículo llamado “Nursing care in adaptation to the role of informal caregivers of people with Parkinson’s disease” en español es titulado cuidados enfermeros en adaptación al rol de cuidadores informales de personas con enfermedad de Parkinson realizado en Colombia el año 2021 por los autores Mónica Margarita Barón Castro, Paulo César González Sepúlveda, María Nelcy Muñoz Astudillo, Natalia González Cruz y Mónica Andrea Bernal González. Su objetivo fue el elaborar una propuesta de cuidado con lenguaje estandarizado para fomentar la adaptación de cuidadores informales de pacientes con Parkinson a su rol social.

Fue un estudio que se realizó en dos fases, la cual fue revisión de literatura y elaboración de una propuesta de cuidados, la propuesta está articulada con el Modelo de Adaptación de Calixta Roy con el Proceso de Enfermería utilizando la taxonomía NANDA, NIC y NOC. Como conclusión se menciona que la articulación del Modelo de Adaptación de Calixta Roy con el lenguaje estandarizado NANDA, NIC y NOC es aporte innovador al desarrollo disciplinar y profesional de la Enfermería neurológica y comunitaria. Así como que la propuesta que se presenta permite monitorear los niveles de adaptación del cuidador informal e intervenir de manera oportuna (Barón *et al.*, 2023).

El reporte de caso realizado en Indonesia el año 2021 llamado “Nursing perioperative management of type I Chiari malformation in adult: A case study using Roy’s adaptation model”. Fue hecho por los autores por Amelia Ganefianty, I Made Kariasa, Ratna Sitorus y Kartini. Este reporte tuvo como objetivo el manejo perioperatorio de enfermería de la malformación de Chiari tipo I en adultos a su vez siendo un estudio de caso utilizando el modelo de adaptación de Roy, para el análisis se usó el plan de cuidados de enfermería del Modelo de Adaptación de Roy.

Finalmente, algunas de las conclusiones que se vieron en este reporte de caso es que los autores mencionan que el enfoque del Modelo de Adaptación de Roy fue útil en este caso, ya que se centra en la adaptación del paciente de manera adecuada para su uso en el manejo peri operatorio de enfermería de la malformación de Chiari tipo I en adultos (Ganefianty *et al.*, 2022).

King *et al.* (2011) en el artículo; uso del modelo de adaptación de Roy para desarrollar un instrumento de evaluación prenatal llevado a cabo en Hong Kong, tuvo como objetivo proporcionar un examen del modelo de adaptación de Roy como base para el desarrollo de un instrumento utilizado para evaluar las necesidades de salud de las mujeres embarazadas, dando como resultado (p.365).

El contenido del instrumento de evaluación prenatal, esta formulado a través de revisiones bibliográficas y consultas clínicas, dividido en dos secciones. La primera se enfoca en evaluar las características generales de la mujer prenatal y la segunda aborda los comportamientos de la mujer en cada uno de los cuatro modos de adaptación. El estudio concluye que la evaluación de salud es un paso fundamental y juega un papel importante en el proceso de enfermería y su práctica, sobre todo cuando se desarrollan las herramientas con base en los modelos de enfermería.



Así mismo Roy *et al.* (2016) realizó un estudio en Boston, con el objetivo de hacer una descripción general de las principales investigaciones basadas en RAM, durante los últimos 25 años, la cual para su metodología utilizó un enfoque secuencial del trabajo teórico inductivo y deductivo en conjunto con observaciones y entrevistas en varios entornos clínicos. Como resumen del estudio la autora concluyó que los principales conceptos teóricos de una gran teoría guían el desarrollo de la teoría de rango medio a partir de los cuales se diseñan los proyectos de investigación.

Otro de los estudios que se retomó como base para el sustento del presente análisis, es el titulado “adaptación en niños con cáncer: Investigación con el modelo de Roy” llevado a cabo en China, teniendo como objetivo establecer un marco conceptual para el proceso de adaptación de los niños taiwaneses con cáncer.

Para la recopilación de datos se realizaron entrevistas individuales con pacientes y cuidadores principales, observaciones, revisión de historias clínicas y diarios reflexivos de los investigadores, finalmente el autor concluye se considera importante que los proveedores de atención médica tomen en cuenta los cinco aspectos de la adaptación para los pacientes con cáncer e implementar intervenciones mientras los atienden (Chao-Hsing, 2001).



5. Grado de generalización y parsimonia de la teoría

Roy presenta su modelo como un marco que sirve para la práctica de enfermería, además ha profundizado su modelo principalmente dentro del campo humanístico y ciencias sociales, es por eso que en los últimos años ha tenido un gran desarrollo y numerosos resultados de investigaciones que han aplicado su modelo (Gutiérrez *et al.*, 2007).

El modelo de adaptación de enfermería de Roy es tanto deductivo como inductivo. Es deductivo porque deriva de la teoría de Helson la cual proviene de la psicofísica, e inductiva porque desarrollo los cuadros modos de adaptación. Cabe destacar que más de 1.500 facultades y estudiantes contribuyeron al desarrollo teórico de este modelo. Y un poco más de 100.000 enfermeras entre Estados Unidos y Canadá se habían formado en su profesión bajo el modelo de Roy (Raile & Marriner, 2011).

6. Capacidad y prueba de la teoría

El diseño y la validación de instrumentos para valoración de las personas y para la medición de conceptos desarrollados en el modelo tienen relevancia cuando se hace referencia de aplicar un modelo de enfermería centrado en el contexto cultural en el que se obtenga el desarrollo de ese mismo a través de procesos de investigación (Moreno & Alvarado, 2009).

Roy (2004) desarrollo una teoría de medio alcance en el que hace referencia al proceso de afrontamiento y adaptación, esto derivado de su modelo conceptual, en el cual ella describe las estrategias que utilizan las personas para responder a los cambios ambientales para llegar a consolidar una integración entre el mismo como humano con el ambiente.

En cuestión Callista Roy diseño y desarrollo una escala para identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación que la persona de cuidado utiliza para enfrentarse a las situaciones difíciles o delicadas, la cual es denominada en inglés como Coping Adaptation Processing Scale (CAPS), en español conocida como Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (ESCAPS), creado con el objetivo de poder aportar mayores conocimientos en área de la práctica enfermera acerca de la valoración y comprensión del subsistema de afrontamiento cognitivo, y así poder distinguir y reconocer las habilidades que una persona que intenta controlar episodios de estrés y como las utiliza para promover su propia adaptación (Gutiérrez *et al.*, 2007).

El instrumento está integrado por 47 ítems, en el que cada uno es una frase corta en el que la finalidad es conocer e identificar como es que la persona responde cuando se ve enfrentado a un evento traumático, critico o difícil, agrupados en 5 estilos en los que la autora los conceptualiza como factores, con relación a estos los 3 primeros miden los comportamientos, las reacciones y los recursos de afrontamiento y los otros dos que miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación, el instrumento tiene un formato tipo Likert, formado con 4 puntos o criterios (nunca=1, rara vez=2, casi siempre=3, siempre=4). (Gutiérrez *et al.*, 2007).

Tomando como la referencia teórica de Roy, ella identifico los estilos, las estrategias y los niveles del proceso cognitivo en cada factor, los cuales son desarrollados a como se muestran a continuación:

Factor 1: recursivo y centrado (10 ítems).

Factor 2: reacciones físicas y enfocadas (14 ítems).

Factor 3: proceso de alerta (9 ítems).

Factor 4: procesamiento sistemático (6 ítems).

Factor 5: conocer y relacionar (8 ítems).



El CAPS de 47 ítems se ha traducido a 6 idiomas y se ha usado en por lo menos 13 países en 4 distintos continentes y resulto de muy buena utilidad por los investigadores. Aunque por otro lado un aspecto que resulto algo preocupante por los académicos que lo han usado a nivel mundial fue la extensión o longitud del instrumento para los entrevistados (Roy, Coping and Adaptation Processing Scale [CAPS], 2015).

En relación con lo anterior, distintos autores utilizaron en su investigación el instrumento CAPS de Roy, quienes durante su uso se dieron cuenta que eran demasiados ítems para los encuestados, en base a esas conclusiones en las investigaciones, la autora en conjunto con otros autores llevó a cabo un estudio en donde el objetivo principal era crear una forma abreviada del instrumento CAPS para posteriormente probar la validez preliminar del mismo (Roy, 2015).

El método que se ha utilizado para su revisión fue el análisis del modelo de la teoría de respuesta al ítem (IRT), además el modelo de respuesta graduada (GRM) para calibrar los parámetros de los ítems, estos parámetros de los elementos junto con sus curvas de respuesta categórica (CRC) asociadas tuvieron uso para poder seleccionar los elementos finales. Como el cambio del instrumento a la forma abreviada pretende servir como herramienta practica para mejorar la medición efectiva del afrontamiento y la adaptación, se requieren de futuras investigaciones para aplicar esta herramienta en distintas poblaciones y así comprobar su validez y fiabilidad.

Finalmente, este instrumento CAPS en inglés y ESCAPS en la versión en español y tiene la capacidad para que este pueda ser de gran utilidad tanto en la práctica asistencial como en el rol de la investigación para el personal de enfermería que atiende a pacientes que viven el proceso de adaptarse día con día a condiciones de salud crónicas y agudas.

Es por ello que esta herramienta se ha vuelto una aportación importante por medio del modelo conceptual de Roy donde el personal de enfermería pueda aportar educación para la salud en personas, así como ayudar a mejorar estrategias de afrontamiento en una situación específica y de esa manera promover y otorgar oportunidad y apoyo para nuevas competencias en el uso (Pereira *et al.*, 2011).

Referencias Bibliográficas

- Acosta-Salazar, D., Lapeira-Panneflex, P. & Osorio-Duran, E. (2021). Afrontamiento y tolerancia al estrés académico en situación de confinamiento según Callista Roy. *Duazary*, 18 (3), 26-35. DOI. <https://doi.org/10.21676/2389783X.4260>
- Ávila Calderón, K. & Luna Vásquez, D. (2018). *Funcionamiento familiar y nivel de ansiedad en adolescentes primigestas* [Tesis de licenciatura en enfermería, Centro materno infantil el bosque-Trujillo. Trujillo Perú]. IUPAO.
<https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/4163>
- Barón Castro, M., González Sepúlveda, P., Muñoz Astudillo, M., González Cruz, N. & Bernal González, M. (2023). Nursing care in adaptation to the role of informal caregivers of people with Parkinson's disease. *Enfermería Neurológica*.57(1), 11-21. DOI. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2021.08.001>
- Barone, S., Roy, C. & Frederickson, K. (2008). Instruments Used in Roy Adaptation Model-Based Research. *Nursing Science Quarterly*, 21(4), 353-362. https://www.researchgate.net/publication/23416275_Instruments_Used_in_Roy_Adaptation_Model-Based_Research_Review_Critique_and_Future_Directions
- Campiño-Valderrama, S. & Duque, P. (2016). Afrontamiento y adaptación de cuidadores de niños y niñas con cáncer. *REVISTA UNIVERSIDAD Y SALUD*,18(2) 302-311. DOI. <https://doi.org/10.22267/rus.161802.40>
- Cárdenas-Martínez, F. & Gómez-Ortega, O. (2019). Análisis de situación de enfermería: cuidando la familia desde el modelo de adaptación de Roy. *Revista Cuidarte*, 10(1), 1-19. DOI. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.601>
- Cepeda-Trujillo, L., Mosquera-Aguirre, J., Rojas-Atehortua, D. & Perdomo-Romero, A. (2022). Coping and adaptation of adults with cancer: the art of nursing care. *Revista Aquichan*, 22(1), 1-16. DOI. <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.1.7>
- Chao-Hsing, Y. (2001). Adaptation in Children With Cancer: Research With Roy's Model. *Nursing Science Quarterly*, 14(2), 141-148. DOI.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089431840101400209>
- Correa-Valenzuela, S., & García-Campos, M. (2015). Proceso enfermero a recién nacido con hiperbilirrubinemia basado en el modelo de adaptación de Roy. *Enfermería Universitaria*, 12(4), 226-234. DOI. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.09.001>



Escobar, L., Fernández, S., Montenegro, O., Avalos, D. & Medina, O. (2020). Estrategias de afrontamiento del personal de enfermería ante la muerte del paciente pediátrico. *Notas de enfermería*, 20(36), 22-30.

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/30836>

Flórez-Torres, I., Herrera Alarcón, E., Carpio Jiménez, E., Veccino-Amador, M., Zambrano-Barrios, D., Reyes-Narváez, Y., y Torres-Contreras, S. (2011). Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo. *Revista Aquichan*, 11(1), 23-39.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3690395>

Ganefianty, A., Kariasa, I., Sitorus, R., & Kartini. (2022). Nursing perioperative management of type I Chiari malformation in adult: A case study using Roy's adaptation model. *Revista científica de la sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 55, 39-45. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-resumen-nursing-perioperative-management-type-i-S2013524621000118>

Giraldo Montoya, D., Rodríguez Padilla, L., Vargas Betancur, M., Suárez Yepes, M., Trujillo Bedoya, L., Rodríguez Obando, C. & Cardona López, S. (2021). Afrontamiento y adaptación en cuidadores principales de niños hospitalizados, según el modelo de Callista Roy. *Medicina U.P.B*, 40(2), 13-21. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/7318>

Gutiérrez López, C., Veloza Gómez, M., Moreno Fergusson, M., Durán de Villalobos, M., López de Mesa, C., y Crespo, O. (2007). Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento y Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy. *Revista Aquichan*, 7(1), 1-10.

<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v7n1/v7n1a05.pdf>

Jiménez-Ocampo, V., Zapata-Gutiérrez, L. & Díaz-Suárez, L. (2013). Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Revista Aquichan*, 13(2).159-172. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4955961>

King Lee, L., Kwan Tsang, A., Fai Wong, K. & Long Lee, J. (2011). Using the Roy Adaptation Model to Develop an Antenatal Assessment Instrument. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 363-369. DOI.

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0894318411419209>

Lazcano Ortiz, M., Salazar González, B. & Gómez Meza, M. (2008). Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Aquichan*, 8(1), 116-125.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74108111>

- 
- 
- Moreno Fergusson, M. & Alvarado García, A. (2009). Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *Revista Aquichan*, 9(1). http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972009000100006&script=sci_abstract&tlng=es
- Pereira de Melo, R., Venícios de Oliveira López, M., Leite de Araujo, T. & Giménez Galvao, M. (2011). Aplicación del modelo de adaptación de Roy a un cliente pediátrico en el ambiente hospitalario. *Cultura de los cuidados*, (29), 74-81. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3661943>
- Portilla-Ordoñez, S., Villarreal-Peñaloza, A & Abreu-Peralta, P. (2016). Proceso de atención de enfermería a lactante con enfermedad huérfana, bajo el modelo de Callista Roy. *MedUnab*, 19(2), 155-160. DOI. <https://doi.org/10.29375/01237047.2581>
- Raile Alligood, M. & Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (Séptima edición). Barcelona, España: EdiDe, S.L. [Libro en Físico].
- Rodríguez, M., Serra Hércules Ana Beatriz, Rizzo Gnatta, J., Chaves Coelho, J., Biaggio Mota, A., Geraldo Pierín, Á. & Ferreira Santana, R. (2022). Tele consulta como práctica avanzada de enfermería durante la pandemia de COVID-19 basada en Roy y Chick-Meleis. *Revista de Escola de Enfermagem*, 56, 1-5. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xVLtxNqr67DmzFYikmVpw9f/abstract/?lang=es>
- Rojas-Picón, Y., Montalvo-Prieto, A., y Díaz-Gómez, A. (2018). Afrontamiento y adaptación de cuidadores familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiovvasivos. *REVISTA UNIVERSIDAD Y SALUD*, 20(2), 131-138. DOI. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.117>
- Roy, C., Bakan, G.Z. & Nguyen, T. (2016). Coping measurement: Creating short form of coping and adaptation processing scale using item response theory and patients dealing with chronic and acute health conditions. *Applied Nursing*, 32, 73-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2016.06.002>
- Roy, C. (2011). Research Based on the Roy Adaptation Model: Last 25 Years. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 312-320. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0894318411419218>
- Roy, C. (2015). Coping and Adaptation Processing Scale (CAPS): Short Form. Salinas Alvirde, M., Gómez Torres, D. & Méndez Salazar, V. (2012). Afrontamientos de enfermeras al asumir la gerencia escolar: una mirada desde la teoría de Roy. *Escola Anna Nery Revista de enfermagem*, 16(2), 285-291. <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127722728011.pdf>
- Roy, C. (2012). El modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades. *Cultura De Los Cuidados*, (7-8), 139–159. DOI. <https://doi.org/10.14198/cuid.2000.7-8.17>



Tobo Medina, N., Betancur Mesa, P. & Enríquez, C. (2017). Estímulos, afrontamiento y adaptación en padres de recién nacidos hospitalizados en unidades de cuidado intensivo neonatal. *Investig Enferm*, 19(2), 161-175.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996285>

Zavala Rodríguez, M. & V. Whetsell, M. (2007). La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. *Revista Aquichan*, 7(2).

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000200006

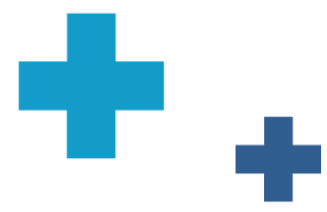
Análisis de teoría: Modelo de la Marea de Phil Baker



2

10.58299/utp.246.c790

Lic. Enf. Miguel Alejandro Emmanuel Castro Romero
Lic. Enf. Humberto Aguilar Sánchez
Dra. María Isabel Acosta Ríos



Resumen

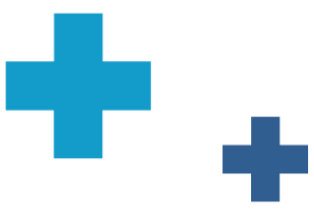
Este es un modelo enfocado para la recuperación de la salud mental, ayuda a la enfermera a comprender y tener una visión específica del mundo y está pueda comprender lo que significa la salud mental para una persona y poder ayudarla en su recuperación. Esta teoría es basada en el caos donde existe, un flujo constante al ser como la marea que “va y viene” en patrones no repetitivos, pero se mantienen dentro de un margen, destacando la importancia central que es desarrollar el conocimiento de las necesidades de la persona a través del trabajo en colaboración, desarrollando una relación terapéutica donde la enfermera será un elemento educativo en el centro de la intervención, en la búsqueda de soluciones, resolución de problemas y en la promoción de la salud mental, el presente capítulo brindara un valor profesional incrementando el conocimiento teórico que guían el pensamiento crítico y la toma de decisiones.

Palabras clave: Salud mental; Necesidades; Recuperación.

Abstract

This is a focused model for mental health recovery, it helps the nurse understand and have a specific vision of the world and is able to understand what mental health means for a person and be able to help them in their recovery. This theory is based on the chaos where it exists, a constant flow being like the tide that "comes and goes" in non-repetitive patterns, but remains within a margin, highlighting the central importance of developing knowledge of the person's needs through collaborative work, developing a therapeutic relationship where the nurse will be an educational element at the center of the intervention, in the search for solutions, problem solving and in the promotion of mental health, this chapter will provide professional value by increasing the theoretical knowledge that guides critical thinking. and decision making.

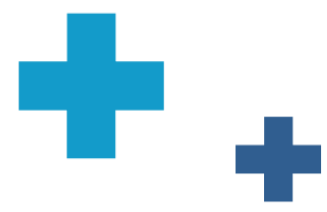
Keywords: Mental health; Needs; Recovery.



Introducción

El Modelo de la Marea de Phil Barker es un método filosófico para la recuperación de la salud mental la cual ayuda a la enfermera a comprender el significado que la persona le da a su salud mental y como se le puede ayudar a realizar el viaje de recuperación de esta.

En ese sentido el modelo de la marea de recuperación de salud mental es una teoría de rango medio, este tipo de teorías refiere a teorías prácticas que tienen aplicabilidad directa en situaciones o escenarios específicos (Kusdemir *et al.*, 2022). Fue desarrollada en Inglaterra entre 1995 y 1996, de una serie de estudios enfocados inicialmente sobre la necesidad de la enfermería psiquiátrica y la naturaleza discreta de la relación de poder entre enfermeras y pacientes a su cuidado (Barker, 2003).



1. Origen de la teoría

El modelo de la marea tiene gran influencia de la teoría de las relaciones interpersonales de Peplau y cuenta con muchas de sus afirmaciones acerca de la importancia de las relaciones interpersonales para la práctica de enfermería y también incorporó el modelo de proceso de empoderamiento (Barker, 2001).

En ese sentido, Phil Barker nació en 1930 en Escocia cerca del mar donde surgió su fascinación por relacionar el agua y la vida (Raile & Marriner, 2011). Debido al talento de Barker con el arte, llevó su pasión artística a la práctica psiquiátrica de enfermería (Kusdemir et al., 2022) Inicialmente Barker se desarrolló como escultor, pintor galardonado y más tarde como enfermero psiquiátrico. Por esto él reunió el patrón del agua, su conocimiento artístico, y la filosofía oriental para crear el Modelo de la Marea (Kusdemir et al., 2022).

El modelo de la marea asume que las personas son sus narraciones las cuales son los medios para las reflexiones y teorías personales sobre que sucede dentro. Este modelo maneja muchas metáforas relacionadas con el agua para ayudar a las enfermeras a entender la experiencia de vida con los desafíos de salud mental y encontrar su recuperación (Kusdemir et al., 2022). En vez de engancharse con las enfermedades o los desórdenes, el modelo se enfoca en la persona. El objetivo de este enfoque es entender la situación actual de la persona que incluye la relación con la salud y la enfermedad (Barker, 2001).

Barker postuló dos supuestos que sustentan la teoría: el cambio es perpetuo y el paciente es su propia historia. Estos dos supuestos respaldan cuatro afirmaciones:

1. La enfermería psiquiátrica es una práctica humana atractiva, interactiva y de desarrollo que se enfoca en el bienestar actual y futuro en vez de las raíces y causa del trastorno actual.
2. La experiencia de un desafío psiquiátrico es demostrada a través de disturbios públicos o de la narración de eventos privados. Las enfermeras ayudan a remodelar estas historias en sus vidas. Aunque la angustia mental puede ser manifestada a través de comportamientos, la experiencia privada de angustia es invisible. Las enfermeras tienen como objetivo alcanzar estas experiencias para apoyar a los pacientes a remodelarlas y reescribirlas.
3. El paciente y la enfermera psiquiátrica están comprometidos en una relación terapéutica basada en la influencia mutua. El Modelo Tildal explica que el proceso de cuidar es un “cuidar con” el cual combina ambas necesidades de “cuidar” y de preocuparse por”.
4. La experiencia de la enfermedad psiquiátrica es evidente como varios trastornos de la vida diaria, y el enfoque de la enfermera psiquiátrica es comprometerse con la experiencia del mundo real del paciente (Kusdemir et al., 2022).

2. Significado de la teoría

El modelo de la marea es una teoría internacionalmente aceptada dentro de la práctica de la recuperación de la salud mental (Barker & Buchanan-Barker, 2007), se usa la metáfora filosófica central de la teoría del caos, tomando como referencia el poder del agua (*Modelos y teorías en enfermería*). Barker (2001) “reconoció el fluido natural de la experiencia humana, caracterizada por un incesante cambio e impredecibilidad” (p.236).

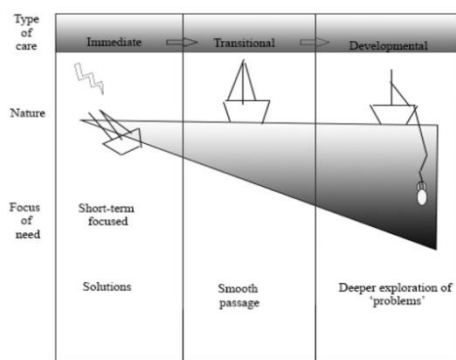
La vida es un viaje llevado en un océano de experiencia, donde todo el desarrollo humano, incluyendo la experiencia de la enfermedad y salud, incluye descubrimientos hechos en el viaje a través del océano de la experiencia.

Un punto crítico en el viaje de la vida, la persona experimenta tormenta o incluso piratería (crisis). Otras veces el barco puede empezar a llevar agua y la persona puede tener posibilidad de ahogarse o naufragar (descomponerse). La persona puede necesitar ser guiada a un refugio seguro para emprender reparaciones, o recuperarse del trauma. Una vez que el barco está intacto la persona recupera la estabilidad necesaria, el barco puede navegar otra vez, teniendo como objetivo regresar a la persona a retomar su vida (recuperación) (Barker, 2001).

Barker (2001), menciona que las personas al experimentar crisis se encuentran (metafóricamente) en aguas profundas con riesgo de hundimiento o sienten como si las han aventado hacia las rocas. Las personas que han experimentado trauma como heridas o abuso, o problemas más severos continuamente reportan la pérdida del “yo mismo”, similar al trauma asociado a piratería.

Para estas personas se necesita una forma especial de salvavidas (rescate psiquiátrico) seguido de un intervalo apropiado de un tipo de desarrollo de trabajo necesario para generar una verdadera recuperación, desde el continuum del cuidado oscilando un aspecto desde ayudar a la persona a resolver sus problemas actuales e inmediatos, pasando por ayudar a la persona a desarrollar un entendimiento más profundo de cómo se han desarrollado los problema específicos de su vida cotidiana, tal como se muestra en figura 1.

Figura 1. El continuum de Cuidado



Fuente: Barker (2000), adaptación (2023).

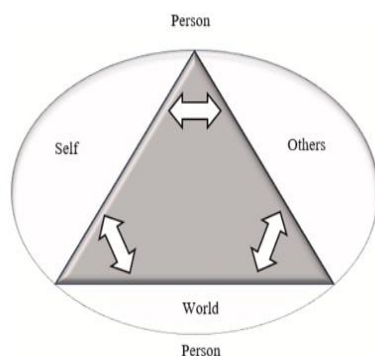
Barker & Buchanan (2007) refiere que; “En ese sentido, el cuidado de enfermería se diseña al identificar lo que se necesita hacer en el momento para atender las necesidades actuales: las dificultades o problemas cotidianos de la persona” (p.37).

Posteriormente, el cuidado continuo (*continuum*) se tiene desde ayudar a la persona a resolver sus problemas actuales e inmediatos, continuando a que se desarrolle entendimiento de cómo se han desarrollado los problemas en su vida diaria, y cómo la persona podría empezar a trabajar en resolverlos o aceptarlos (Barker & Buchanan-Barker, 2007).

Seguidamente, el cuidado inmediato está centrado en buscar solución a los problemas inmediatos usando recursos personales e interpersonales que lograron ser identificados al realizar la valoración holística (Barker & Buchanan-Barker, 2007). En el cuidado para el desarrollo se enfoca en ayudar a la persona a usar las habilidades para lidiar con los problemas del día a día, a medio y largo plazo.

En esta ayuda se puede presentar en un hospital, programa de rehabilitación o psicoterapia. La persona al ser ingresada a un hospital y ser dado de este, o haya un cambio de lugar o inclusive un cambio de equipo de trabajo requiere un cuidado de transición con el objetivo que se realiza un viaje (transición) lo más liviano posible (Barker & Buchanan-Barker, 2007). Existen factores importantes al estar realizando algún tipo de cuidado en estas tres etapas como la comunicación y la coordinación entre las partes, incluyendo familia y personas para que se pueda llevar cabo un trabajo efectivo y eficiente. A continuación, se presentan los tres dominios de la persona, yo, del mundo y de los demás dando una sinergia a la integridad humana ver figura 2.

Figura 2. Tres dominios: un modelo de la persona



Fuente: Barker (2000), adaptación (2023).

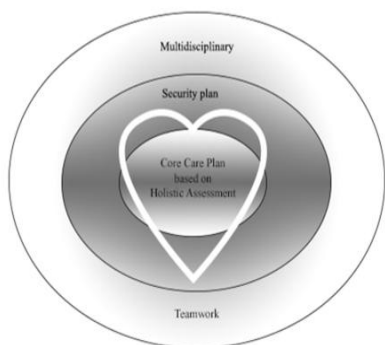
El dominio del **yo** es el lugar privado de la persona en donde tiene y experimenta pensamientos, sentimientos, valores, creencias, ideas, etc., que sólo conoce la persona y que mantiene en secreto y solo los revela a otros cuando desea hacerlo. En este dominio se trata de construir un puente con la persona y proporcionar la ayuda, brindándole una seguridad física y emocional (Barker, 2001) y así desarrollar un plan de seguridad personal significativo (Raile & Marriner, 2011).

El dominio del **mundo** se enfoca en la necesidad de ser entendida aquí la persona comparte alguna de sus experiencias del **yo** con la demás gente. En este dominio se utiliza una valoración holística donde se plasman las experiencias de la propia voz de la persona y se realizan sesiones uno a uno (Barker, 2001).

En el dominio de los **otros** es el lugar donde la persona interactúa con otras personas, ya sea familia, amigos, vecinos etc., se da énfasis en el tipo de ayuda y servicios que la persona puede necesitar donde comparte sus experiencias y escucha las experiencias de las demás personas (Barker, 2001).

Por otra parte, el individuo está en el corazón de la estructura asistencia por lo que plan de cuidado central está basado en la valoración holística en el dominio del mundo. El principal propósito mientras se ayuda a la persona que experimenta dificultades en su salud mental es conocer sus necesidades, así como las experiencias de esta misma (Kusdemir *et al.*, 2022). A continuación, se presenta, ver figura 3.

Figura 3. Necesidades humanas

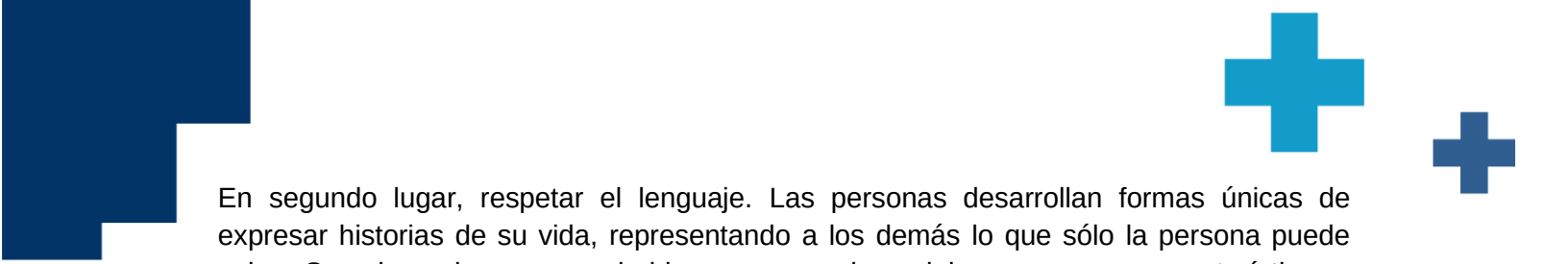


Fuente: Barker (2000), adaptación (2023).

El plan de seguridad está desarrollado de varias evaluaciones de riesgo realizadas en el dominio del yo. Se cree que el cuidado que recibe la persona recae dentro del dominio de los otros el cual se coordina dentro del trabajo del equipo interdisciplinario donde las contribuciones del diferente equipo ayudan a apoyar el plan de cuidado central y el plan de seguridad personal (Kusdemir *et al.*, 2022).

El modelo de la marea adopta suposiciones específicas acerca de las personas, su experiencia de la vida humana y su capacidad de cambio. De estas suposiciones se desarrollaron un grupo de valores que proveen a los practicantes un enfoque filosófico para ayudar a las personas a realizar cambios en su propia vida en vez de tratar de manejar o controlar los síntomas (Buchanan-Barker & Barker, 2008).

En primer lugar, valorar la voz, la historia de la persona es el principio y el final de todo el proceso de ayuda; abarca no sólo el relato del malestar de la persona, sino también la esperanza de su resolución. La historia se explica por la voz de la experiencia.



En segundo lugar, respetar el lenguaje. Las personas desarrollan formas únicas de expresar historias de su vida, representando a los demás lo que sólo la persona puede saber. Se anima a la persona a hablar en sus propias palabras, en su voz característica.

En tercer lugar, desarrollar la curiosidad genuina. La persona escriba una historia de su vida, pero en ningún sentido es un libro abierto. Nadie puede conocer la experiencia de la otra persona. Por consiguiente, los profesionales deben expresar un interés genuino por la historia que puedan entender mejor a quién explica la historia.

Seguido llegar a ser el aprendiz: la persona es el experto mundial en la historia de la vida. Los profesionales pueden aprender algo del poder de esa historia, pero sólo si se aplican de forma diligente y respetuosa a la tarea de convertirse en el aprendiz. Debemos aprender de la persona qué es necesario hacer, más que dirigir.

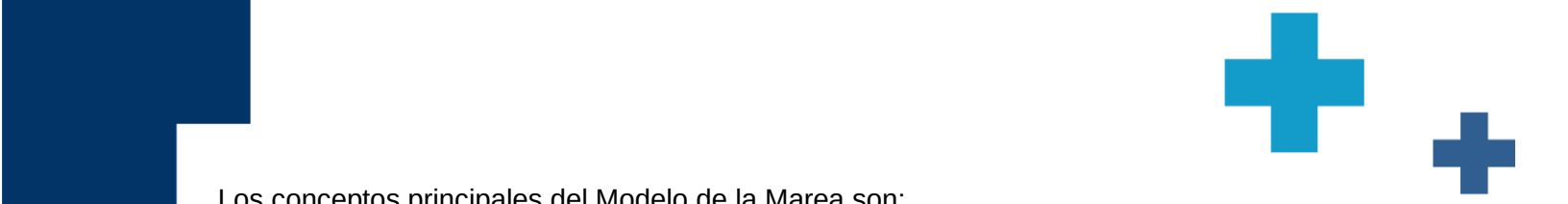
En continuidad con utilizar el equipo de herramientas disponibles, donde la historia contiene ejemplos de lo que ha funcionado en esta persona en el pasado o creencias sobre lo que puede funcionar en esa persona en el futuro. Son las principales herramientas que deben utilizarse para desbloquear o crear la historia de recuperación.

Por otro lado, trabajar un paso más allá: donde el cuidador profesional y la persona trabajan juntos para crear una apreciación de lo que tiene que hacerse ahora. El primer paso es crucial, muestra el poder de cambio y apunta potencialmente hacia el objetivo final de la recuperación.

Seguidamente, dar el don del tiempo: aunque el tiempo es en gran parte una ilusión, no hay nada más valioso. Con frecuencia, los profesionales se quejan de no tener suficiente tiempo para trabajar de forma constructiva con la persona. Aunque quizá realmente no pueden fabricar tiempo a través de la atención creativa a su trabajo, los profesionales con frecuencia encuentran el tiempo para hacer lo que debe hacerse. Posteriormente revelar la sabiduría persona, donde sólo la persona puede conocerse a sí misma. La persona desarrolla un potente almacén de sabiduría al escribir la historia de su vida.

Por otra parte, saber que el cambio es constante: el cambio es inevitable porque el cambio es constante. Ésta es la historia común para todos. Sin embargo, aunque el cambio es inevitable, el crecimiento es opcional. Deben tomarse decisiones y elecciones si tiene lugar el crecimiento. Por último, ser transparente: si el profesional y la persona llegan a ser un equipo, cada uno debe bajar sus defensas. En el proceso de escribir la historia, la pluma del profesional puede acabar siendo, con demasiada frecuencia, un arma: escribir una historia que corre el riesgo de inhibir, restringir y delimitar las elecciones vitales de la persona (Buchanan-Barker & Barker, 2008).

La mayoría de los conceptos del Modelo de la Marea son empíricos, también son los suficientemente resumidos para ser utilizados en una variedad de contextos de la enfermería psiquiátrica.



Los conceptos principales del Modelo de la Marea son:

En primer lugar, el empoderamiento: Este concepto enfatiza el compromiso con los desafíos personales y el uso de y descubrimiento de los recursos personales. Las personas tienen fortaleza individual que las enfermeras deberían fomentar para que puedan superar la crisis o continúen con el viaje de recuperación (Kusdemir *et al.*, 2022).

En segundo lugar, relación enfermera-paciente (relación terapéutica): La relación enfermera-paciente recae en la confianza mutua, respeto, influencia, y honestidad con un enfoque en las necesidades e intereses del paciente. La naturaleza de este compromiso está identificada como unida y colaborativa (Kusdemir *et al.*, 2022).

En tercer lugar, la atención de enfermería centrada en el paciente: En vez de utilizar modalidades de tratamientos predeterminados, la enfermera debe de buscar entender que es lo que le ha funcionado al paciente en el pasado, que le está funcionando en presente y que le puede funcionar en el futuro, de acuerdo con su situación de vida, personalidad e historia. Varios análisis de conceptos de atención centrada en el paciente indican que se reconoce comunicar y escuchar a los pacientes, fomentar autonomía, respetar las creencias y valores del individuo, y tratar al paciente como un individuo único (Kusdemir *et al.*, 2022).

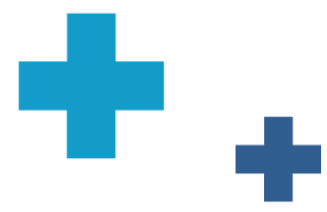
Seguidamente, enfermedad mental: El modelo de la marea depende fuertemente en la metáfora que explica o describe la enfermedad mental. Por ejemplo, la enfermedad mental se refiere como a una tormenta, piratería, o a una incidencia no deseada que ocurre en el agua, las cuales son una amenaza para la personalidad. La experiencia de una enfermedad mental puede ser definida como un sentimiento como si se están ahogando. Por otro lado, según Barker, apoyar a la recuperación podría corresponder a salvavidas o llevar a la gente a la costa (Kusdemir *et al.*, 2022).

Consecutivamente paciente (persona): El teórico define este concepto basado en tres dimensiones, el yo, el mundo y los otros.

El dominio del yo incluye pensamientos, creencias, sentimientos, miedos y es el lugar donde la crisis mental deja huella. El dominio del mundo es donde el paciente comparte sus experiencias personales, creencias, sentimientos y pasamientos con otros. Esto puede ser expresada como la necesidad de ser comprendidos. El dominio de “otros” representa el apoyo de conocidos, cuidadores del paciente como colegas, profesionales, amigos y familia (Kusdemir *et al.*, 2022).

Seguido del agua: El Modelo de la Marea ilustra metafóricamente la vida del paciente como un océano de experiencia. La forma líquida de agua simboliza la naturaleza impredecible e inestable de las experiencias humanas.

Por último, recuperación: Guiar al paciente de las aguas profundas hasta un refugio seguro está expresada metafóricamente como la recuperación. Barker identifica la recuperación como la recuperación de una pierna marina para que se pueda continuar a navegar al océano (vida) (Kusdemir *et al.*, 2022).



3. Adecuación lógica de la teoría

En el Modelo de la Marea el uso del vocabulario es congruente con los fundamentos y los supuestos de la teoría. Donde los términos ampliamente usados por Barker en este modelo pueden ser comprendidos de la forma en que están escritos. Sin embargo, se usan metáforas que limitan el entendimiento del trabajo. No hay una sola consistencia en el uso del agua relacionada con la metáfora y existe el riesgo de ser mal usada (Kusdemir *et al.*, 2022).

En ese sentido, Barker proporciona una explicación clara de los conceptos metafóricos y lo que representa en la teoría. Además, se da una descripción descriptiva relacionada a la práctica de los compromisos de la marea y los principios rectores de la teoría siendo integral y clara, sin embargo, la complejidad de los conceptos limita la simplicidad y la naturaleza implícita de algunos conceptos la hace intrínsecamente compleja.

Los conceptos aplicados en la teoría como paciente, empoderamiento, colaboración, cuidado enfermero y recuperación pueden recurrir a otras áreas de especialidad dentro del contexto de la práctica de enfermería y la enfermería psiquiátrica. Ya que los conceptos son amplios y universales, la teoría tiene un alto grado de generalidad. El modelo de la marea ha empezado en alrededor de cientos de entornos clínicos en países como Gales, Nueva Zelanda, Canadá, Australia, Irlanda, Japón y Escocia con personas con una diversidad cultural y ambientes sociales (Kusdemir *et al.*, 2022).

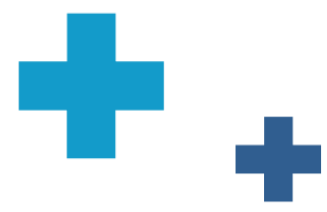
Al aplicarse la teoría en diferentes escenarios, como se realizó en un hospital de salud mental en el Reino Unido donde se tuvo como propósito cambiar la percepción que se tenía en la relación enfermera-paciente. Teniendo como resultado que en general el número de eventos adversos, como asalto físico, acoso y violencia disminuyó un 57% dentro del año siguiente que se introdujo el modelo de la marea. Los pacientes entrevistados indicaron que la nueva implementación fue bastante positiva y diferente al otro tipo de cuidado recibido en otros hospitales. Se concluyó que el modelo de la marea fue adecuado para su implementación dentro del entorno hospitalario (Kusdemir *et al.*, 2022).

De acuerdo con Kusdemir *et al.* (2022) hacen referencia a otro estudio que se llevó a cabo en unidad psiquiátrica en Canadá. En este sitio se utilizó el modelo de la marea en un plan de cuidado interdisciplinario en el cual se incluyó a pacientes y cada disciplina contribuyó colaborativamente a un plan interdisciplinario y con un objetivo común. En razón a los autores indicaron que la integración del modelo de la marea en el plan de cuidado interdisciplinario probó ser una valiosa herramienta en el viaje hacia la recuperación.



En Turquía el modelo de la marea tuvo efecto positivo en personas con dependencia con alcohol al mantener su abstinencia y mejorar sus comportamientos de afrontamiento. Tal parece que los conceptos relación colaborativa enfermera-paciente, empoderamiento y recuperación fueron medibles y efectivos. Además, existe evidencia que la teoría cumple con los criterios de tener metas realizables (Kusdemir *et al.*, 2022).

Considerando el origen y accesibilidad de la teoría, se deduce que tiene un alto nivel de importancia y es prometedora para guiar futuras investigaciones y relevancia. Aunque el modelo es fácil de usar dentro de los dominios de la enfermería de salud mental, su aplicabilidad a través de escenarios y otras enfermeras deben ser cuestionadas con base a la preparación educativa tanto en académica, como del servicio asistencial, tanto el sesgo personal como la competencia cultural en diferentes contextos.



4. Utilidad de la teoría

El modelo de la marea de recuperación de salud mental de Phil Barker sobresale en ámbitos de investigación por el interés mostrado en la persona en vez de la enfermedad o situación mental. Este modelo trabaja en conjunto ya sea en la práctica, así como en la investigación ya que es útil de forma general y se adapta específicamente a la situación donde se le requiera en caso y/o estudio.

El modelo se desarrolló entre los años de 1995 y 1997 en Inglaterra iniciando en dos salas de psiquiatría y posterior se incrementa a nueve salas. El modelo se expandió de Inglaterra a Irlanda para después ser implementado en otras partes del mundo como Australia, Nueva Zelanda, Japón (Raile & Marriner, 2011).

Se han realizado diferentes investigaciones e implementado diferentes intervenciones, sin embargo, el proyecto más importante actualmente se es llevado a cabo en Escocia donde se desarrollan una serie de proyectos de marea en la ciudad, que incluyen cuidados intensivos, de rehabilitación, en adolescentes y ancianos (Raile & Marriner, 2011).

Por otra parte, en Canadá desde el 2002 se ha introducido el modelo de la marea en diferentes centros de salud mental tanto en pacientes hospitalizados como en pacientes externos. Al paso de los años siguientes se ha ido incorporando en otros sitios de atención tanto geriátrica como juveniles, unidades de observación, críticos, de rehabilitación, esquizofrenia y psiquiatría general (Raile & Marriner, 2011).

En otros términos, en Nueva Zelanda se llevó a cabo un estudio en la unidad forense regional en donde los resultados son positivos ya que demuestran tanto al personal de enfermería como a los pacientes siendo beneficiados. Donde las personas expresaron que su experiencia con el modelo de la marea y el cuidado enfermero les asistió a avanzar en la recuperación. Las enfermeras reportaron que el modelo de la marea las apoyó en su práctica enfermera de una forma que mejoró su satisfacción profesional (Mendo *et al.*, 2017).

El teórico creó recursos de cómo llevar a cabo la práctica del modelo de tal forma que puede ser utilizado en salas psiquiátricas como en comunidad. El modelo se encuentra en diferentes programas de enfermería tales como diplomados, licenciatura y posgrado principalmente en Reino Unido y Canadá (Raile & Marriner, 2011).

Dentro del marco de la investigación el modelo se ha utilizado activamente ya que a través de la práctica tiene una acción participativa ya que se comprende de una forma más específica el modelo por medio de su uso.

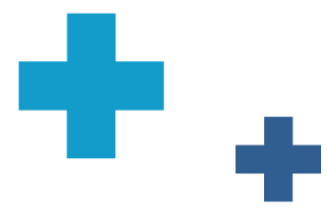


5. Grado de generalización y parsimonia de la teoría

Se realizó una revisión sistemática de diferentes bases de datos tales como: Google académico, ScienceDirect, Mendeley, PubMed, Wiley, Taylor & Francis Online. Utilizando las palabras clave: modelo de la marea, salud mental, tidal model, mental health, mental health recovery, encontrándose 15 estudios de investigación donde se aplicaba la utilidad del modelo. Dichos estudios fueron realizados durante los años del 2001 al 2022, escritos principalmente en inglés. Predominó la formación del área de salud mental en diferentes edades. El modelo puede aportar valoraciones e intervenciones en profesionales del área de la salud.

6. Capacidad de prueba de la teoría

El modelo por sí solo no tiene instrumento porque es utilizado de forma cualitativa para medir la salud mental de las personas y para ello se trabaja con valoraciones que el mismo teórico implementa ya que con ayuda de ellas y en conjunto con otros medios de evaluación ya sean otros modelos o algunas escalas enfocadas en salud mental han surgido investigaciones cuasiexperimentales (Mendo *et al.*, 2017).



Referencias Bibliográficas

- Barker, P. (2001). The Tidal Model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(3), 233-240. DOI. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00391.x>
- Barker, P. (2003). The Tidal Model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), 96-102. DOI. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2003.00275.x>
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2007). The Tidal Model Mental Health, Reclamation and Recovery. <https://www.tidal-model.com/tidal%20manual.html>
- Buchanan-Barker, P. & Barker, P. J. (2008). The Tidal Commitments: Extending the value base of mental health recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), 93-100. DOI. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01209.x>
- Mendo Zelada, T., Díaz Villena, N., Castro de Marquina, M., Alfaro Ríos, S. & Vásquez Olcese, C. (2017). Efectividad del modelo de la marea en la salud mental positiva de estudiantes de enfermería. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 4(1), 24-34. DOI. <https://doi.org/10.35383/cietna.v4i1.29>
- Raile Alligood, M. & Marriner Tomey, A. (2011). Modelos y teorías en enfermería. Barcelona, España: Elsevier. [Libro en físico].
- Kusdemir, S., Oudshoorn, A. & Ndayisenga, J. P. (2022). A critical analysis of the Tidal Model of Mental Health Recovery. *Archives of Psychiatric Nursing*, 36, 34-40. DOI. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.10.012>

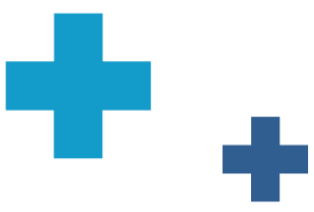
Análisis de teoría de la incertidumbre ante la enfermedad de Merle H. Mishel



3

10.58299/utp.246.c791

Lic. Enf. Leticia Yoshoky Cordero Corona
Lic. Enf. Paola Karely Avendaño Zamora
Dra. Miriam Gaxiola Flores
Dra. María Isabel Santos Quintero



Resumen

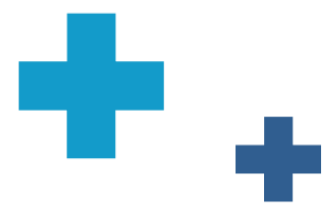
Este capítulo proporcionará un conocimiento teórico sobre la dificultad de la adaptación que dependerá de la habilidad de estrategias recopiladas para manipular la incertidumbre en la dirección deseada, ya sea para mantenerla, si se valora como una oportunidad, o para reproducirla, si se valora como un peligro. Así mismo, la teoría puede ser utilizada en una amplia gama de posibilidades, ya que tanto la persona enferma, como sus familiares, se enfrentan a situaciones estresantes generadoras de incertidumbre. A medida que los enfermeros utilicen la teoría les permitirá guiar su práctica profesional podrán guiar u orientar a la persona para que enfoque su evaluación como una oportunidad, y dirija sus estrategias para lograr la adaptación.

Palabras clave: Cuidado enfermero; Incertidumbre; Enfermedad.

Abstract

This chapter will provide theoretical insight into the difficulty of adaptation that will depend on the ability of collected strategies to manipulate uncertainty in the desired direction, either to maintain it, if it is valued as an opportunity, or to reproduce it, if it is valued as a danger. Likewise, the theory can be used in a wide range of possibilities, since both the sick person and their family members face stressful situations that generate uncertainty. As nurses use the theory, it will allow them to guide their professional practice, they will be able to guide or direct the person to focus their evaluation as an opportunity, and direct their strategies to achieve adaptation.

Keywords: Nursing care; Uncertainty; Disease.



Introducción

El gran reto para la disciplina de enfermería es la utilización de las propias teorías tanto en la práctica, como en la investigación, el crecimiento dependerá del avance estructural de su estudio, así mismo la orientación por la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad, es considerada como una teoría de rango medio, propuesta por la Merle H. Mishel, quien nació en Boston Massachusetts, esta teoría evalúa las reacciones propias de la persona, el familiar y personal de la salud ante la enfermedad.

De acuerdo Bailey *et al.* (2004) mencionan que, la teoría contiene conocimientos derivados de la enfermería y otras disciplinas, abordando fenómenos clínicos derivados del ámbito de la práctica y ofreciendo una perspectiva interaccionista para explicar el proceso de determinación de significado en la experiencia de la enfermedad.

Por otra parte, Mejía (2012) refiere que, permite guiar con sabiduría la teoría analizada, y así mismo poder crear una simbología de palabras que den una pauta al enfoque pertinente de nuestra investigación, permitiendo un crecimiento en la formación de la disciplina y así poder analizar que dicha teoría, es conceptualizada como una experiencia neutra que no se desea, ni se desprecia hasta que se valora de una u otra forma.

En el presente análisis teórico se llevarán a cabo una serie de pasos sistemáticos:

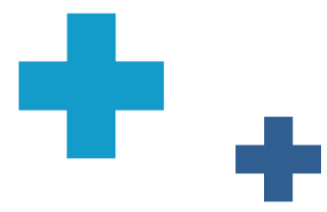
- 1- Identificación de los orígenes de la teoría
- 2- Examinar el significado de la teoría
- 3- Analizar la adecuación lógica de la teoría
- 4- Determinar la utilidad de la teoría
- 5- Definir el grado de generalización y la parsimonia de la teoría

El análisis de la teoría tiene como propósito orientar la presente investigación con fundamento teórico y empírico, permitiendo abrir un panorama de capacidad cognoscitiva, que haga hincapié en desempeñar habilidades al procesar la información que determine la teoría a analizar y así mismo llevar capacidades con razonamiento con significancia y el apego que exista hacia la teoría, permitiendo a su vez un crecimiento tanto personal, como profesional, por esta razón el comprender de manera juiciosa la temática a desarrollar y el vínculo secuencial que trasciende con sustento, se pretende alcanzar un máximo potencial para crear conciencia de lo que atraviesa el paciente, familiar y personal de enfermería al brindar el cuidado y atención holística, y poder así mismo crear un panorama de afrontamiento o adaptación, para disminuir las fuerzas emocionales que afectan la salud de todos en conjunto.



Esta teoría identifica las consecuencias y significado de un evento, esto es importante para la persona diagnosticada con una enfermedad crónico-degenerativa o terminal; manejando la incertidumbre asociada a una enfermedad y su tratamiento como una tarea fundamental en la adaptación y consigo una serie de eventos dimensionales, para mantenerla viva a través de distintos aspectos en relación. Así mismo de describir las diferentes aplicaciones a nivel profesional, las cuales se han encontrado en algunas publicaciones clínicas recientes.

Antes de iniciar a desarrollar la teoría es importante y necesario conocer el origen procedente de la teoría a estudiar, para poder llevar cabo el análisis teórico y así mismo ir identificando los diferentes puntos sistemáticos que permitirán un crecimiento personal y profesional, esta teoría trae consigo un análisis crítico ante lo que cotidianamente se vive y que se es difícil afrontarlo a través de una adaptación.



1. Orígenes de la teoría

La teoría naufrago con la propia experiencia de Mishel al ser testigo de la batalla que lidio con su padre contra el cáncer, comenzó su trabajo en 1981 cuando desarrolló una escala de 30 ítems para medir la incertidumbre, un concepto clave en su teoría original de 1988. Al formular la teoría original, reconoció que el marco de estímulos de una persona podría reducir la incertidumbre en la enfermedad. Donde se compone del patrón de síntomas, la familiaridad del evento y la congruencia del evento (o la consistencia entre los eventos esperados y experimentados) (Díaz *et al.*, 2019).

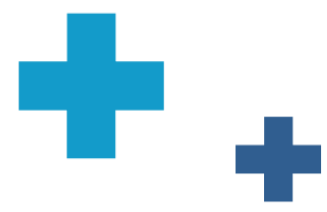
Además, propuso que el marco de estímulos de una persona podría ser mejorado por sus capacidades cognitivas y proveedores de estructura incluyendo autoridades creíbles como médicos y enfermeras (os) y apoyo social, estos conceptos se agrupan como los antecedentes de la incertidumbre.

La investigación completada después de la publicación de la teoría original de Mishel apoyó su aplicación a pacientes con enfermedades agudas, pero no apoyó la aplicación de la teoría a pacientes con enfermedades crónicas o aquellos que enfrentan la recurrencia de una enfermedad en remisión.

Estos pacientes inicialmente vieron la incertidumbre como peligrosa, pero con el tiempo llegaron a aceptarla como una oportunidad. Esto entraba en conflicto con la teoría original de Mishel, que proponía que solo las personas que se enfrentaban a la certeza de malos resultados verían la incertidumbre como una oportunidad.

Por lo tanto, Mishel actualizó su trabajo en 1990 para acomodar la respuesta a lo largo del tiempo de los pacientes con enfermedades crónicas y aquellos que enfrentan la recurrencia de la enfermedad. Reconociendo el sesgo cultural inherente a su trabajo original, abandonó la suposición mecanicista occidental de que la adaptación es el único resultado deseado y que la incertidumbre en la enfermedad es una trayectoria lineal.

El nuevo modelo proponía que, en condiciones de incertidumbre crónica, las personas dejan de evaluar la incertidumbre como peligrosa y adoptan una nueva visión del mundo que acepte la incertidumbre como parte de la vida.



2. Significado de la teoría

Antes de abordar el análisis del significado de la teoría es indispensable definir incertidumbre por la autora Mishel, lo cual permitirá con mayor facilidad comprender su concepción; como la capacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad. La teoría enfermera de rango medio, sobre la incertidumbre ante la enfermedad, se presenta desde una perspectiva tanto teórica como empírica. La teoría explica cómo las personas construyen el significado de los eventos de enfermedad, indicando la incertidumbre como la ausencia del significado. Manejar la incertidumbre asociada a una enfermedad y su tratamiento puede ser una tarea fundamental en la adaptación, ocurriendo en una situación en la que el tomador de decisiones no puede asignar un valor definido a los objetos o eventos y no puede predecir los resultados con precisión (Mishel *et al.*, 1984).

Si bien los conceptos del meta paradigma no están definidos explícitamente en la teoría de Mishel, pero estos pueden derivarse implícitamente, explicando que la experiencia humana es uno de los elementos más importantes de su teoría, que se centra tanto en los individuos como en las familias. Los sentimientos de incertidumbre pueden atravesar todas las etapas de la enfermedad, incluso después de que finaliza la fase aguda, porque la cuestión de la recurrencia de la enfermedad es un factor importante en el nivel de incertidumbre que siente una persona (Martínez *et al.*, 2016).

El medio ambiente es un sistema abierto que intercambia energía y materia con la persona. El entorno externo incluye el marco de estímulos de la persona y los proveedores de estructuras, y el entorno interno abarca sus capacidades cognitivas.

La incertidumbre y los mecanismos de afrontamiento son imperativos para la salud y el bienestar percibidos del individuo contribuyendo mecanismos de afrontamiento desadaptativos y problemas de salud. Utilizando una herramienta basada en la teoría, la medición de la incertidumbre puede facilitar el diseño de intervenciones efectivas para promover el afrontamiento.

En ese sentido, el papel del profesional de enfermería es aceptar y promover el pensamiento probabilístico y evitar centrarse en la previsibilidad y la certeza. Las enfermeras promueven la consideración de alternativas que permitan a sus pacientes adaptarse a la naturaleza cambiante de su enfermedad y fomentan la noción de que hay muchos factores que influyen en la respuesta del paciente a la enfermedad.



Dentro de los conceptos principales de la teoría de la incertidumbre se encuentran los siguientes:

- **Incertidumbre:**

Se refiere a la capacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece cuando la persona que toma la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se obtendrán.

- **Esquema cognitivo:**

Es la Interpretación subjetiva de la persona con respecto a su enfermedad, tratamiento y hospitalización.

- **Marco de los estímulos:**

Forma, composición y estructura de los estímulos que percibe una persona; estímulos que, por tanto, se estructuran dentro de un esquema cognitivo.

- **Tipología de los síntomas:**

Sustentado en el grado en que los síntomas se presentan con la suficiente consistencia como para ser percibidos como un modelo o configuración.

- **Familiaridad de los hechos:**

Supone el grado en que una situación se antoja habitual y repetitiva, o el grado en que las claves son reconocibles.

- **Coherencia de los hechos:**

Coherencia de los hechos se refiere a la coherencia existente entre lo esperado y lo experimentado en los hechos que resultan de la enfermedad.

- **Fuentes de la estructura:**

Representan los recursos existentes para atender a la persona en la interpretación del marco de estímulos.

- **Autoridad con credibilidad:**

Grado de confianza que la persona tiene en el personal sanitario que le atiende.

- **Apoyo social:**

Influye en el nivel de incertidumbre cuando se ayuda a la persona en su interpretación del significado de los hechos.

- **Capacidades cognitivas:**

Habilidad de la persona para procesar la información reflejando tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación.

- **Inferencia:**

Evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias relacionadas

- **Ilusión:**

Creencias que nacen de la incertidumbre.

- **Adaptación:**

Comportamiento biopsicosocial mostrado dentro de la variedad de comportamientos comunes de la persona, definido de manera individual.

- **Perspectiva de la vida:**

Representa la reformulación de un nuevo sentido del orden de las cosas, que resulta de la integración de una continua incertidumbre en la estructura de un mismo individuo, en la que se acepta la incertidumbre como si se tratase de un ritmo natural de la vida.

- **Pensamiento probabilístico:**

Creencia en un mundo condicional, en el que se dejan de lado el deseo de un estado de continua certeza y la previsibilidad.

2.1 Examinar definiciones y uso

La teoría de la incertidumbre explica cómo los pacientes procesan cognitivamente los estímulos relacionados con la enfermedad y construyen significado en estos eventos. La incertidumbre, o la incapacidad para estructurar el significado, puede desarrollarse si el paciente no forma un esquema cognitivo para los eventos de la enfermedad. Un esquema cognitivo se reconoce como la interpretación subjetiva que hace el paciente de la enfermedad, el tratamiento y la hospitalización (Ruydiaz & Fernández, 2015).

2.2 Relación de la teoría con las funciones de enfermería

La teoría de la incertidumbre ante la enfermedad, a nivel asistencial describe el fenómeno tanto en pacientes como familiares que padecen enfermedades crónico-degenerativas y terminales. La incertidumbre puede activar los diferentes tipos de sistemas de afrontamiento para tomar el control de la situación y describe como sería la intervención apropiada del profesional de enfermería.

A nivel docente, la teoría ha sido utilizada ampliamente por estudiantes de grado como marco teórico para tesis y exposiciones como sustento central del análisis. Dentro de la Investigación, muchos han estudiado los mismos fenómenos. Las investigaciones de las relaciones conceptuales específicas en la teoría, más el apoyo teórico de enfermería y disciplinas a fines.

Como se ha mencionado anteriormente, la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad, se ha llegado a una gama amplia de conocimientos gracias a los diferentes estudios de diversos investigadores. En la actualidad en el ámbito de la investigación se han encontrado diversas intervenciones de la enfermería basadas en el modelo teórico.

2.3 Identificar declaraciones

Los dos primeros reflejaban la conceptualización inicial de la incertidumbre de la psicología:

La incertidumbre; es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, cuya función es ayudar a la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad, caracterizada como una experiencia intrínsecamente neutral que no se desea ni se desprecia hasta que se valora de una u otra forma.

Otros dos supuestos reflejan las bases de la teoría de la incertidumbre en el estrés tradicional y en los modelos de afrontamientos, que presentan una relación lineal:

Estrés + Sistemas de afrontamiento = Adaptación

- La adaptación; representa la continuidad de la conducta biopsicosocial normal del individuo y constituye el deseado resultado de los esfuerzos del afrontamiento.
- Relación entre los casos de enfermedad, la incertidumbre, la valoración, los sistemas de afrontamiento y la adaptación es lineal y unidireccional.

El estado de incertidumbre puede ser el resultado de la naturaleza del estímulo, cuando opera como incierto, son en tres situaciones:

- Evento no se reconoce.
- Evento es reconocido, pero no clasificado.
- Evento reconocido, pero clasificado incorrectamente.

La vigilancia como método de afrontamiento para la reducción de la incertidumbre se ha abordado principalmente en estudios de laboratorio de psicología social (Bailey *et al.*, 2007).

La autoridad creíble y el apoyo social ayudan en la prevención de incertidumbre al estructurar el significado en relación con diferentes fuentes de señales (Mishel & Sorenson, 1991).

Dentro de los indicadores empíricos; la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, se desarrolló a raíz de la tesis doctoral que realicé con pacientes hospitalizados, utilizando datos cualitativos como cuantitativos y de esta forma creo la primera conceptualización de la incertidumbre en el contexto de la enfermedad.



La mayor parte de los estudios empíricos se han centrado de los antecedentes de la incertidumbre: el marco de estímulos y las fuentes de la estructura. Se han llevado a cabo amplias investigaciones sobre las experiencias de incertidumbre, entre ellas se encuentran las siguientes:

- Adultos con enfermedades crónicas.
- Mujeres con cáncer ginecológico.
- Pacientes con cáncer recién diagnosticados como tratamiento.
- Cateterismo cardíaco.
- Ansiedad en padres de niños en unidad de cuidados intensivos pediátricos.
- En conyugues de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos.
- Pacientes con infarto agudo al miocardio.
- Cuidados de personas con lupus.
- Profesional de salud que trabaja a diario con pacientes con enfermedades crónicas y/o terminales.

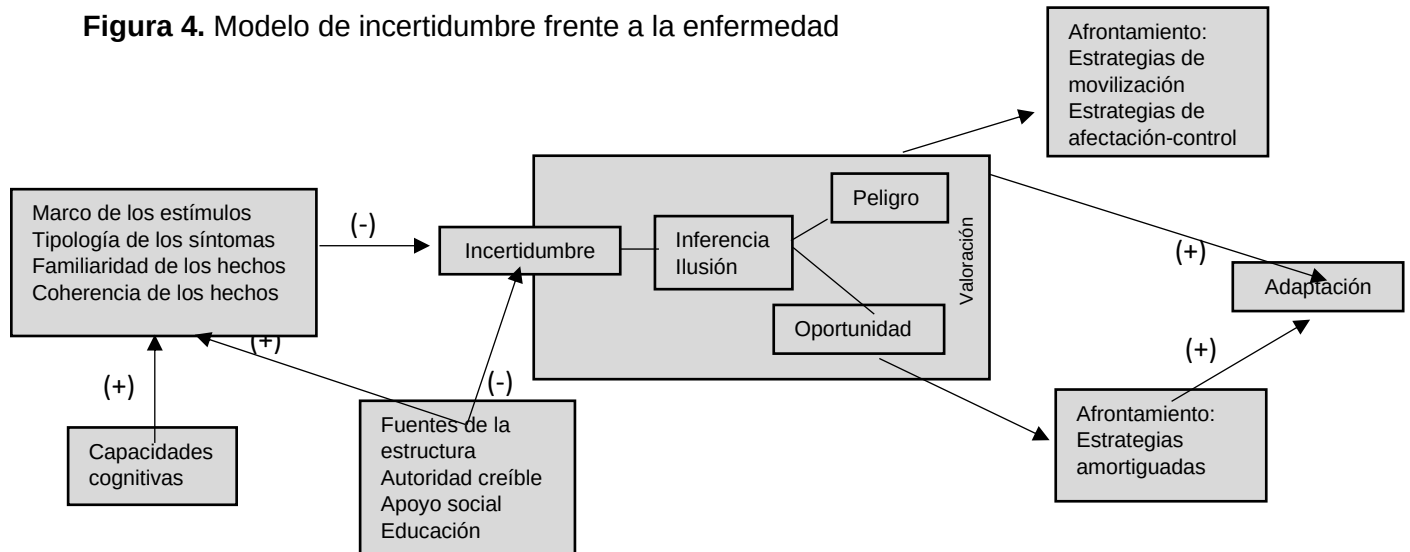
Dentro de la validación empírica, se focaliza en:

Antecedentes que influyen en la valoración de la incertidumbre como peligro u oportunidad, en la influencia de la capacidad cognitiva en las variables del estímulo, en las condiciones bajo las cuales la inferencia o la ilusión influyen en la evaluación de la incertidumbre, además también en las estrategias de afrontamiento utilizadas en una evaluación de oportunidad o peligro y por último en el vínculo entre el afrontamiento efectivo.

Examinar relación:

Un modelo de la teoría, muestra los conceptos y sus relaciones formando la base del material teórico y empírico. La discusión de la teoría se organiza en torno a tres temas principales: los antecedentes de la incertidumbre, el proceso de evaluación de la incertidumbre y cómo afrontar la incertidumbre. Ver figura 4.

Figura 4. Modelo de incertidumbre frente a la enfermedad

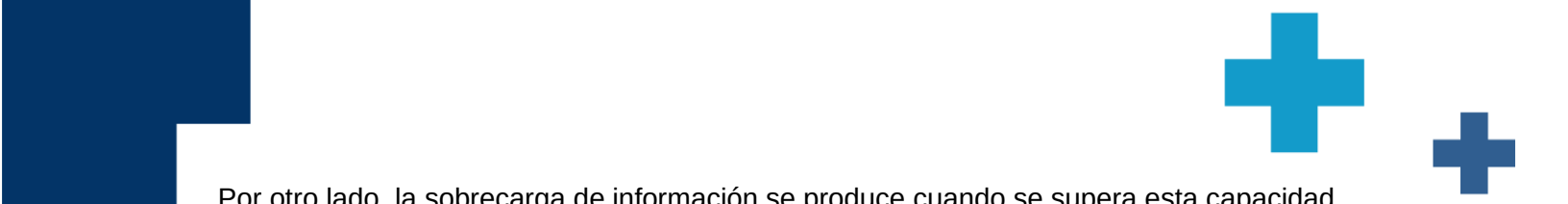


Fuente: Modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad. (Tomado de Mishel, M.H. (1988). *Uncertainty in illness*. Imagen: The Journal of Nursing Scholarship, 20(4),226.). Libro de modelos y teorías; Octava edición.

En primer lugar, se encuentra los antecedentes de la incertidumbre, en donde, los estímulos buscan, la capacidad cognitiva y los proveedores de estructura anteceden a la incertidumbre y ofrecen la información que es procesada por el paciente, así mismo el marco de estímulos, se refiere a la forma, composición y estructura que percibe la persona; este marco contiene tres componentes: patrón de síntomas, familiaridad y congruencia con el evento, proporcionando estímulos que el paciente estructura en un esquema cognitivo, lo que genera menos incertidumbre.

El patrón de síntomas se refiere al grado en que se presentan con suficiente consistencia para ser percibidos como teniendo un patrón o configuración. Con base a ese patrón, se puede determinar el significado de los síntomas. La familiaridad con el evento se refiere al grado en que la situación es habitual, repetitiva o contiene señales reconocidas.

La congruencia de eventos es considerada como consistencia entre lo esperado y lo experimentado relacionados con la enfermedad, implicando confiabilidad y estabilidad de los eventos, facilitando así la interpretación y comprensión, inmersamente relacionados con la incertidumbre. Los tres componentes del marco de estímulos están influenciados por dos variables: la capacidad cognitiva y los proveedores de estructura. El primero se refiere a las habilidades de procesamiento de información de la persona, donde solo se puede procesar una cantidad limitada de información en un momento dado (Mishel & Sorenson, 1991).



Por otro lado, la sobrecarga de información se produce cuando se supera esta capacidad., en el que la capacidad cognitiva limitada reducirá la noción de percibir el patrón de síntomas, la familiaridad con los eventos y la congruencia.

La segunda variable que influye en el marco de estímulos son los proveedores de estructura: como lo son los recursos disponibles para ayudar a la persona en la interpretación del marco de estímulos, estos proponiéndose como proveedores de estructura para reducir el estado de incertidumbre tanto directa como indirecta.

La incertidumbre se reduce directamente cuando el paciente confía en los proveedores de estructura para interpretar los eventos. La reducción de la incertidumbre ocurre indirectamente cuando los proveedores de estructuras ayudan al paciente a determinar el patrón de los síntomas, la familiaridad de los eventos y la congruencia de las experiencias.

Los proveedores de estructura son el nivel educativo, el apoyo social y la autoridad creíble. Donde los estímulos son procesados por los pacientes para construir un esquema cognitivo en eventos de enfermedad.

En la experiencia de la enfermedad, la incertidumbre tiene cuatro formas:

a) Ambigüedad sobre el estado de la enfermedad, b) Complejidad sobre el tratamiento y el sistema de atención, c) Falta de información sobre el diagnóstico y la gravedad de la enfermedad, y d) Imprevisibilidad del curso de la enfermedad y el pronóstico. La incertidumbre no es inherentemente un estado temido o deseado hasta la determinación de sus implicaciones.

Como segundo lugar se encuentra el proceso de evaluación de la incertidumbre; ocurriendo cuando las personas no pueden determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad. Los individuos la evalúan como un peligro o una oportunidad utilizando la inferencia y la ilusión. En primera instancia, la inferencia es el proceso de evaluar una situación basada en experiencias pasadas. Considerando que, la ilusión es el proceso de construcción de creencias positivas.

Cuando una persona considera que la incertidumbre es peligrosa, controla las emociones causadas por ella, por el contrario, cuando una persona evalúa la incertidumbre como una oportunidad, utiliza estrategias de afrontamiento destinadas a mantenerla.

Seguidamente como tercer punto sobre ¿cómo afrontar la incertidumbre?; la dificultad de la adaptación dependerá de la habilidad de las estrategias recopiladas para manipularla en la dirección deseada, si se valora como oportunidad, o para reproducirla, si se es considerada como un peligro. Así mismo, la teoría puede ser utilizada en una amplia gama de posibilidades, ya que tanto la persona enferma, familiares y personal de la salud se enfrentan a situaciones estresantes generadoras de incertidumbre. Es por esto que enfermería, al conocer la teoría, puede guiar u orientar a la persona para que enfoque su evaluación como una oportunidad, y dirija sus estrategias a lograr una adaptación.



En otro sentido, los mapas cognitivos se generan a partir de la experiencia personal, los aportes culturales, las fuentes sociales y los profesionales de la salud, dado que la capacidad cognitiva emerge a las habilidades de procesamiento de información en las personas, cualquier mal funcionamiento fisiológico las disminuirá y se tendrá un impacto en la cognición (Raile & Marriner, 2011).

Así también, la enfermedad física personal es un potente distractor que capta la atención y puede reducir la cantidad total de atención que las personas pueden dedicar a una tarea cognitiva. Los recursos atencionales también se reducen por el dolor, las drogas y el mal estado nutricional. Los estímulos internos como el dolor, la incomodidad, el peligro y eventos fisiológicos internos como la actividad del sistema nervioso autónomo pueden monopolizar la capacidad cognitiva y afectar la actividad de resolución de problemas (Raile & Marriner, 2011).

Cuando el paciente percibe el entorno relacionado con la salud como un peligro, la eficiencia cognitiva disminuye y se procesan menos señales. Las situaciones peligrosas tienden a aumentar el nivel de excitación, lo que a su vez centra la atención de los pacientes en los aspectos de la situación que se consideran más importantes.

Dado así, las restricciones de las capacidades cognitivas bajo estrés también afectan la función de la memoria, cuando intentan recordar eventos, como los más destacados serán accesibles, debilitando así la capacidad de asociar los estímulos entrantes con el esquema cognitivo preexistente (Mishel *et al.*, 1984).

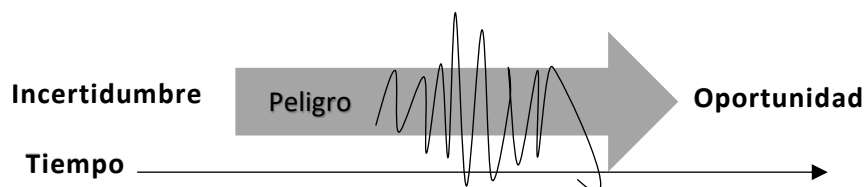
Por ende, los cambios mencionados en las habilidades de procesamiento cognitivo también ocurren a través de la manipulación y de la actividad del cortisol por parte de los colinolíticos.

Se propone que la educación tenga una relación directa e indirecta con la incertidumbre. En la relación indirecta, la educación ayuda a proporcionar una estructura a los eventos en el marco de estímulos ampliando la base de conocimiento del paciente con la cual asociar estos eventos, proporciona un significado y contexto. El apoyo a esta posición es desigual cuando se considera la educación junto con otros componentes de los proveedores de estructura (Mishel *et al.*, 1984).

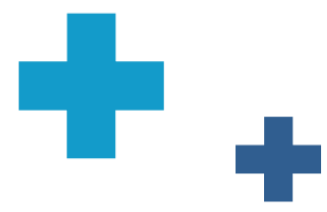
El apoyo social es otro aspecto importante porque actúa para prevenir la incertidumbre en diversas crisis vitales.

El modelo de reconceptualización también introdujo el concepto del pensamiento probabilístico, o la capacidad de considerar múltiples formas de lograr objetivos, cuando las personas con enfermedades crónicas o en remisión aceptan la incertidumbre como parte de la vida, la perciben como una oportunidad para crecer o cambiar. A continuación, se presenta, ver figura 5.

Figura 5. Modelo reconceptualizado de la incertidumbre en enfermedades crónicas



Fuente: Tomado de Rayle Alligood. Libro modelos y teorías; Octava edición.



3. Adecuación lógica de la teoría

La incertidumbre provocada por la enfermedad puede hacer que las personas evalúen inadecuadamente una situación estresante; la aplicación de la teoría de Mishel conducirá al profesional en la identificación de los primeros datos de incertidumbre para realizar un plan de cuidados enfocados a eliminar esta situación y posteriormente, lograr que la persona o familiar afronten y se adapten a la enfermedad (Martínez *et al.*, 2016).

Por lo cual es de gran importancia conocer la estructura lógica tanto de los conceptos y aplicación de la teoría, derivase de los problemas clínicos, por lo cual reemergen estudios tanto cualitativos como cuantitativos y así mismo de la adaptación de otros modelos teóricos de otras disciplinas.

Como ya se mencionó anteriormente en 1988, Mishel y otros autores llevaron diversos estudios empíricos en relación con los principales conceptos de la teoría, mientras que en 1990, se logró la re conceptualización deductiva de la teoría, basándose en los principios, y confirmación de las pruebas empíricas de estudios cualitativos con los cuales llego a la conclusión de que las reacciones de la persona ante la incertidumbre de su enfermedad cambian a lo largo del tiempo (Raile & Marriner, 2011).

4. Utilidad de la teoría

Dentro de las diferentes bases de datos se encontraron diversas publicaciones sobre enfermedades terminales, relacionando la incertidumbre.

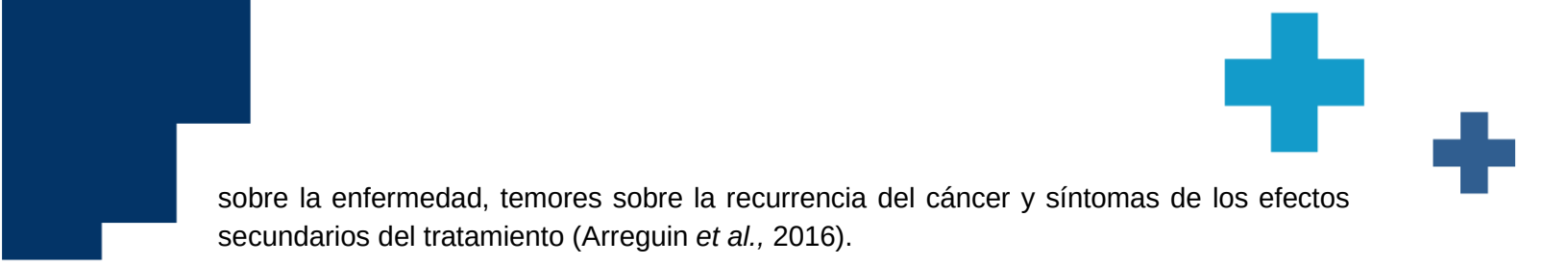
En el primer artículo, se encuentra como título; Trayectorias psicosociales de hombres que monitorizan los niveles de antígeno específico de la próstata después del tratamiento para el cáncer de próstata, llevada a cabo por los autores; Albalá, David; Clipp, Elizabeth; Folsom, Linda; Lutgendorf, Susan; Polascik & Thomas; Robertson, Cary, esta investigación fue llevada a cabo en un foro de enfermería oncológica, en el mes de junio del año 2007, su objetivo se basó en describir las trayectorias psicosociales que observan y controlan sus niveles de PSA durante los 24 meses posteriores al tratamiento, para monitorear los niveles de antígeno prostático específico (PSA) después de una intervención quirúrgica.

Sin embargo, ningún estudio ha explorado la incertidumbre en el contexto de la monitorización del PSA después del tratamiento del cáncer de próstata localizado, dentro de los materiales y métodos que se utilizaron en dicha investigación con enfoque cuantitativo; fue un estudio que se realizó desde una perspectiva de trayectoria basada en el trabajo de Clipp, Elder, George y Pieper en 1997 y la Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad de Mishel en 1988 y su reconceptualización de 1990.

El escenario de este estudio fue la clínica de urología del Sistema de Salud de la Universidad de Duke. Doce hombres fueron entrevistados en sus hogares al inicio del estudio, por teléfono a los 6, 12 y 18 meses y luego en sus hogares a los 24 meses. Los 12 hombres eran 75% caucásicos, 17% afroamericanos y 8% asiático americanos. Tenían una edad promedio de 59,3 años y reportaron 16 años de escolaridad. La mayoría (83%) estaba casada o vivía en pareja; 17% estaban divorciados.

Como resultado, se encontró que; los niveles de incertidumbre de la enfermedad de referencia, medidos con la Escala de Incertidumbre en la Enfermedad de Mishel (MUIS), oscilaron entre 39 y 112 con una puntuación media de 66, lo que indica una incertidumbre moderada. Se presentarán gráficos de puntajes promedio de sujetos individuales utilizando un enfoque "tipológico" o "patrón de salud" y presentaremos trayectorias de cambio individuales y grupales (Bailey *et al.*, 2004).

Otra de las investigaciones, lleva por título; Beneficios de la intervención de manejo de la incertidumbre para sobrevivientes de cáncer de mama mayores afroamericanas y blancas: Resultados a 20 meses, se publicó en la Revista Internacional de Medicina Conductual, tiene como objetivo; conocer que existe un creciente cuerpo de conocimiento sobre los factores que afectan la calidad de vida de las sobrevivientes de cáncer de mama, Mujeres mayores que han sobrevivido al cáncer de mama continúan experimentando incertidumbre



sobre la enfermedad, temores sobre la recurrencia del cáncer y síntomas de los efectos secundarios del tratamiento (Arreguin *et al.*, 2016).

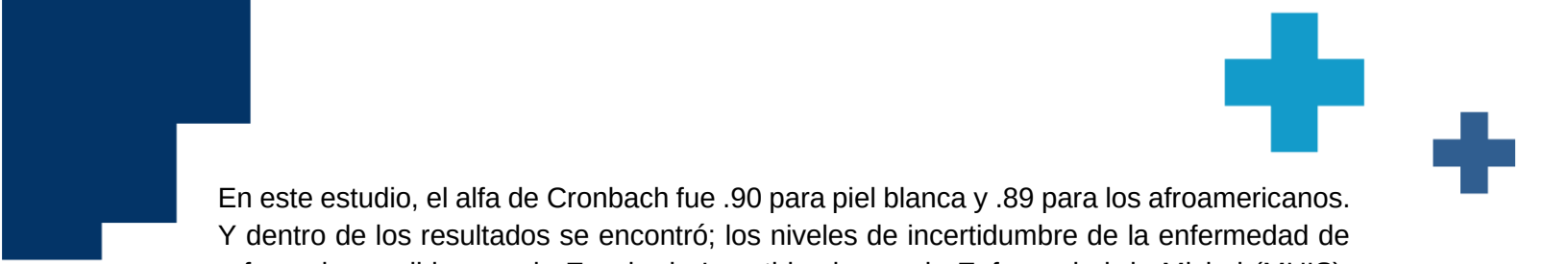
Dentro de la metodología; fue una investigación cuantitativa, con un diseño de medidas repetidas de bloques aleatorios de 2x2, este estudio evaluó la eficacia del seguimiento de la intervención de manejo de la incertidumbre a los 20 meses. La muestra incluyó a 483 mujeres libres de recurrencia (342 blancas, 141 mujeres afroamericanas; edad media = 64 años) que tenían entre 5 y 9 años después del tratamiento por cáncer de mama.

En ese sentido, las mujeres fueron asignadas aleatoriamente a la intervención y a la condición de control de atención habitual. La intervención se entregó durante 4 sesiones telefónicas semanales en las que se guio a los sobrevivientes en el uso de estrategias cognitivo-conductuales grabadas en audio y un manual de autoayuda, Se calcularon variables, pruebas t y análisis de chi-cuadrado. No hubo diferencias significativas en ninguno de las dos variables como ya se mencionó anteriormente, la muestra de seguimiento de 20 meses representó el 95% (n = 483) de las 509 mujeres que fueron la muestra reportada. La incertidumbre se definió como la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad, lo que se relaciona con el miedo a la recurrencia del cáncer. Fue medida utilizando la versión de Mishel Uncertainty in Illness Scale-Survivor (MUIS-S) de 22 ítems.

El núcleo la escala MUIS: Mishel, 1981 se ha utilizado ampliamente con pacientes de cáncer, incluidas mujeres mayores con cáncer de mama. Las correlaciones significativas con los pensamientos problemáticos y la molestia de los síntomas respaldaron la validez del constructo; Los coeficientes alfa informados en nuestro estudio anterior oscilaron entre .78 para afroamericanos mayores sobrevivientes de cáncer de mama a .84 para sobrevivientes blancas (Mishel *et al.*, 1984).

El conocimiento se midió utilizando el Cancer Survivor; escala de conocimiento, un cuestionario de verdadero/falso de 16 ítems que se puntúa sumando el número total correcto. La escala demostró consistencia interna (KR20) de .58 con sobrevivientes blancos y .58 con sobrevivientes afroamericanos. Las consistencias internas relativamente bajas han sido consistentes a través de los estudios y se atribuyen a la amplia muestra de dominios de conocimiento relacionados con ella vivir con los efectos secundarios y los temores del tratamiento a largo plazo de recurrencia.

La satisfacción con el apoyo social se midió mediante la subescala de satisfacción de 6 ítems del breve formulario del Cuestionario de Apoyo Social. Esta contenía 12 ítems que median el número de apoyos en áreas específicas (6 elementos), y el grado de satisfacción con los disponibles apoyos en cada área (6 ítems) de la red del individuo. Se han reportado altas correlaciones entre las formas corta y larga del instrumento, apoyando validez de constructo (Mishel & Sorenson, 1991).



En este estudio, el alfa de Cronbach fue .90 para piel blanca y .89 para los afroamericanos. Y dentro de los resultados se encontró; los niveles de incertidumbre de la enfermedad de referencia, medidos con la Escala de Incertidumbre en la Enfermedad de Mishel (MUIS), oscilando entre 39 y 112 con una puntuación media de 66, lo que indica una incertidumbre moderada. Se presentarán gráficos de puntajes promedio de sujetos individuales utilizando un enfoque "tipológico" o "patrón de salud" y presentaremos trayectorias de cambio individual y grupal.

El MANOVA para las variables de manejo de la incertidumbre (incertidumbre, re encuadre cognitivo, resolución de problemas, conocimiento del cáncer, apoyo social, comunicación paciente-proveedor) reveló diferencias significativas con el tiempo para los grupos de intervención (λ de Wilks $F[12, 468] = 3.84, p = .0003$). Los análisis de seguimiento revelaron que hubo un tiempo por intervención significativo interacciones grupales para la incertidumbre, reencuadre cognitivo y conocimiento del cáncer.

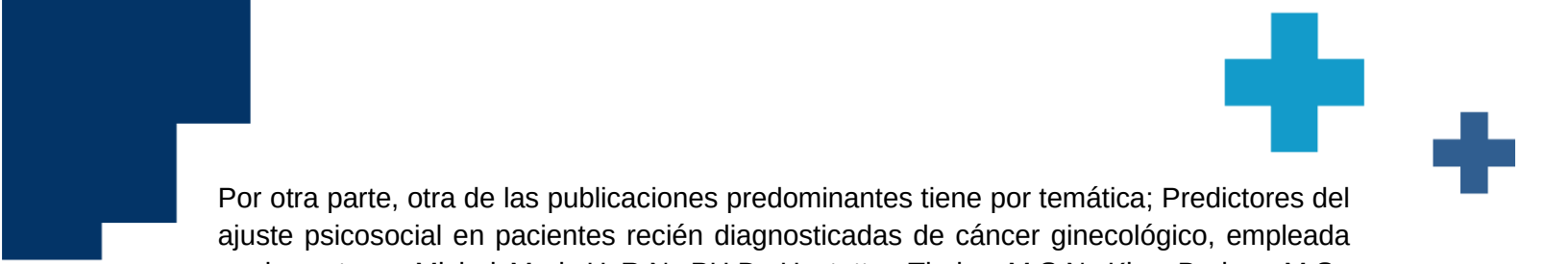
(λ de Wilks $F[2, 478] = 2.91, p = 0.05, \eta^2 = 0.012$; λ de Wilks $F[2, 478] = 3.32, p < 0.04, \eta^2 = 0.014$; λ de Wilks $F[2, 478] = 12.54, p < .0001, \eta^2 = .050$, respectivamente).

Como resultado se encontró; sin efectos significativos de tiempo por grupo de intervención para resolución de problemas, apoyo social o comunicación general entre el paciente y el proveedor.

Una más de las investigaciones, lleva por título; Intervención de la incertidumbre para la espera vigilante en el cáncer de próstata, su objetivo es; conocer y realizar la espera vigilante como alternativa razonable al tratamiento para algunos hombres mayores con cáncer de próstata localizado, pero inevitablemente genera incertidumbre, dentro de los materiales y métodos; investigación con enfoque cuantitativo, este estudio probó la efectividad de la intervención de espera vigilante (WWI) para ayudar a los hombres a replantearse cognitivamente y manejar la incertidumbre de la espera vigilante, basado en la Teoría de la Incertidumbre re conceptualizada en la enfermedad de Mishel, la Primera Guerra Mundial se probó con una muestra de conveniencia de 41 hombres. Los sujetos experimentales recibieron 5 llamadas de intervención semanales de una enfermera.

Dentro de los resultados; fueron una nueva visión de la vida, el estado de ánimo, la calidad de vida y la reformulación cognitiva. Se utilizaron medidas repetidas de análisis de varianza para probar la eficacia de la Primera Guerra Mundial. La muestra fue 86% caucásica y 14% afroamericana, con una edad promedio de 75,4 años. Los sujetos de la intervención fueron significativamente más propensos que los controles a ver sus vidas bajo una nueva luz ($P = 0.02$) y experimentar una disminución de la confusión ($P = 0.04$) después de la intervención.

Además, los sujetos de la intervención informaron una mayor mejora en su calidad de vida que los controles ($P = 0.01$) y creían que su calidad de vida en el futuro sería mejor que la de los controles ($P = 0.01$). Los hallazgos de este estudio documentan los beneficios de la Primera Guerra Mundial para los pacientes que viven con incertidumbre (Bailey *et al.*, 2007).



Por otra parte, otra de las publicaciones predominantes tiene por temática; Predictores del ajuste psicosocial en pacientes recién diagnosticadas de cáncer ginecológico, empleada por los autores; Mishel, Merle H. R.N., PH.D.; Hostetter, Thelma M.S.N.; King, Barbara M.S.; Graham, Vivian M.S, se desarrolló en agosto en el año de 1984 en University of Arizona, Tucson, Arizona, el objetivo fue identificar la influencia de la incertidumbre.

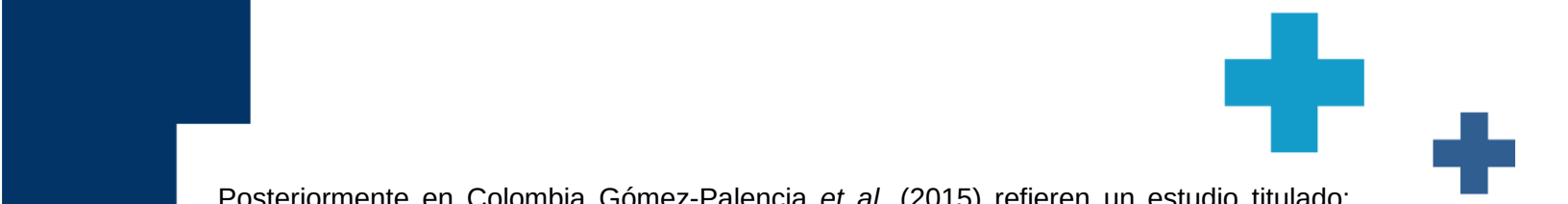
El optimismo, la gravedad de la enfermedad y el control sobre la función física sobre el ajuste psicosocial, dentro de los materiales y métodos, esta investigación es cuantitativa, su estudio está basado en 54 mujeres con cáncer ginecológico durante el período de tiempo entre recibir un diagnóstico y comenzar el tratamiento. Tres de las cuatro variables se relacionaron significativamente con el ajuste. Sólo la relación entre la gravedad de la enfermedad y el ajuste no fue significativa. Los pacientes con más incertidumbre tenían puntajes de optimismo más bajos y más problemas de ajuste.

Dentro de los resultados: Los sujetos con puntajes de optimismo más bajos tenían más dificultades de ajuste en las áreas de actitud hacia el cuidado de la salud, relaciones familiares inmediatas y extendidas, actividades de ocio y angustia psicológica. Las cuatro variables se probaron a través de análisis de regresión múltiple por su capacidad para predecir el ajuste. La incertidumbre, el optimismo y el control sobre la función física fueron variables explicativas significativas para el ajuste y representaron el 36% de la varianza (Mishel *et al.*, 1984).

De acuerdo a Martínez-Royert *et al.* (2020) en Colombia, titulado “Incertidumbre frente a la enfermedad renal crónica”, teniendo como objetivo: Reconocer las incertidumbres más comunes que presentan los pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica, los materiales y métodos utilizados es la revisión sistemática siguiendo las fases de acuerdo con lo planteado por Guerra, Muñoz y Santo y los resultados mostraron que la incertidumbre producida en las personas con ERC se debe a la presencia de uno o varios elementos o dimensiones de la teoría, tales como antecedentes de incertidumbre, el proceso de valoración y enfrentamiento de la enfermedad de la persona que la padece.

Así también otro de los artículos encontrados fue por los autores Triviño, Solano y Siles en España 2016, titulado “Aplicación del modelo de incertidumbre a la fibromialgia”, el objetivo de este estudio derivó a conocer las experiencias vividas por las mujeres diagnosticadas de fibromialgia aplicando la Teoría de la Incertidumbre propuesta por Mishel, dentro de los materiales y métodos utilizados fue derivado de la generación de información a través de entrevistas semi-estructuradas con grabación y transcripción previa al compromiso de confidencialidad y consentimiento informado.

Dentro del análisis de contenido se extrajo diferentes categorías y el resultado obtenido fue que las pacientes del estudio perciben un elevado nivel de incertidumbre vinculado a la dificultad para hacer frente a los síntomas, incertidumbre ante el diagnóstico y la complejidad del tratamiento. Por otra parte, la capacidad de afrontamiento de la enfermedad se verá influida por el apoyo social, la relación con los profesionales de la salud y la búsqueda de ayuda e información acudiendo a las asociaciones de pacientes (Triviño *et al.*, 2016).



Posteriormente en Colombia Gómez-Palencia *et al.* (2015) refieren un estudio titulado; “Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel”, teniendo como objetivo describir el nivel de incertidumbre de adultos con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en instituciones prestadoras de servicios de salud.

Este es un estudio descriptivo a partir de una muestra de 163 pacientes que tuvieran como mínimo dos meses de haber sido diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. El instrumento utilizado fue la escala de la Incertidumbre ante la enfermedad de Mishel y para el análisis de los datos fue utilizado el paquete estadístico SPSS versión 20.0. y el resultado obtenido fue del total de participantes 76,1% mostraron un nivel de incertidumbre regular. El fenómeno de la incertidumbre está más relacionado con la incapacidad para identificar si ha mejorado o no (86,5%), de predecir o explicar la causa de un malestar físico (76,7%) o predecir el cambio de los síntomas (60,1%).

En otro sentido en España, Ruydiaz & Fernández (2015) mencionan un artículo titulado; “Incertidumbre y apoyo social en gestantes con trastornos hipertensivos”. Teniendo como objetivo analizar las características de la gestante con trastornos hipertensivos, en relación con los conceptos de incertidumbre y apoyo social.

Lo anterior con el fin de proponer un cuidado que resalte las situaciones o vivencias negativas de la gestación para reestructurar el cuidado ofrecido por el profesional de enfermería, en el proceso de gestación de una madre, actúa como un guía para el desarrollo óptimo del embarazo, dimensionando el cuidado brindado desde perspectivas diferentes ante la gestante, sus complicaciones y la atención de su familia. Solo hablar del embarazo genera en la mujer múltiples transformaciones que la llevan a presentar momentos de incertidumbre que alteran su estado emocional, su aceptación de cambios, entre otras complicaciones agregadas.



5. Grado de generalización y parsimonia de la teoría

La teoría de la incertidumbre ante la enfermedad es de carácter amplio y en general, esta puede aplicarse tanto a los mismos enfermos, familiares o cuidadores y personal de salud como; médicos, enfermeras (os), etc. Esta teoría ha sido utilizada por el personal de salud para tratar a individuos con enfermedades terminales y crónico-degenerativas.

6. Capacidad de prueba de la teoría

¿Qué instrumentos, se utilizan con mayor relevancia en los indicadores empíricos?

La teoría de la incertidumbre provocada por la enfermedad es una herramienta o guía para el profesional de enfermería para que estas evalúen inadecuadamente una situación estresante; para realizar un plan de cuidados enfocados a eliminar esta situación y posteriormente lograr que la persona o familiar afronten y se adapten a la enfermedad.

Es por ello que Mishel desarrolló la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad, la cual aplica en las fases pre diagnóstico, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad. Junto con su teoría elaboró la Escala de Incertidumbre frente a la enfermedad, MUIS-A por su sigla en inglés (Mishel Uncertainty of Illness Scale), para medir incertidumbre en situaciones específicas de enfermedad, con cuatro factores fundamentales: ambigüedad, complejidad, inconsistencia o deficiencia de información e imprevisibilidad.

Ha demostrado ser un instrumento fiable y válido para la medición de la incertidumbre en diferentes poblaciones de pacientes. Está diseñada para ser aplicada después de la fase diagnóstica de una enfermedad, por lo que ha sido utilizada ampliamente en investigaciones de pacientes con enfermedades crónicas y ha permitido evaluar intervenciones que han conseguido reducir la incertidumbre (Díaz *et al.*, 2019).

Referencias Bibliográficas

- Arreguin Sánchez, L., Morales Rodríguez, M. C., Bonilla Luis, M. de la L., Soriano y Sotomayor, M. M., Tlalpan Hernández, R. M. T. & Pérez Badillo, V. (2016). INCERTIDUMBRE Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES Y HOMBRES AFECTADOS POR CÁNCER. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 1(2), 77–83. DOI. <https://doi.org/10.22235/ech.v1i2.829>
- Bailey, D. E., Mishel, M. H., Belyea, M., Stewart, J. L. & Mohler, J. (2004). Uncertainty intervention for watchful waiting in prostate cancer. *Cancer Nursing*, 27(5), 339-346. DOI: <https://doi.org/10.1097/00002820-200409000-00001>
- Bailey, D., Adala., D., Clipp, E., Folsom, L., Lutgendorf, S., Polascik, T. & Roberson, C. (2007). PSYCHOSOCIAL TRAJECTORIES OF MEN MONITORING PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN LEVELS FOLLOWING TREATMENT FOR PROSTATE CANCER, *Oncology Nursing Forum*, 34 (1), 186-187. <https://web.s.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=0190535X&AN=83243882&h=0co%2fG8kzC4eO6DdB1X9LBoRp3L1HEZ7C0y0v64tKPMuEiG%2fb4HEz2WhCVxFb6yuBYNMfpJ8q7un3G57M%2faRIIA%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrINotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d0190535X%26AN%3d83243882>
- Díaz Moreno, L. Y., Duran de Villalobos, M. M. & López Silva, N. (2019). Adaptación y validación de la escala de Mishel de incertidumbre frente a la enfermedad en procedimientos diagnósticos. *Ciencia y enfermería*, 25. DOI. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532019000100201>
- Gómez-Palencia., I.P., Castillo-Ávila., I.Y. & Alvis-Estrada., L.R. (2015). Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. *Aquichan*, 15(2), 210-218. DOI. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.2.5>
- Martínez, Á. M., Ruiz, M. & González, J. M. S. (2016). Aplicación del modelo de incertidumbre a la fibromialgia. *Atención Primaria*, 48(4), 119-225. DOI. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.04.007>
- Martínez-Royert, J., Orostegui Santander, M.A., Forero Ocampo, M.C., Martínez, A.C., Pertuz Mendoza, N.I. & Pérez Benítez, A.P. (2020). Incertidumbre frente a la enfermedad renal crónica. *Revista Salud Uninorte*, 36(2), 489-505. DOI. <https://doi.org/10.14482/sun.36.2.616.6>
- Mejía Rojas, M. E. (2012). Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Colombia]. UNAL. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/20864>
- Mishel, M. H., Hostetter, T., King, B. & Graham, V. (1984). Predictors of psychosocial adjustment in patients newly diagnosed with gynecological cancer. *Cancer Nursing*, 7(4), 291-300. https://journals.lww.com/cancernursingonline/abstract/1984/08000/predictors_of_psychosocial_adjustment_in_patients.3.aspx

- 
- 
- Mishel, M.H. & Sorenson, D.S. (1991). Uncertainty in Gynecological Cancer: A Test of the Mediating Functions of Mastery and Coping. *Nursing Research*, 40(3), 167-171. https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1991/05000/Uncertainty_in_Gynecological_Cancer_A_Test_of_the.10.aspx
- Raile Alligood, M. & Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (Séptima edición). Barcelona, España: EdiDe, S.L. [Libro en Físico].
- Ruydiaz Gómez, K. S. & Fernández Aragón, S. P. (2015). Incertidumbre y apoyo social en gestantes con trastornos hipertensivos. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 67-70. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962015000100015
- Trejo Martínez, F. (2012). Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(1), 34-38. DOI. <https://doi.org/10.51422/ren.v11i1.120>
- Triviño Martínez, A., Solano Ruiz, C. & Siles González., J. (2016). Aplicación del modelo de incertidumbre a la fibromialgia. *Atención primaria*, 48(94), 219-225. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5401042>

Análisis de teoría del Rol Materno de Ramona Mercer



4

10.58299/utp.246.c792

Lic. Enf. Emma Consuelo Armenta Lindoro
Lic. Enf. David Christopher Angulo Ramírez
Dra. Miriam Gaxiola Flores



Resumen

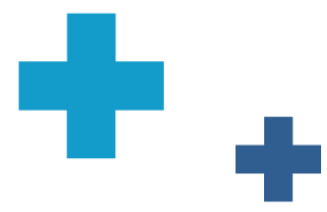
El presente capítulo permitirá centrar una dimensión que representa un modelo de cuidado, es por ello que se propone la adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer aplicada al binomio madre e hijo, orientada en la búsqueda de nuevos espacios en la práctica pre-profesional rompiendo paradigmas en cuanto al cuidado enfermero, llegando a convertirse en el pilar de la labor de enfermería, ofreciendo al estudiante la oportunidad de validar y confrontar en la práctica desde cualquiera de los campos de acción seleccionados aplicando el método científico en enfermería. Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol, llevando un relativismo y disminuyendo el etnocentrismo durante el cuidado, con ética profesional.

Palabras clave: Rol; Maternidad; Cuidado; Enfermería.

Abstract

This chapter will allow us to focus on a dimension that represents a model of care, which is why we propose the adoption of the maternal role of the theorist Ramona Mercer applied to the mother and child binomial, oriented towards the search for new spaces in pre-professional practice, breaking paradigms in terms of nursing care, becoming the pillar of nursing work, offering the student the opportunity to validate and confront in practice from any of the selected fields of action by applying the scientific method in nursing. Ramona Mercer with her theory Adoption of the Maternal Role, proposes the need for nursing professionals to take into account the family environment, school, work, church and other community entities as important elements in the adoption of this role, carrying relativism and reducing ethnocentrism during care, with professional ethics.

Keywords: Role; Maternity; Careful; Nursing.



Introducción

Ramona Mercer inicio su carrera en 1950 cuando se graduó de la escuela de Enfermería en Montgomery Alabama. Fue instructora en pediatría, obstetricia y enfermedades contagiosas. Se licenció en enfermería en 1962 por la Universidad de Nuevo México, Albuquerque.

En 1964 realizó la licenciatura superior en enfermería materno infantil en la Universidad de Emory. En 1973 finalizó su doctorado en enfermería maternal en la Universidad de Pittsburgh. Después del doctorado en 1973 se fue a California y acepto el cargo de profesora, asistente del departamento de Enfermería del cuidado de la salud familiar en la Universidad de California. En 1977 ascendió a profesora asociada, en la escuela de enfermería de San Francisco de la Universidad de California. En 1983 acepto el cargo de profesora titular hasta que se jubiló en 1987.

Su primer libro, Nursing Care for Parents at Risk en 1977, recibió el premio al libro del año American Journal of Nursing en 1978. Su estudio sobre madres adolescentes durante el primer año de maternidad dio como resultado el libro Perspectives on Adolescent Health Care 1979, que también recibió el American Journal of Nursing Book of the Year Award en 1980. Las investigaciones anteriores hicieron que Mercer se interesara por el estudio de las relaciones familiares, el estrés preparto en las relaciones familiares y el rol materno y las madres de diferentes edades.

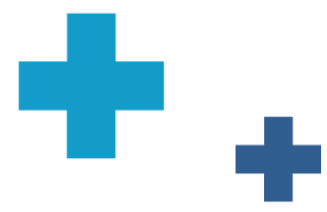
En 1986, el trabajo de Mercer sobre madres de varias edades se recopiló en un tercer libro, First Time Motherhood: Experiences From Teens to Forties 1986. El quinto libro de Mercer, Parents at Risk, publicado en 1990, volvió a recibir el premio al libro del año de la American Journal of Nursing.

Por otra parte, la obra se centra en las estrategias que facilitan las primeras interacciones entre los padres y el hijo promoviendo la educación de los padres en relación con las situaciones de riesgo específicas. El sexto libro de Mercer, Becoming a Mother: Research on Maternal Identity From Rubin to the Present, fue publicado por la Springer Publishing Company de Nueva York en 1995. Este libro contiene una descripción más completa de la teoría de la adopción del rol materno de Mercer y su marco para estudiar variables que afectan a este rol. Desde la primera publicación de 1968, Mercer ha publicado numerosos artículos para revistas e enfermería.

Así mismo ha publicado varios cursos online en Nurseweek durante la década de 1990 y principios de la década de 2000, que incluyen «Sexualidad y fecundidad de adolescentes», «Transición a la maternidad» y «Ayudar a los padres cuando se produce lo inesperado». Actualmente es profesora de salud Familiar en la Universidad de California San Francisco. Escribe, imparte conferencia y atiende consultas. Es miembro de varias organizaciones profesionales, miembro activo de comisiones internacionales.



En 1983 y 1990 fue editora asociada al cuidado de salud internacional de mujeres, así también en 2005, fue reconocida como una de las alumnas y profesores más sobresalientes y su nombre aparece en la pared de la fama de la universidad de california, en San Francisco.



1. Orígenes de la teoría

Inicia sus primeros trabajos con las necesidades de las madres que amamantan a sus hijos, madres adolescentes, madres posparto y madres con hijos, madres con niños con defectos

Ramona Mercer constituye su teoría a partir de una amplia exploración científica cimentada en la admiración de Reva Rubin, quien se conoce por su inquietud investigativa en la identidad del rol materno, teoría del rol y desarrollo. Basándose en la teoría de apego que tiene origen en la psicología. Adaptación materna en el puerperio, apoyo al embarazo, incluyendo el nacimiento, experiencias, factores que influyen en la transición como familia, pareja, amigos, influencias culturales, creencias, etcétera.

En primer lugar, la Teoría de Turner: sobre el yo central, concepto basado del yo basado en la comparación con otras personas, relevante para la interacción social y el concepto desarrollado de identidad social.

En segundo lugar, Procesos de adquisición del rol de Thornton y Nardi: el proceso de adquisición de roles, hace referencia a 4 momentos que se presentan en la adopción del rol. Anticipada (antes del parto), formal (experiencias personales en el momento del afrontamiento del rol), informal (momento en que la madre afronta el rol y empieza su pensamiento psicológico), personal (en el momento que afronta sentimientos del rol).

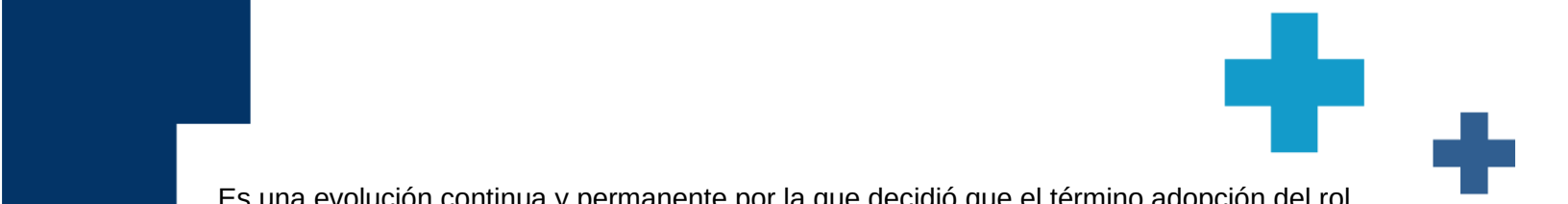
Seguidamente, Teoría de von Bertalanffy: proporciona un marco teórico y práctico a las ciencias naturales y sociales, influye en la psicología y comunicación humana.

En continuidad con la Teoría de Mead: el yo, fuente importante de innovación en el proceso social, creía que es en el yo donde se encuentran nuestros valores.

Así pues, Mercer señala la conexión entre la posibilidad de llevar a cabo exitosamente el proceso de convertirse en madre y el apego, “adquirir la competencia del rol materno” se relaciona con la capacidad de interactuar y formar lazos de unión con los hijos.

La teoría y modelo original de la adopción del rol materno, se presentó en 1991 durante un simposio en la international research conference). (Congreso internacional de investigación). Este modelo se perfeccionó en 1995 en *Becoming a mother*. La revisión más reciente de la teoría fue en 2004, se centró en la transición de la mujer al convertirse en madre (Mercer, 2015).

La maternidad implica un profundo cambio en la vida de la mujer que exige un desarrollo continuado. Según Mercer, convertirse en madre es bastante más que asumir un rol.



Es una evolución continua y permanente por la que decidió que el término adopción del rol debería retirarse, basándose en la investigación de Walker, Koniak, McBride, que habían examinado el proceso de maternidad y planteado cuestiones sobre la idoneidad de la adopción del rol materno como punto final del proceso. Así que Mercer (2015) reconoce los nuevos desafíos en la maternidad y propone sustituir el término de adopción de rol materno por convertirse en madre.

La adopción del rol materno se sitúa en los círculos concéntricos de Brofenbrenner del microsistema, el mesosistema y macrosistema, el modelo original propuesto por Mercer se modificó en 2000, cambiando el termino exosistema que aparecía por el término mesosistema, Mercer explicó que este cambio que hace es para que el modelo sea más coherente con la terminología.

Microsistema; es el entorno donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores como el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Es la parte más influyente en la adopción del rol materno, para 1995, Mercer destaca la importancia del padre en la adopción del rol, ya que ayuda a difuminar la tensión en la dualidad madre-niño.

Mesosistema; agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que le ocurra al rol materno en desarrollo y al niño. Este incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad inmediata.

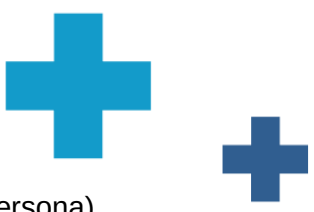
Macrosistema; hace referencia a los prototipos generales que existen en una cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida, incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros sistemas, leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal están dentro del macrosistema.

El objetivo de la teoría es proporcionar el vínculo madre-hijo que afecta a la salud y el desarrollo de las personas y las familias a lo largo de la vida.

Los principales supuestos para la adopción del rol maternal, establece:

Un núcleo propio, establece determina como una madre define y percibe los sucesos, las percepciones de las respuestas del niño y de los demás con respecto a su maternidad, en su situación vital.

Además de la socialización de la madre, su nivel de desarrollo y sus características innatas de personalidad también influyen las respuestas de conducta. El compañero del rol de la madre, su hijo, reflejará la competencia de la madre con respecto a su rol por medio del crecimiento y el desarrollo. El niño está considerado como un compañero activo en el proceso de adopción del rol maternal, ya que influye en este rol y se ve afectado por el.



Utiliza conceptos globales (metaparadigma) como ella percibe al ser humano (persona), no da una definición como tal, pero se entiende como alguien que se ve a sí mismo como un individuo y se separa de otros. La madre como persona se considera una entidad independiente, pero en interacción con el niño, el padre u otra persona significativa.

Enfermería; es una profesión dinámica, fomenta la salud, previene la enfermedad, proporciona cuidados a quienes necesitan asistencia profesional para conseguir su nivel óptimo de salud y funcionamiento e investigar para mejorar las bases del conocimiento para proporcionar un cuidado enfermero.

Salud; lo define como el trasfondo de la salud de la madre y el padre en relación con los futuros hijos que puedan tener.

Entorno; la cultura del individuo, la pareja, la familia o red de apoyo y la forma como dicha red se relaciona con la adopción del papel maternal. El amor, el apoyo y la contribución por parte del cónyuge, los familiares y los amigos son factores para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre.

Mercer cree que las enfermeras pueden desempeñar un papel vital en la promoción de la salud de las familias y los niños. Que las enfermeras son las profesionales de la salud que mantienen una interacción más sostenida e intensa con las mujeres en la maternidad. Son las enfermeras deberán promover el crecimiento y bienestar de los demás, educan familias y enseñan a las familias.

2. Significado de la teoría

La teoría de Mercer sobre la consecución del rol maternal de rango medio se basa en convertirse en madre a lo largo de la vida de una mujer para desarrollar una fuerte identidad maternal

Su idea principal con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal, se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna (Raile & Marriner, 2011).

El interés de la teoría de Mercer va más allá del concepto de "madre tradicional", abarcando factores como: edad, estado de salud, función de la familia, relación padre-madre y características del lactante, igualmente es importante resaltar el amor y apoyo de la pareja como factores predisponentes para hacer posible un cuidado integral del binomio madre-hijo. El cuidado materno perinatal, es uno de los ámbitos de la profesión de enfermería, en donde éste ejerce un rol fundamental desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la vida del proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y estratificación hacia la vida extrauterina de su neonato.

Actualmente la atención binomio madre - hijo sigue modelos biomédicos, la aplicación de la teoría de Ramona Mercer a la práctica se fundamenta en la adquisición de la diada como parte del que hacer propio de enfermería.

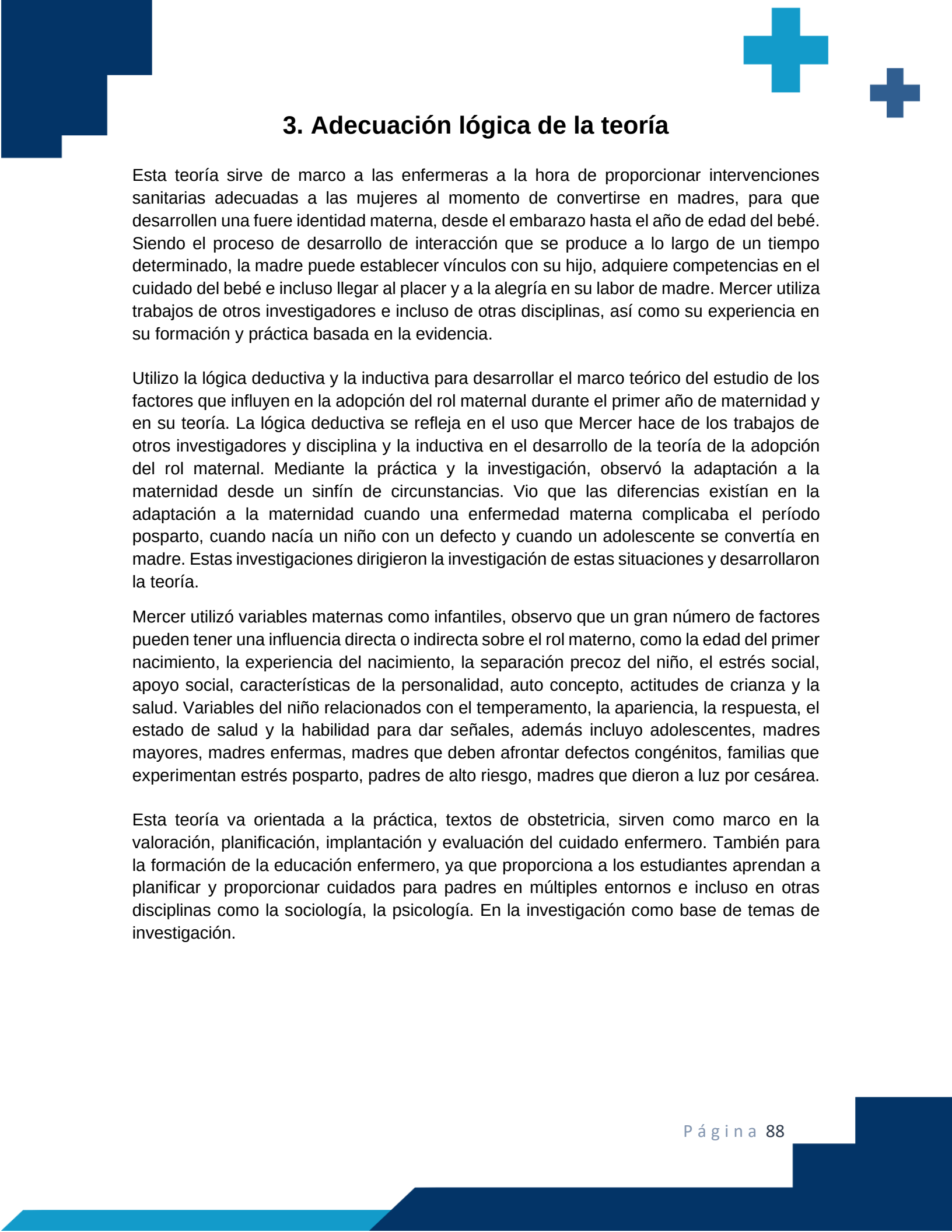
Sus conceptos es la adopción del rol materno; proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas del cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol, como:

- Identidad materna; tener una visión interiorizada de sí misma como madre.
- Percepción de la experiencia del nacimiento; la percepción de la mujer durante el parto y el nacimiento.
- Autoestima; percepción del individuo de como los otros los ven y la auto aceptación de estas percepciones.
- Auto concepto; la percepción en general del yo que incluye la auto satisfacción, la auto aceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre la identidad y la identidad ideal.

- Flexibilidad; los roles no están fijos; por tanto, carece de importancia que persona se encarga de realizar los distintos roles. La flexibilidad de las actitudes de crianza aumenta a medida que crece el desarrollo. Las madres mayores poseen el potencial para responder de modo menos rígido en respecto a sus hijos y para considerar cada situación según las circunstancias.
- Actitudes respecto a la crianza; actitudes y creencias maternas sobre la crianza.
- Estado de salud; percepciones de la madre y del padre acerca de su salud anterior, actual y futura, la resistencia-susceptibilidad a la enfermedad; la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad, y el rechazo del papel de enfermo.
- Ansiedad; una característica de la persona propensa a percibir las situaciones estresantes como peligrosas o amenazantes y como un estado específico a la situación.
- Depresión; consiste en padecer una serie de síntomas depresivos y, en particular el componente afectivo del estado depresivo.
- Tensión debida al rol; el conflicto y la dificultada que una mujer siente cuando debe afrontar la obligación del rol maternal.
- Gratificación; satisfacción; la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad.
- Unión; un elemento del rol parental y de la identidad, la unión se contempla como un proceso en el cual se crea un vínculo afectivo y emocional con un individuo.
- Temperamento del niño; hay dos temperamentos fáciles y los temperamentos difíciles, estos últimos se relacionan con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre difíciles de interpretar, lo que se crea sentimientos de incompetencia y frustración.
- Estado de salud del niño; enfermedades que pueden comportar la separación de la madre y del niño y que interfieren en el proceso de unión.

Características del niño; temperamento, apariencia y estado de salud.

- Señales de los lactantes; son conductas que provocan una respuesta de la madre.
- Familia; sistema dinámico que incluye subsistemas; individuos (madre, padre, feto/niño y padre-feto/niño) dentro del sistema general de la familia.
- Funcionamiento de la familia; la visión individual de las actividades y relaciones entre la familia y sus subsistemas y las unidades sociales más amplias.
- Padre/compañero; contribuye al proceso de adopción del rol maternal como no puede hacerlo ninguna otra persona. Las interacciones del padre ayudan a diluir la tensión y facilitan la adopción del rol maternal.
- Estrés; sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo y variables ambientales.
- Apoyo social; es la cantidad de ayuda que recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas que la proporcionan.
- Relación madre-padre; percepción de la relación de pareja que incluye los valores, los objetivos y los acuerdos deseados y reales entre los dos. La vinculación maternal con el niño se desarrolla dentro del campo emocional de la relación de pareja.



3. Adecuación lógica de la teoría

Esta teoría sirve de marco a las enfermeras a la hora de proporcionar intervenciones sanitarias adecuadas a las mujeres al momento de convertirse en madres, para que desarrollen una fuerte identidad materna, desde el embarazo hasta el año de edad del bebé. Siendo el proceso de desarrollo de interacción que se produce a lo largo de un tiempo determinado, la madre puede establecer vínculos con su hijo, adquiere competencias en el cuidado del bebé e incluso llegar al placer y a la alegría en su labor de madre. Mercer utiliza trabajos de otros investigadores e incluso de otras disciplinas, así como su experiencia en su formación y práctica basada en la evidencia.

Utilizo la lógica deductiva y la inductiva para desarrollar el marco teórico del estudio de los factores que influyen en la adopción del rol maternal durante el primer año de maternidad y en su teoría. La lógica deductiva se refleja en el uso que Mercer hace de los trabajos de otros investigadores y disciplina y la inductiva en el desarrollo de la teoría de la adopción del rol maternal. Mediante la práctica y la investigación, observó la adaptación a la maternidad desde un sinfín de circunstancias. Vio que las diferencias existían en la adaptación a la maternidad cuando una enfermedad materna complicaba el período posparto, cuando nacía un niño con un defecto y cuando un adolescente se convertía en madre. Estas investigaciones dirigieron la investigación de estas situaciones y desarrollaron la teoría.

Mercer utilizó variables maternas como infantiles, observo que un gran número de factores pueden tener una influencia directa o indirecta sobre el rol materno, como la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, la separación precoz del niño, el estrés social, apoyo social, características de la personalidad, auto concepto, actitudes de crianza y la salud. Variables del niño relacionados con el temperamento, la apariencia, la respuesta, el estado de salud y la habilidad para dar señales, además incluyo adolescentes, madres mayores, madres enfermas, madres que deben afrontar defectos congénitos, familias que experimentan estrés posparto, padres de alto riesgo, madres que dieron a luz por cesárea.

Esta teoría va orientada a la práctica, textos de obstetricia, sirven como marco en la valoración, planificación, implantación y evaluación del cuidado enfermero. También para la formación de la educación enfermero, ya que proporciona a los estudiantes aprendan a planificar y proporcionar cuidados para padres en múltiples entornos e incluso en otras disciplinas como la sociología, la psicología. En la investigación como base de temas de investigación.



4. Utilidad de la teoría

De acuerdo esta teoría del rol materno de rango medio que tiene su aplicación en el cuidado de enfermería para la adopción del rol materno desde la gestación hasta el primer año de vida del niño, esta tiene gran utilidad en la práctica profesional ya que la enfermera debe promover la adopción del rol materno en el control prenatal, incluyendo al padre y no solo a la madre, es como esta teoría permite un cuidado holístico, desde la gestación, parto y puerperio. Esta teoría es utilizadas y aplicada en distintos países, de ahí radica su utilidad y su importancia.

Esta teoría se encuentra en libros de obstetricia donde el personal de enfermería se orienta hacia la práctica profesional y esta contribuye a fortalecer el auto estima y auto concepto de los padres, la relación padre-madre y promover la flexibilidad en los roles. Así como liderar acciones en la atención del parto, promoviendo la vinculación del neonato con la madre y el padre.

Por ello es una propuesta para servir como marco para la valoración, la planificación, la implantación y la evaluación del cuidado enfermero de las nuevas madres y sus hijos. Es útil para las enfermeras que trabajan en maternidades, en los ámbitos pediátricos, ya que relacionó los descubrimientos de las investigaciones con la práctica enfermera en cada intervalo de tiempo desde el nacimiento a lo largo del primer año.

Por otra parte, también es utilizada para organizar el cuidado del paciente. También es útil para la práctica clínica, también para verificar un plan de estudios de educación paterna para mujeres que consumían sustancias nocivas, en instalaciones de tratamiento residencial, también para examinar el impacto de la hiperémesis gravídica en el supuesto rol materno.

Es útil porque en la actualidad siguen apareciendo conceptos utilizados por Mercer en textos de enfermería maternal e infantil, esta teoría ayuda a simplificar un proceso muy complejo, hace que la educación enfermero sea muy valiosa ya que proporciona a los estudiantes aprender a planificar y a proporcionar cuidados para padres en diferentes entornos. También se útil para estudiantes de psicología, sociología y educación.

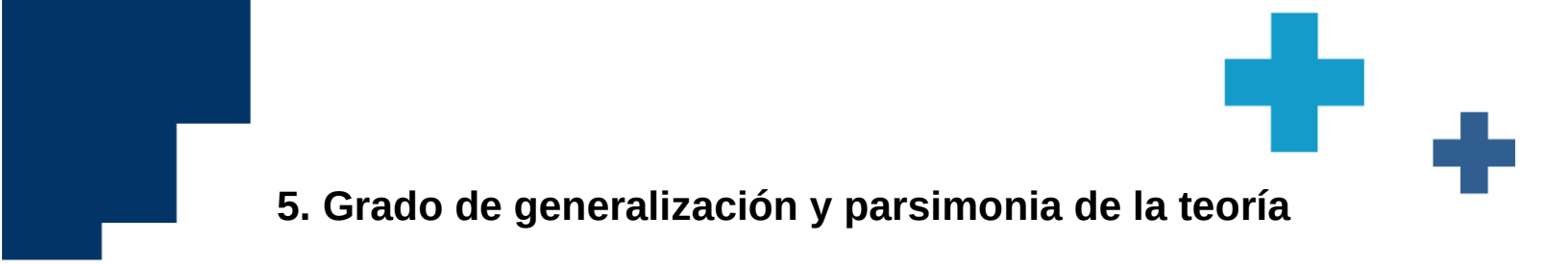
En la investigación se es factible porque colabora en tesis y tesinas, colaboro con estudiantes de enfermería y un profesor en el desarrollo de una instrumento fiable y valioso para medir actitudes de las madres acerca de la experiencia del embarazo y el parto. Así como numerosos investigadores han solicitado permiso para su utilización del instrumento. Esta teoría también se ha utilizado para investigaciones de tesis doctoral como en Texas, Washington, Miami, entre otras. En la actualidad esta teoría es sólida, porque se basa en el estudio que han buscado las enfermeras investigadoras en buscar análisis de experiencias de madres primerizas (Mercer, 2006).



Esta teoría es útil para trabajar y estudiar a los miembros de la familia después del nacimiento del hijo, tiene una gama de aplicaciones en estudios que incluyen varios niveles de desarrollo y contextos situacionales.

La generalidad se deriva y es específica en la enfermería en la relación entre los padres y el hijo. La teoría puede generalizarse para todas las mujeres embarazadas hasta el primer año después del nacimiento, independientemente de la edad, del número de hijos o del entorno, e incluso de pacientes de alto riesgo y a sus familiar y gran variedad en ambientes pediátricos.

La comprobabilidad de la teoría del rol materno ha sido demostrada en lo práctico y valioso que es para las enfermeras, ya que repercute en las investigaciones, en la práctica y en su formación. El marco teórico de esta puede aplicarse en cualquier disciplina que funcione con madres y niños en el primer año de maternidad.



5. Grado de generalización y parsimonia de la teoría

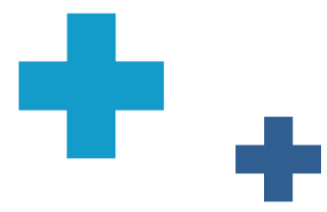
Esta teoría es sencilla, breve, se puede hacer generalizaciones desde las mujeres embarazadas hasta el primer año de nacimiento, independientemente de la edad, número de hijos o del entorno. Esta teoría es aplicable a los pacientes de alto riesgo y sus familias, puede aplicarse en ambientes pediátricos. Para estudiar y trabajar con los miembros de la familia después del nacimiento, para ampliar la gama de aplicación de teorías anteriores sobre la adopción del rol materno. También es generaliza y es específica en la enfermería de la relación entre los padres y el hijo, otras disciplinas preocupadas por la maternidad y paternidad.

Estudios por Ramona T. Mercer en artículos como el apoyo de enfermería al proceso de ser madre (Nursingsupport of theprocess of becoming a mother), donde analiza las etapas del proceso de convertirse en madre y las variables que influyen en él. Como la interacción de la madre con la familia y los amigos, la comunidad y el entorno social, como base para proporcionar cuidados que faciliten este proceso.

El proceso de convertirse en madre exige un gran esfuerzo psicológico, social y físico. La mujer experimenta una mayor vulnerabilidad y se enfrenta a enormes retos en esta transición. Las enfermeras tienen la extraordinaria oportunidad de ayudar a las mujeres a prender, ganar confianza y experimentar el crecimiento a medida que asumen la identidad materna. El propósito de este artículo es ofrecer una visión general del proceso de convertirse en madre y de las variables que intervienen en él, así como destacar el papel de la enfermera en la facilitación del proceso (Mite & Pardo, 2019).

El rol de Ramona Mercer hablando sobre el grado generalizado solo hasta el punto donde puede aplicarse, cuanto más extensa la teoría más generalizable se convierte, es decir que puede ser abordada en cuanto a la teoría porque toma el entorno familiar, escolar, trabajo, la iglesia entre otras entidades que hay en la comunidad como elementos muy importantes, claramente que hay un proceso evolutivo en donde la madre involucra una transformación dinámica ya que el rol maternal es la comparación persona-mujer, donde naturalmente hablando se va sintiendo vinculada a su niño y claramente la persona se va creyendo que es un competencia en realizar de todos los cuidados pero es gratificada experimentando el placer de una sensación de armonía, intimidad y competencia obteniendo le punto final que nos lleva a la identidad materna.

La teoría puede ser completa en su explicación del fenómeno en cuestión ya que muchas teorías matemáticas son parsimoniosas porque ofrecen una explicación ya que en las teorías de ciencias sociales es rara la vez que son parsimoniosas porque ellas tratan con fenómenos que no pueden explicar la expresión del ser matemáticamente es decir para el ser humano con escolaridad resulta fácil cualquier lenguaje comprensible.



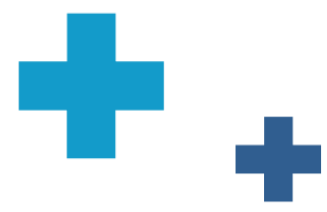
6. Capacidad de prueba de la teoría

Todas las madres pueden ser evaluadas para saber en qué grado del modelo de adaptación del rol materno se encuentran, así como una evaluación de las características de la madre y el bebé con el fin de desarrollar un plan individualizado para ayudar a promover la competencia materna, esta teoría tiene la capacidad de predecir el comportamiento y guiar la práctica en situaciones de la vida real.

Mercer selecciono variantes maternas como infantiles, en los factores maternos en la investigación incluía la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, el estrés social, la separación precoz del niño, las características de la personalidad, las actitudes de crianza y salud y el auto concepto. Incluyo las variantes del niño relacionadas con el temperamento, la apariencia, la respuesta, el estado de salud y la habilidad para dar señales, también se observó la importancia del rol paterno.

Como paso más reciente, comparo hallazgos y la base para su teoría original con la investigación actual. En el 2004, propuso que el término *adopción del rol maternal* sea *sustituido por convertirse en madre* (Mercer, 2004).

Una revisión sistemática, en el año 2004, *BecomingMother Versus Maternal rol attainment* (ser madre frente a cumplir el papel del rol materno, donde la autora Ramona T. Mercer, el propósito de este artículo es presentar evidencia el término logro materno (MRA, por sus siglas en inglés), por convertirse en madre (BMA, por sus siglas en inglés), donde hizo una revisión de la síntesis de la investigación actual sobre la transición a la maternidad, donde concluye que una mujer establece su identidad materna cuando se convierte en madre a través de su compromiso e implicación en la definición de su nuevo yo. La identidad materna sigue evolucionando a medida que la madre adquiere habilidades para recuperar la confianza en sí misma a medida que surgen nuevos retos. Así la BMA abarca con mayor precisión la transformación dinámica y la evolución de la persona de una mujer que MRA, Y el término MRA debe ser discontinuado (Vargas & Pardo, 2020).



Referencias Bibliográficas

- Mercer, R.T. (2015). Becoming a mother Versus maternal rol attainment, *Journal of nursing scholarship*, 36 (3), 226-232.DOI. <https://10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Mercer, R. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35(5), 649-651. DOI. <https://10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x>
- Mite Cárdenas, G.V & Pardo Torres, M.P. (2019). Vínculo Afectivo Madres - Hijos Neonatos a Término según Edad y paridad: Una Comparación. *Investigatio*, (12).
<https://revistas.uees.edu.ec/index.php/IRR/article/view/150>
- Raile, A. M. & Marriner, T.A. (2011). *Modelos y Teorías en enfermería* (séptima edición). Editorial Elsevier, España, [Libro en físico], 581-598.
- Vargas Vázquez, A.N. & Pardo Torres, M.P. (2020). Validez y consistencia interna del instrumento Vínculo entre padres e hijos neonatos. *Enfermería Global*, 19(59). DOI. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.403721>

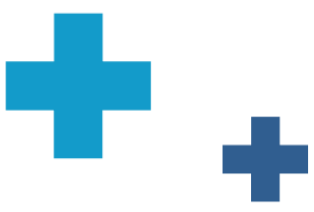
Análisis de teoría Anne Boykin y Savina O. Schoenhofer: la teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica



5

10.58299/utp.246.c793

Lic. Enf. Paola Padilla Ordoñez
Dra. Jesica Guadalupe Ahumada Cortez
Dr. Mario Enrique Gámez Medina



Resumen

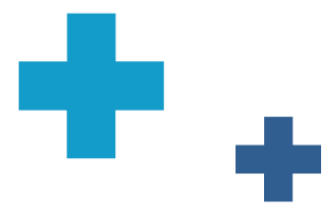
Esta teoría se centra en los cuidados como base de la enfermería, proponiendo que las personas viven y crecen a través del cuidado mutuo, donde los enfermeros conocen a la persona cuidada de manera holística en cada momento a través de la comunicación y el compartir de la experiencia. Esta teoría considera que el cuidado es una relación interpersonal que promueve la salud y el crecimiento de la persona, el presente capítulo brinda un panorama de acción capaz de explicar claramente el marco para la sanidad, guiando la práctica, formación e investigación dentro de la profesión. Además, el estudio de la teoría desarrolla capacidades analíticas y de pensamiento crítico, clarificando los valores.

Palabras clave: Cuidado; Enfermería; Práctica individual.

Abstract

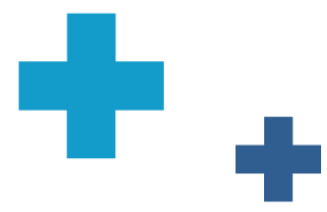
This theory focuses on care as the basis of nursing, proposing that people live and grow through mutual care, where nurses get to know the person being cared for holistically at every moment through communication and sharing of experience. This theory considers that care is an interpersonal relationship that promotes the health and growth of the person. This chapter provides an overview of action capable of clearly explaining the framework for health, guiding practice, training and research within the profession. Furthermore, the study of theory develops analytical and critical thinking skills, clarifying values.

Keywords: Careful; Nursing; Individual practice.



Introducción

Boykin y Schoenhofer en 1993 contemplan la práctica de enfermería ofreciendo una visión la cual permitió una comprensión amplia y abarcadora a cada una de las situaciones llevando un marco organizativo a los académicos de enfermería tales en los roles del investigador, administrador y profesor. Esta teoría de cuidado es una competencia del trabajo desarrollado de la facultad de enfermería de Florida Atlantic University donde los autores se encontraban como profesores revisando los enfoques basados en el cuidado que era el plan de estudios lo cual se reconoció todo el potencial de seguir desarrollando, estructurando ideas, sacando temas con su respectivo significado y un propósito, es así como los mismos trabajos condujeron a una declaración de enfoque de enfermería como “cuidar a las personas que viven y crecer en el cuidado” se identificaron las suposiciones más fundamentales sobre enfermería aclarando que los temas son clave que dibujan y exponen el destacado de los supuestos que subyacen la teoría permitiendo la práctica (Smith & Parker, 2015).



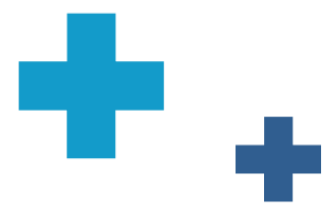
1. Orígenes de la teoría

La idea que llevo a cabo el desarrollo de la teoría de la enfermería como cuidado tienen sus inicios de las historias personales de Savina O. Schoenhofer y Anne Boykin, como también se unieron en 1978, para participa en el trabajo de establecer la enfermería como disciplina académica y crear un plan de estudios de enfermería basados en un entorno solidario en florida Atlantic university. El trabajo fue influenciado por dos académicos, Mayeroff y Roach ambos autores han dado su voz al cuidado de manera importante: Mayeroff en términos de cuidado género y Roach en términos de cuidado de personas y cuidados en enfermería (Boykin, 1990, p. 250).

La comprensión de una teoría es la elaboración, observación e identificación de todas las ideas, componentes, principios detonando todo lo que es deductivo ya que si la teoría es desarrollada a partir de esta es de un origen deductivo, se llama así por la generación mediante las observaciones que conllevan las relaciones entre los datos, la literatura o en la práctica, Schoenhofer desarrollo la teoría en base a los cuidados en el College of Nursing at Florida Atlantic University, tanto Anne Boykin y Schoenhofer pertenecían a un grupo en la misma universidad donde revisaban la historia de todos los cuidados planteados ya existentes es así como finalizo el trabajo llegando a la conclusión de reconocer mucho la importancia y la necesidad de que los cuidados siguieran sobre las ideas primordiales de un marco conceptual ya establecido, donde se refleja tanto le concepto como el mismo objetivo de la enfermería como una profesión, este trabajo las condujo a conceptualizar el objetivo con la intención de cuidar más y no como si solo fuera un instrumento (Gallardo, 2013).

Los tres principios más fundamentales de la teoría fueron por Paterson y Zderad, donde se habla sobre la enfermería humanística, considerada como un antecedente histórico de la enfermería como cuidado, es por eso por lo que también fue la fuente principal de ideas primordiales como los conceptos de; personas, la necesidad de la enfermera, respuesta de cuidados, que también sirvieron como estructuras.

Es así como la comprensión de la teoría se encuentra identificado las ideas sin embargo en varios casos se determinan cuáles son a partir de la descripción y del contexto de la misma teoría ya que es muy importante al momento de la interpretación. Es un proceso demasiado largo, pero de modo valioso resumido de los datos más sobresalientes ya que uno como analista a través de las alineaciones y de todos los conceptos se debe saber cuáles son los usos para identificar todo concepto demostrado ya que el reflejo de todo es relevante (González-Escobar, 2005).



2. Significado de la teoría

La acción intencionada de nutrir a las personas que viven en el cuidado y que creen en el cuidado, se habla de la enfermería que en forma de aceptación en la temática es la misma experiencia compartida en la ponencia de las personas, tanto la receptora como lo es la cuidadora es así como también se describe la experiencia vivida de la persona de cuidados, en cuanto a los metaparadigmas de enfermería que describen estas dos autoras con elementos señalados que pueden identificarse con claridad es decir todo aquel conocimiento que es abarcado dentro de la disciplina (Gómez & Gutiérrez, 2020).

Existen tres principios que orientan a la teoría en donde Paterson y Zderad definen la existencia fenomenológica de la que es interpretada como enfermería y cuidado; Roach que dice que es el cuidado es la verdadera esencia del ser humano, con lo que ya se nace asociado, donde se contempla la conciencia, la comprensión y la competencia basada, su desarrollo inicia con la revisión del marco curricular de la College of Nursing de Florida Atlantic University y se apoya en las teóricas mencionadas anteriormente (Púas & Roa, 2012).

Por otra parte, Caring de mayeroff que describe y reconoce el significado de los cuidados del vivir diario que es interpretado como la correspondencia mutua de una persona ovisebersa hablando de un objeto, es decir, de la que cuidaba y la que recibe. El concepto aceptado en la teoría es sobre la visión de cada persona por individual que son interpretados como la esencia no reconocida como tal.

La experiencia de cuidados vividos en la situación de enfermería que es compartida de la persona cuidada y la que cuida en cuanto a que potencia, lo que implica ser persona de cuidados se expresa en gran parte la personalidad y a la vez esta es extensa a todas las posibilidades del alcance de cuidados también se infiltraba lo que serían otro derivados, de las ciencias básicas, sociales y humanas, cuenta con un cuerpo de conocimientos que evoluciona e interpreta los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud, ña influencia religiosa por enfermería se desarrollan procurando los valores marcados ya que se asemeja la práctica con el ayudar al prójimo (Hernández, 2016).

En enfermería se hace una invitación directo por un cuidado individual y muy significativo, donde surgen preguntas de gran respeto que invitan a compartir con el apoyo, entre los cuidados compartidos se observa la calidad que viene siendo intencional donde permite que la enfermera entre en un mundo de la persona de cuidados, haciendo todo lo posible del mismo modo nutriéndose y crea un conocimiento mutuo, esta se presenta como una narrativa que muestran las situaciones en enfermeras que presentan la experiencia profesional y también la experiencia de personas que son cuidados, es de suma importancia que la enfermera no establezca únicamente objetivos y metas poblacionales si no, que incorpore paciente por paciente y estas sean argumentadas a la brevedad (Guerrero, 2018).



La teoría de enfermería que describe Anne Boykin en concepto formalizado como cuidado es el que está en el corazón mismo de la enfermería, la situación de enfermería surge cuando la enfermera analiza un compromiso personal y profesional con la creencia de que todas las personas están cuidando. El reconocimiento del cuidado como el núcleo de la enfermería implica que cualquier enfermero que ejerce la profesión conscientemente está creando y viviendo situaciones de enfermería por las experiencias y valores que se encargan de la intención del cuidado de la enfermería que debe de estar presente (Boykin *et al.*, 1994).

El significado del ser humano son las creencias fundamentales dirigentes de la teoría de enfermería en donde se presentan seis supuestos donde se observan los valores que proporciona la base del entendimiento y la explicación.

Uno: las personas son fruto del cuidado a través de la virtud de su humanidad, la virtud es el futuro del cuidado, el ser de cada persona al paso del tiempo crece con la capacidad de demostrar el cuidado, en donde no es necesario en cada acto hacerlo, si no solo la aprobación, el conocerse a sí mismo y al otro como persona de cuidado.

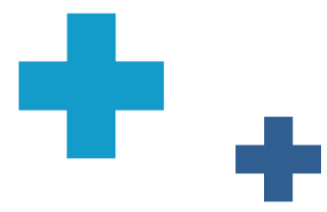
Dos: las personas como un todo y una plenitud en el momento, el comunicado confinante de respeto de la persona es completa en el momento es decir no existe insuficiencia es una totalidad estar presente durante un tiempo.

Tres: las personas viven cuidados, momento a momento, las expresiones son consideradas como un proceso e vida es decir paso a paso con un ritmo en donde vamos actualizando como expresar el cuidado mediante la conciencia, el valor del crecimiento moral y el comienzo de las cuestiones del “**debería**”.

Cuatro: personalidad es vivir la vida basada en el cuidado, demostrar la congruencia en las creencias es el proceso de vivir, cuidar, crecer, el ser único y demostrativo para saber el significado de la vida, ya que cada persona reconoce el ser y el potencial para seguir día con día.

Cinco: la personalidad se potencia a través de la participación en las relaciones de nutrición cuidando a los otros, todo potencial es reconocido como también lo es la naturaleza del ser y querer ayudar a conocer a la persona es un buen comienzo del ser autentico, el no disminuir la libertad para estar al alcance de otros a la palabra de la verdad y conocer la importancia de la responsabilidad.

Seis: la enfermería es tanto una disciplina como una profesión, la disciplina es una parte de los cuidados, es una forma de conocer, valorar, vivir el mundo, saber los descubrimientos, el desarrollo y las creaciones para obtener el conocimiento necesario para la práctica del cuidado (Raile & Marriner, 2014).

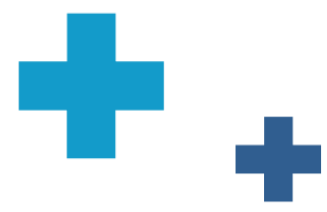


3. Adecuación lógica de la teoría

Las ideas principales de la teoría son términos importantes que manifiestan las ideas que deben de estar definidas, la mayoría del tiempo es complicado identificar los conceptos del mismo trabajo verbal que se está ejecutando.

Es permitido por que el trabajo analizado se emplea por la experiencia de los enfermeros, por los cuales los conceptos no se podrían definir de forma abstracta ya que la palabra que se menciona demasiado es el "cuidado", en la enfermería como disciplina del conocimiento y la enseñanza de la profesión presenta de forma lógica los supuestos generales que están en relación con la enfermería de cuidado. Se dice que indiscutiblemente esta teoría es argumentado y expresada de una forma entendible hoy en día, un claro ejemplo son los conceptos de cuidado; la situación de enfermería, la invitación directa, cuidados compartidos, la respuesta de enfermería entre otras más, en cuanto a la elaboración del papel de la enfermera se centra en el conocimiento y le lugar perfecto para una apreciación de la palabra fluida y lógica en cada entorno (Cabal, 2016).

Es importante que la teoría de enfermería como cuidado en un modelo para transformar la práctica tenga sentido tanto para la enfermería que va a la explicación y en la vida diaria para aquellos que tengan una formación diferente un claro ejemplo seria es aquel donde se aporten ideas o conocimientos sobre un fenómeno en dado caso de no ser así se dedica más tiempo a definir a toda claridad lo que como investigador demuestre y así cumplir con el criterio pedido, el rendimiento del personal de enfermería en México, permite conocer y reconocer la necesidad apremiante de transitar del paradigma salud-enfermedad al de vida-salud (García *et al.*, 2009).



4. Utilidad de la teoría

La teoría de enfermería como cuidado es una herramienta considerada de gran utilidad para la misma enseñanza de enfermería, porque así se hace más fácil el poder construir el conocimiento por parte de las personas que han tenido experiencias fuertes, esto direcciona el proceso de la indagación constante hasta llegar a un análisis reflexivo de acuerdo este del lado el acompañamiento de un experto (Gómez *et al.*, 2017).

El cuidado de la práctica basado en todo lo que se conoce para poder fortalecer e iluminar los cuidados tanto de la cuidadora como del paciente, en cuanto a las variables empíricas se tienen a realizar una hipótesis y pensamientos es decir a demostración, en donde solo las personas son totalmente impredecibles porque cada uno tiene su propio ser y por lo tanto no pueden ser atraídas para ser un objeto de prueba, la teoría de enfermería como cuidado respeta la capacidad del paciente es razonable esperar para que una determinada persona alcance estos objetivos para satisfacer la necesidad exclusiva de cada adulto como también abre las puertas a la esencia del conocer el cuidado que existe ya que es compartido y dirigido como un conocimiento que en su tiempo se debe alcanzar como profesional de la salud (Plúas & Roa, 2012).

Uno de los enfoques primordiales de las enfermeras es el cuidado, por lo que al definir el cuidado ha contado el reconocimiento formal del cuidado como área de estudio y como guía necesaria para las diversas vías de prácticas de la enfermera. El desarrollo de la teoría de la enfermería a menudo ha sido liderado por enfermeros teóricos que se adentraron en otras disciplinas en busca de formas de pensar y estudiar la enfermería como cuidado y de estructuras, conceptos para describir la práctica de la enfermería.

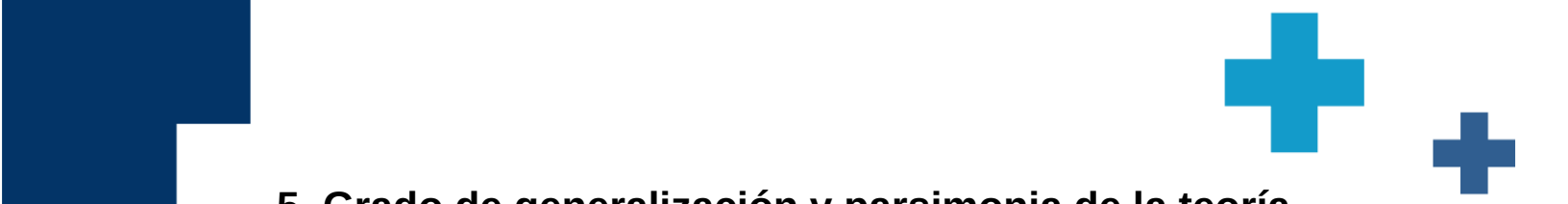
La oportunidad de utilizar el lenguaje y los métodos de conjuntos conocimientos relativamente establecidos que podrían comunicarse tomando forma cuando mucho en académicos de enfermería los cuales recibieron educación de posgrado en disciplinas ajenas a la enfermería (Salehian *et al.*, 2017).

Las concepciones y los métodos de desarrollo del conocimiento a menudo procedían de disciplinas de las ciencias biológicas y sociales, las cuales se incorporan a formas de pensar y hacer estudios de enfermería. La evolución de nuevas visiones del mundo abrió el camino para que las enfermeras desarrollaran teorías que reflejan ideas de campos de energía, procesos y patrones. Trabajar desde afuera de la disciplina de enfermería, junto con los cambios en las visiones del mundo ha sido esencial para abrir el camino para que las enfermeras exploten la práctica que es única y que tiene un cuerpo de conocimiento dentro de la disciplina para conocer la enfermería de formas sin precedentes.



Enfermería como cuidado es un modelo para transformar la práctica establece un orden diferente de teoría para poder expresar la enfermería como cuidado, existe una cara necesidad de conocerse a sí mismo como persona cuidadora. Se dice que es el órgano que aborda diferentes dimensiones como la reflexión holística de la persona donde esta visualiza basada en las ciencias humanas, en cuanto el foco de la teoría como cuidado entonces, no es hacia un producto final como la salud o el bienestar, se trata de una forma única de vivir el cuidado, se trata de enfermeras y cuidadores que viven la vida y se muestren creciendo humanamente (Guevara *et al.*, 2014).

La enfermería como cuidado plantea como una forma única de vivir el cuidar el mundo, esta teoría proporcionada es una visión que se puede vivir en todas las situaciones de enfermería que se pueda practicar en combinación con otros teóricos. Este modelo es una clara afirmación que la enfermería como cuidado distingue los conocimientos, las preguntas y los métodos de enfermería de otras disciplinas. En el camino de la investigación el tema de estudio que llega a decidir el camino es el foco en los argumentos, nos ayuda a explorar formas de utilizar el conocimiento de enfermería de los conocimientos de otras disciplinas de manera apropiada para la enfermería. Muchas enfermeras llegaron a conocer más a fondo nuevas posibilidades para la práctica, enseñanza, administrativa y la investigación de la enfermería (Moscoso, 2017).



5. Grado de generalización y parsimonia de la teoría

La teoría puede ser completa en su explicación del fenómeno en cuestión ya que muchas teorías matemáticas son parsimoniosas porque ofrecen una explicación ya que en las teorías de ciencias sociales. El combate de enfermería desde los principios ha sido desarrollar a base de conocimiento generalizable y no sacrificar lo que ya puede ser conocido, es decir este combate a llevado a cuestionamiento de métodos que han sido utilizados en la investigación de enfermería la disertación propone que la narrativa como método de investigación estética puede abordar la singularidad y la comunidad en la experiencia de salud y transición.

Es así como las enfermeras cuidan a las personas en diferentes facetas y transiciones en donde están presentes para toda persona, verla vivir, desarrollarse hasta encontrar sentido a la experiencia vivida, en cuanto la lucha por la disciplina de enfermería ha sido desarrollar una base de conocimiento generalizable para la atención sin sacrificar la consideración para el individuo (Gómez *et al.*, 2017).

Las expresiones no conducen a un conocimiento generalizable ya que los métodos se cambian de una forma de relación habitual, es decir figura-fondo en enfermería esto se hace llamar mover la preocupación individual en contra del conocimiento obtenido generalmente, de esta forma, la estética es el conocimiento que es formalmente congruente con la práctica de enfermería un ejemplo seria que una persona viniera de otro continente que es desconocido por un grupo de en sí de ciudadanos, podría traer miles de historia que nos podamos imaginar sin embargo trae la experiencia de vivir allá donde podríamos sacar provecho es así como se necesitarían herramientas de mapeo conceptual para obtener una sentido de lo que es vivir allí (Raile & Marriner, 2014).

6. Capacidad de prueba de la teoría

En enfermería se enfocan los cuidados y la capacidad como profesional que se tiene asociar la teoría con la práctica lo cual no es imposible y en la hora actual nos hace que nos detengamos para reflexionar todo lo que entraña tanto para nosotros como enfermeras como también para las familias, personas y la comunidad, en concentración con las incertidumbres cuando día a día la educación a menudo se pone en lo correcto o lo esperado, en donde se producen diferentes ámbitos disciplinarios, por lo cual también se debe de educar desde los principios que permitan afrontar diferentes obstáculos para disponer capacidad de decisión, avanzar y adaptarse (Ferrer, 2015).

El conocimiento descubre y prueba las situaciones que la enfermera atiende durante el curso lo cual pueden estar disponibles para vivir cualquier situación nuevamente, claramente con nuevas pruebas y descubrimientos, es decir que el grado de la capacidad de esta teoría es interminable ya que en el transcurso del tiempo se irán aportando nuevos surgimientos por parte de enfermería y tal vez de la misma persona a cuidar ya que se basa de acuerdo a las experiencias vividas como una presentación que puede ser exhibida a través de las historias de enfermería, poesía, pintura, escultura, entre otras formas de arte.

La enfermería puede ser re-presentada como un libro abierto donde cualquiera puede entrar y puede compartir su experiencia vivida, cuando se tiene alguna relevancia vivida quiere decir que en el aprendizaje es significativo.

La teoría se utiliza muy a menudo por enfermeras que expresan lo valioso y la importancia de descubrir formas culturalmente basadas en conocer y practicar la enfermería y la asistencia sanitaria. Actualmente las practicas enfermeras son holísticas, hallazgos de investigación basados en la cultura para utilizar en el cuidado de clientes de culturas o subculturas diferentes o semejantes en diferentes países, la teoría no es difícil de comprender al contrario aquel que la utiliza son beneficiados con la experiencia ya que tiene un nivel de estudio transcultural, es la teoría de hoy y del mañana y su uso irá en aumento en nuestro mundo cada vez más multicultural. La investigación y la teoría proporcionan una nueva vía para avanzar la profesión de la enfermería y el cuerpo de conocimiento transcultural para aplicar en la práctica, la formación, la investigación y la consulta clínica enfermera mundialmente (Boykin & Schoenhofer, 1997).

Referencias Bibliográficas

- Boykin, A. (1990). Creating a caring environment: moral obligations in the role of dean. *NLN Publications*, 41(23), 247-254. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2308804/>
- Boykin, A., Parker, M. E. & Schoenhofer, S. O. (1994). Aesthetic Knowing Grounded in an Explicit Conception of Nursing. *Nursing Science Quarterly*, 7(4), 158-161. DOI. <https://doi.org/10.1177/089431849400700407>
- Boykin, A. & Schoenhofer, S. (1997). Reframing outcomes: enhancing personhood. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(1), 60-65. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9485782/>
- Cabal E.V.E. (2016). Enfermería como disciplina. *Revista Colombiana de Enfermería*, 6(6), 73-81. DOI. <https://doi.org/10.18270/rce.v6i6.1436>
- Ferrer, C. O. (2015). Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. Fundamentos disciplinares. *Salus*, 19(3). https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382015000300005
- Gallardo Córdova, K. E. (2013). Evaluación del aprendizaje: retos y mejores prácticas (Editorial Digital del Tecnológico de Monterrey. *Evaluación del aprendizaje: Retos y mejores prácticas*. 1-30. <http://hdl.handle.net/11285/622325>
- García Hernández, M. L., Arana Gómez, B., Cárdenas Becerril, L. & Monroy Rojas, A. (2009). Cuidados de la salud: paradigma del personal de enfermeros en México - la reconstrucción del camino. *Escola Anna Nery*, 13(2), 287-296. DOI. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000200008>
- Gómez, O. J., Carrillo González, G. M. & Cárdenas, D. C. (2017). Estrategias para el aprendizaje significativo del cuidado humano en enfermería. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 17(2), 437-444. DOI. <https://doi.org/10.30554/archmed.17.2.1986.2017>
- Gómez Ramírez, O. J. & Gutiérrez de Reales, E. (2020). *Situación de enfermería. La narrativa como medio para comunicarla: Fuente y contexto del conocimiento de enfermería* (segunda edición), Universidad Nacional de Colombia. https://books.google.com.mx/books?id=HvkMEAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- González-Escobar, D. S. (2005). El cuidado de la familia. *Revista Ciencia y Cuidado*, 2(1), 49-54. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1122>
- Guerrero Núñez, S. (2018). Diseño de Indicadores de Calidad del Cuidado de Enfermería para la Cobertura Universal Efectiva de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Ciencia y Enfermería. Revista Iberoamericana de Investigación*. 24, 1-3. <https://revistas.udec.cl/index.php/cienciayenfermeria/article/view/517/1022>
- Guevara, B., Evies, A., Rengifo, J., Salas, B., Manrique, D. & Palacio, C. (2014). El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. *Enfermería Global*, 13(33), 1-10. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100016

- 
- 
- Hernández Molina, L.M. (2016). *Prácticas de Educación Superior que Constituyen Sujetos y Posibilitan la Emergencia de Subjetividad en Enfermería*. [Tesis de Doctorado, Universidad de Tolima]. RUDE COLOLOMBIA, UT.
<https://repository.ut.edu.co/server/api/core/bitstreams/18c5ad38-76f3-4b0f-9d32-40ef99d8e81d/content>
- Moscoso Pávez, C.P. (2017). *Desde la realidad del cuidado profesional hacia el aula Saberes para la formación inicial en enfermería generados desde la práctica reflexiva de profesionales expertas/os*. [Tesis doctoral, Universidad de Barcelona]. CORA.
<https://www.tesisenred.net/handle/10803/402106#page=1>
- Plúas Hurtado, M. M. & Roa Alvarado, J. I. (2012). *Cuidados de Enfermería en Adultos Mayores Miembros del Hogar la Esperanza Numero 2 "Guayas" de la Fuerza Naval de la Ciudad de Guayaquil en el año 2012*. [Tesis para obtener el grado de licenciatura, Universidad Estatal de Milagro]. CORA. <https://core.ac.uk/download/pdf/143424375.pdf>
- Raile Alligood, M. & Marriner Tomey, A. (2014). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona, España: Elsevier. [Libro en físico].
- Salehian, M., Heydari, A., Karimi Moonaghi, H. & Aghebati, N. (2017). Developing the concept of caring in nursing education. *Electronic Physician*, 9(5), 4425-4433. DOI.
<https://doi.org/10.19082/4425>
- Smith, M. C. & Parker, M. (2015). *Nursing Theories and Nursing Practice* (Fourth Edition). Philadelphia, PA.
https://students.aiu.edu/submissions/profiles/resources/onlineBook/D6u5i7_0803633122Nursing.pdf

